**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

Juan Pineda Olvera

**Análise do Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose na
Jurisdição Tlalnepantla - México, 2000-2002**

**Ribeirão Preto
2004**

Juan Pineda Olvera

**Análise do Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose na
Jurisdição Tlalnepantla - México,
2000-2002**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor, pelo Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde.

Orientador: Profa Dra Tereza Cristina Scatena Villa.

**Ribeirão Preto
2004**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Pineda, Olvera Juan.

Análise do Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose na Jurisdição Tlalnepantla - México, 2000-2002/ Juan Pineda Olvera; orientador Tereza Cristina Scatena Villa. - Ribeirão Preto, 2004.

190f.: fig.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. DOTS/ TAES. 2. Tuberculose. 3. Tratamento supervisionado. 4. Atenção primária à saúde. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juan Pineda Olvera

Análise do Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose na Jurisdição
Tlalnepantla México, 2000-2002

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor.

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e Políticas de
Saúde.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. Renata Takashi

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dra. Maria José Bistafa Pereira

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. Pedro Fredenir Palha

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Agradecimento especial

À Profa. Dra. Tereza C. Scatena Villa

Que me acompanhou desde a minha chegada ao Brasil. Pela transmissão de seus conhecimentos com seriedade e por me direcionar nas trilhas dessa longa caminhada. Como disse Galileu Galilei: "Não se pode ensinar tudo a alguém, pode-se apenas ajudá-lo a encontrar por si mesmo."

Ao Dr. Antonio Ruffino-Netto

Pessoa admirável que sempre esteve disposto a contribuir com seu conhecimento e experiência sem impor limites.

Muito obrigado!

A Azucena:

Pelo amor, carinho e compreensão. Por ter acompanhado de perto todas as fases dessa jornada, participando ativamente de muitas delas. Pela paciência nos momentos difíceis e preocupação em torná-los mais agradáveis.

A Ingrid e a Joyce:

Minhas filhas queridas, sentido da minha vida. Pelo carinho, apoio e compreensão em todos os momentos.

Aos meus pais

Pela minha vida, por ensinar-me o caminho da justiça, verdade e perseverança.

Aos meus irmãos

Pelo carinho e amizade demonstrados a todo momento, ficam gravados na minha memória e dentro do meu coração. Para quem já sentiu a dor da saudade...é muito bom ter vocês ao meu lado, principalmente em momentos tão importantes.

A toda equipe de pesquisa em TB da EERP: Roxana, Cinthia, Paula, Aline, José Martins, Adelita, Rubia, Ricardo, Mayra, Regiane e Samanta, pela amizade e apoio em todo momento.

A todos os colegas da pós-graduação da EERP, por compartilhar momentos inesquecíveis de minha estadia em Ribeirão Preto.

A todos meus amigos e amigas de todas as nacionalidades com quem compartilhei momentos inesquecíveis, gravados no fundo do meu coração.

A todas minhas companheiras mexicanas, com quem compartilhei momentos inéditos no percurso de Celaya a Ribeirão Preto (experiência do "México lindo e querido").

A todos meus amigos da FES Iztacala, pelo apoio e respeito com que compartilharam a trajetória deste estudo.

A Martha, pelo apoio, amizade e contribuição neste estudo.

AGRADECIMENTOS

Às autoridades do ISEM e os trabalhadores da saúde da Jurisdição de Tlalnepantla, de forma especial à Dra. Marisela Quezada e à Enfermeira Mónica García, por facilitar-me o acesso ao material necessário para a realização do estudo.

À UNAM em geral e à FES Iztacala em particular pelo apoio oferecido para transformar meu sonho em realidade.

A todos os professores e funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - EERP-USP, pela disponibilidade, carinho e amizade.

A Ida Mara por seu apoio incondicional e compreensão em todos os momentos.

À Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos por seu apoio e assessoria.

A Marita e Roxana pelo trabalho exaustivo da tradução.

A Cinthia, Luciana, Sandra, Sofie, Carla e Carlos Armando pela contribuição no "toque final" do trabalho.

A porta do Universo

"Quando pequeno,
sonhava alcançar o infinito,
fiquei obcecado por conhecê-lo,
por interpretá-lo e desfrutá-lo.

Mas com o passar do tempo
Tomei conta do desconhecido que continuava sendo.
Interpretá-lo ficava na tentativa
e quase nem o desfrutava.

Há pouco tempo, depois de tantas tentativas,
percebi que apenas tinha chegado até a porta.
Que a porta estava levemente aberta.
Então pude observar o que tinha dentro
e fiquei surpreso pelas coisas que eu vi.
Frente aos meus olhos pequenos e profundos
havia tanta maravilha!

Hoje,
A milhares de quilômetros
da minha infância,
concluo que esse complexo universo
que tão intensamente pude desfrutar,
continua sendo desconhecido
E apenas começo a interpretá-lo.

Mas para minha sorte,
a porta permanece aberta
e posso continuar contemplando,
sonhando com as coisas belas;
Eu fiquei como "Tlacaélel" o grande senhor,
sendo um eterno apaixonado,
caçador de estrelas"

Pineda, O.J.

RESUMO

PINEDA, O. J. **Análise do Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose na Jurisdição Tlalnepantla, México, 2000-2002.** 2004. 190f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

O objetivo deste estudo epidemiológico e retrospectivo foi analisar o Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose na jurisdição sanitária de Tlalnepantla, México (2000-2002). A partir de uma revisão de fontes secundárias (prontuários médicos), os dados foram coletados por meio de um formulário e complementados com os dados obtidos através de entrevistas com trabalhadores de saúde que atuam no programa. A informação foi processada e analisada utilizando os programas Epi-Info versão 6.0, SPSS versão 10.0, Microsoft Word e o Microsoft Excel para tabulação e apresentação dos dados. As variáveis foram: qualidade da informação, dados sócio-demográficos, aspectos relacionados ao diagnóstico, tratamento, referência de casos, relação entre a notificação dos casos e a existência de um laboratório nos serviços de saúde, relação entre a distância das unidades e a Direção Sanitária da jurisdição, relação entre os casos notificados e a incidência esperada e observada dos casos de TB no período de estudo. Os principais resultados foram: qualidade dos registros: ótima 23%, boa 34%, regular 4% e deficiente 39%. Foram encontrados 75 casos notificados no período, 95% dos quais encontravam-se acima de 15 anos; houve uma relação 1:1 homem-mulher, com predomínio do estado civil "casado". Observou-se baixa escolaridade em 50% dos casos. 5 das 18 unidades detectaram 57% dos casos. Foi diagnosticado Tuberculose Pulmonar em 65% dos casos e Extrapulmonar em 35%. Constatou-se a associação estatística entre a existência de laboratório nas unidades e o número de casos notificados em cada uma delas ($p=0.003$). Do total de casos, 60% foram detectados nos níveis secundário e terciário de assistência; 46% foram diagnosticados por baciloscopia; 61% iniciaram tratamento posterior ao diagnóstico dentro do período de um dia até um ano; 60% não tinham registro sobre a data de alta do programa; 50% não tinham data de término do tratamento e 77% foram registrados como tratamento supervisionado. Os 75 casos encontrados corresponderam a apenas 24% do total estimado para o tamanho da população. Conclui-se que os prontuários médicos têm uma importante margem de erro e não acompanham as normas vigentes. Não existe participação da população atendida no PPCT e, conseqüentemente, os princípios da Atenção Primária à Saúde não são cumpridos. Existe pouca busca e detecção dos casos em nível de assistência primária. Apesar dos esforços realizados, estas atividades continuam sendo centralizados em nível de atenção terciária.

Palavras-chave: DOTS/TAES, tuberculose, tratamento supervisionado, atenção primária de saúde, programa de tuberculose.

ABSTRACT

PINEDA, O.J. Analysis of the Program of Prevention and Tuberculosis Control in the jurisdiction of Tlalnepantla, Mexico, 2000-2002. 2004. 190f. (Doctorate in Nursing in Public Health) - School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

This epidemiological and retrospective study aimed to analyze the Tuberculosis Prevention and Control Program in the health jurisdiction of Tlalnepantla, Mexico (2000-2002). Starting from a review of secondary sources (medical files), data were collected by means of a form and complemented with the data obtained through interviews with health workers who work in the program. The information was processed and analyzed using Epi-info version 6.0 program, SPSS version 10.0, Microsoft Word and Microsoft Excel for data tabulation and presentation. The variables were: information quality, sociodemographic data, diagnosis-related aspects, treatment, reference of cases, relationship between notification of cases and existence of laboratories at the health service, relation between distance from the units to the Health Direction of the jurisdiction, relation between the notified cases and the prospective and observed incidence of TB cases in the study period. The main results were: the quality of registration was: very good (23%), good (34%), regular (4%) and faulty (39%). 75 notified cases were found in the period, 95% of which were over 15 years old; there was a 1:1 relationship between men and women; the most frequent civil status was "married". Low educational levels were observed in 50% of the cases. Five of the eighteen units detected 57% of the cases. Pulmonary Tuberculosis was responsible for 65% and Extrapulmonary Tuberculosis for 35% of the notified cases. A statistical association was found between the existence of lab units and the number of notified cases in each of them ($p=0.003$). 60% of all cases were detected at the secondary and tertiary care levels; 46% were detected through bacilloscopy; 61% started treatment after one day up to one year; no records of the data of discharge from the program were found in 60%; 50% did not mention the end date of the treatment and 77% were registered as supervised treatment. The 75 detected cases corresponded to a mere 24% of the total number of cases estimated in accordance with the population size. It was concluded that the medical files contain an important margin of error and do not attend to official standards. The population attended at the PPCT does not participate and, consequently, the principles of Primary Health Care are not complied with. Little TB case search and detection occurs at the primary care level. In spite of these efforts, these activities are still centralized at the tertiary care level.

Keywords: DOTS/TAES, tuberculosis, supervised treatment, primary health care, tuberculosis program.

RESUMEN

PINEDA, O. J. Análisis del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la jurisdicción Tlalnepantla, México, 2000-2002. 2004. 190f. (Doctorado en Enfermería en Salud Pública)-Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

Estudio epidemiológico descriptivo, operacional y retrospectivo que tuvo como finalidad, analizar el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en la jurisdicción sanitaria de Tlalnepantla, México (2000-2002). La información fue colectada en un cuestionario a partir de la revisión de fuentes secundarias (expedientes clínicos) donde se registran los datos del TAES y complementada con información de entrevistas a personal de salud directamente relacionado con el programa. La información fue procesada y analizada con Epi-Info versión 6.0, SPSS y apoyada con Word y Excel para tabulación y presentación de datos. Las variables destacadas fueron, calidad de la información, datos sociodemográficos, aspectos relacionados al diagnóstico, al tratamiento, referencia de casos, relación entre notificación de casos y existencia de laboratorio en centros de salud, relación entre distancia de las unidades y la jurisdicción y su relación con casos notificados e incidencia esperada y observada de casos de TB en el periodo. Los resultados principales, fueron: la calidad del registro de la información de los expedientes estuvo entre óptima (23%), hasta deficiente (44%). Se encontraron 75 casos notificados en el periodo, hubo una relación 1:1 hombre-mujer, predominio del estado civil "casados", escolaridad baja en 50% y 95% de la población mayor de 15 años. Cinco Unidades de dieciocho, detectaron 57% de los casos, se encontró asociación estadística entre la existencia de laboratorio en las unidades y el número de casos detectados en cada una de ellas ($p=0.003$). El diagnóstico de casos de Tuberculosis pulmonar fue bajo (65%) en comparación con la extrapulmonar (35%). La baciloscopía como método de diagnóstico fue de 46%, un 60% de casos se detectaron en segundo y tercer nivel, 61% iniciaron tratamiento posterior al diagnóstico en un periodo de un día hasta un año, 60% no tenían registro de fecha de alta del programa, 50% de casos no tenía fecha de término de tratamiento y 77% fueron registrados como tratamiento supervisado. Los 75 casos observados corresponden a sólo 24% del número total estimado de acuerdo al tamaño de la población. Se concluye, que los expedientes como fuentes secundarias de datos para la investigación en salud tienen un importante margen de error y no se apegan en su elaboración a las normas oficiales mexicanas específicas (del expediente clínico, de vigilancia epidemiológica y de prevención de la tuberculosis). Existe verticalidad en el PPCT ya que no hay participación de la población afectada y por ello, tampoco se apega a las bases de la APS, existe poca búsqueda y detección de casos en el primer nivel, además de que el programa a pesar de los esfuerzos, sigue centralizado en el tercer nivel de atención.

Palabras clave: DOTS/TAES, tuberculosis, tratamiento supervisado, atención primaria de salud, programa de tuberculosis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Funções e atividades dos promotores de saúde do PPCT.....	49
Mapa 1 - República Mexicana e suas principais cidades	28
Mapa 2 - Mapa do Estado de México.....	59
Mapa 3 - Município de Tlalnepantla e áreas limítrofes.....	60
Mapa 4 - Distância entre as UBS e a Direção Jurisdicional, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2004	104
Gráfico 1 - Distribuição do número de casos de TB, segundo Unidades e existência ou não de laboratórios nas Unidades. Tlalnepantla, México. 2000-2002	96
Gráfico 2 - Distribuição das distâncias entre a jurisdição e as unidades de saúde, segundo Unidade de saúde e existência de laboratório. Tlalnepantla, México, 2000-2002.....	96
Gráfico 3 - Relação entre o número de casos de TB e as unidades que dispõem ou não de laboratório. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002 .	97
Gráfico 4 - Diagrama de dispersão entre número de casos de Tb e distância (Km) entre as Unidades de Saúde e a Jurisdição. Tlalnepantla, México. 2000.....	98
Gráfico 5 - Relação da distância entre as UBS com a jurisdição e a disponibilidade de laboratório. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	99

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Abrangência dos serviços de saúde de Tlalnepantla, México, 2001	64
Tabela 2 - Distribuição da população de Tlalnepantla, segundo Centro de Saúde. Tlalnepantla, México, 2001	65
Tabela 3 - Variáveis contempladas no questionário e disposição da informação nos prontuários médicos do PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2003	80
Tabela 4 - Qualidade do preenchimento das variáveis contempladas no questionário e disposição da informação no prontuário médico na Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	83
Tabela 5 - Estado civil dos casos notificados de tuberculose do PPCT da jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	87
Tabela 6 - Distribuição da população estudada segundo idade e sexo, PPCT, da Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	87
Tabela 7 - Casos estudados segundo grau de escolaridade, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	88
Tabela 8 - População estudada segundo tempo de residência no local atual, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	90
Tabela 9 - Amostra estudada segundo ocupação, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002.....	90
Tabela 10 - Casos em estudo segundo a disponibilidade de telefone no domicílio, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	91
Tabela 11 - Procedência dos casos estudados segundo, PPCT, Jurisdição Tlalnepantla, México, 2000-2002	92
Tabela 12 - Distribuição da população estudada segundo lugar de procedência, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	93
Tabela 13 - Número de casos notificados de 2000 a 2002, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2003	94
Tabela 14 - Casos notificados de tuberculose segundo existência de laboratório na Unidade Básica de Saúde e a distância entre elas e a Jurisdição Sanitária do PPCT, Tlalnepantla, México, 2003	95
Tabela 15 - Método de laboratório utilizado como apoio para o diagnóstico de tuberculose. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002.....	105

Tabela 16 - Número de métodos utilizados como apoio para o diagnóstico, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	105
Tabela 17 - Formas Clínicas de Tuberculose, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002.....	106
Tabela 18 - Lugar de notificação dos casos, PPCT, Jurisdição, Tlalnepantla, México, 2000-2002	108
Tabela 19 - Instituições de Referência dos casos de tuberculose segundo o nível de atenção, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	112
Tabela 20 - Diferença de tempo entre a data do diagnóstico e o início do tratamento, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	114
Tabela 21 - Tempo de início do tratamento posterior à data do diagnóstico, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002.....	114
Tabela 22 - Condições do tratamento da população estudada, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	118
Tabela 23 - Tipos de pacientes inscritos no PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002.....	118
Tabela 24 - Esquema de tratamento, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	119
Tabela 25 - Tipo de tratamento administrado, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002.....	120
Tabela 26 - Seguimento do tratamento do PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002.....	124
Tabela 27 - Data da alta do programa do PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	125
Tabela 28 - Motivo da alta do Programa, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	126
Tabela 29 - Motivo da saída do paciente do programa, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	126
Tabela 30 - Motivo do abandono do tratamento, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002.....	127
Tabela 31 - Causas de morte dos casos estudados, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002	127
Tabela 32 - Doenças associadas à Tuberculose, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002.....	129
Tabela 33 - População com e sem plano de saúde particular, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002*.....	132
Tabela 34 - Casos observados e esperados de tuberculose na população sem plano de saúde particular, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002 *.....	133

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AIDS	Acquired Immunological Deficiency Syndrome
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
CONAMED	Comissão Nacional de Arbitragem Médica
DIF	Sistema Nacional para Desenvolvimento Integral da Família (DIF)
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
DF	Distrito Federal
ISEM	Instituto de Saúde do Estado do México
ISSEMYM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INER	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
INEGI	Instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática
msnm	metros sobre nível do mar
NOM	Norma Oficial Mexicana
NBS	Núcleo Básico de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PPD	Produto Protéico Derivado
PBN	Programa Bi-Nacional
PPCT	Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose
PNUD	Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRODIAPS	Promotores de Atenção Primária à Saúde
RN	Recém-Nascidos
RMET	Rede Mexicana de Enfermagem na Tuberculose
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TAES	Tratamento Curto Estritamente Supervisionado
TAPS	Técnicos em Atenção Primária à Saúde
TB	Tuberculose
Ua	Unidades Aplicativas
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UICTER	Unión Internacional Contra la Tuberculosis
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

RESUMO ABSTRACT RESUMEN

1 CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO	18
1.1 Seleção e delimitação do objeto de estudo	19
1.2 Justificativa do estudo	21
1.3 Objetivos	22
2 MARCO TEÓRICO	23
2.1 A tuberculose no mundo.....	24
2.2 A tuberculose no México	28
2.3 Tratamento curto estritamente supervisionado (DOTS/TAES).....	32
2.4 A atenção primária de saúde e o Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose	40
2.5 Aspectos normativos para a pesquisa epidemiológica e aspectos relacionados com o programa de prevenção e controle da tuberculose	51
2.5.1 Fontes secundárias para a pesquisa epidemiológica.....	51
2.5.2 O prontuário no PCT	53
3 METODOLOGIA	57
3.1 Delineamento do estudo.....	58
3.2 Local do estudo	58
3.2.1 Jurisdição sanitária de Tlalnepantla, México e os centros de saúde (unidades de aplicação)	59
3.3 População e amostra	65
3.4 Sujeitos do estudo.....	66
3.5 Variáveis do estudo.....	67
3.6 Elaboração do instrumento de coleta e teste-piloto.....	68
3.7 Etapas de desenvolvimento do estudo.....	70
3.8 Procedimento de coleta de dados	72
3.9 Procedimento para a análise dos dados	73
3.10 Análise dos dados	74
3.11 Aspectos éticos da pesquisa	74
4 RESULTADOS	76
4.1 Resultados dos prontuários médicos e da informação dos registros do PPCT na jurisdição de Tlalnepantla, México.....	77
4.2 Caracterização da população sob estudo	86
4.3 Aspectos epidemiológicos relacionados com o Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose	91
4.4 Aspectos relacionados com o diagnóstico de tuberculose nos casos estudados.....	104
4.5 Referência de casos de tuberculose	108
4.6 Aspectos relacionados com o tratamento da tuberculose	112
4.7 Aspectos relacionados com a alta e saída do programa.....	125

4.8 Aspectos relacionados com doenças associadas à tuberculose.....	127
4.9 Estimativas operacionais com relação aos casos esperados e os casos observados de tuberculose em Tlalnepantla, no período de 2000 a 2002	130
5 DISCUSSÃO	134
6 CONCLUSÕES	168
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	176
ANEXOS	182

APRESENTAÇÃO

Este estudo é parte integrante do Projeto Integrado de Pesquisa: “Vigilância à saúde das famílias com Tuberculose (TB): estratégias de intervenção”, (CNPq - Conselho Nacional de Pesquisa - processo nº 520147/00-6¹), vinculado à linha de pesquisa: “Práticas, Saberes e Políticas de Saúde” do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Projeto adjunto ao grupo de investigação Interinstitucional: Grupo de Estudos Operacionais em TB (GEOTB), cadastrado no diretório de grupos da CNPq em 2002². Ao mesmo tempo está inserido no projeto geral “Estratégias integradas para o estudo e controle de TB no Brasil: novas drogas e vacinas, provas diagnósticas e avaliação clínico-operacional³” que integra a Rede Brasileira de Investigação em TB⁴.

A elaboração do presente estudo corresponde à fase final do curso de doutorado: convênio assinado entre a Escola de Enfermagem e Obstetrícia da Celaya da Universidade de Guanajuato, México e a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Brasil.

Este estudo propõe-se contribuir com a análise da problemática na operacionalização do Programa de Prevenção e Controle da TB na Jurisdição Sanitária de Tlalnepantla, México, tomando como base a análise das informações registradas pela equipe de saúde (médicos, enfermeiras, Técnicos em Atenção Primária de Saúde-TAPS, epidemiologistas e assistentes sociais), nos formatos

¹ Coordenadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (EERP-USP)

² Coordenado pelo Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), coordenador da área epidemiológico-operacional e vice-coordenador da Rede Brasileira de Investigação em Tuberculose e pela Profa. Dra. Tereza C. Scatena Villa (EERP-USP).

³ Coordenação geral: Prof. Dr. Célio Lopes Silva (FMRP-USP)

⁴ Site da Rede: <http://www.redetb.usp.br>

estabelecidos pela norma institucional, arquivados nos prontuários médicos dos casos de pacientes notificados e confirmados no Programa de Prevenção e Controle da TB da Jurisdição Tlalnepantla do México (ISEM), no período de 2000 a 2002.

A escolha pela análise dos prontuários médicos (chamados de fontes secundárias) deve-se ao fato desses representarem a principal fonte de dados que alimenta o sistema de informação dos serviços de saúde local, estadual e nacional.

É importante ressaltar que essa forma de registro de dados freqüentemente apresenta falhas. No entanto, trata-se de fontes de dados que devem ser estudadas com o objetivo de propor modificações que retro-alimentem os sistemas de saúde local e nacional. Os resultados desses estudos poderão apoiar a criação de programas que contribuam com o Programa de Prevenção e Controle da TB (PPCT), relacionados à procura do diagnóstico oportuno, tratamento adequado e delineamento de sistemas de informação, visando a melhora dos processos e garantindo a qualidade dos serviços oferecidos pelas Unidades Aplicativas (Ua) (Unidades Básicas de Saúde – UBS) pertencentes à jurisdição de Tlalnepantla aos usuários do PPCT.

1.1 Seleção e Delimitação do Objeto de Estudo

A inquietação com uma maior aproximação e conhecimentos mais profundos sobre pacientes com TB surgiu durante o exercício profissional envolvendo contatos com esses pacientes. As características físicas manifestadas pelos pacientes (palidez e tristeza de seus rostos, acompanhados da falta de energia e “relutância” de seus corpos até para realizar as atividades mais elementares do dia a dia) e a representação da doença na sociedade que, ainda na atualidade, conserva muitos tabus e/ou estigmas que acreditamos deixam marcas fisiológicas e emocionais profundas nos pacientes, que o acompanharão pelo resto da vida, são temas que constantemente chamaram minha atenção.

Durante minha permanência como aluno do programa de doutorado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, tive a oportunidade de trabalhar com esta temática, ao integrar o grupo de pesquisa denominado “Estudos Operacionais em TB”, coordenado pelo Professor Antônio Ruffino Netto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP – USP) e pela Professora Tereza Cristina Scatena Villa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP – USP), com a participação dos estudantes do Programa da Pós-Graduação. As discussões intensas sobre esta temática e o interesse constante manifestado pelos membros do grupo estimularam ainda mais meu interesse por esta temática.

Contudo, o presente estudo deve-se também à necessidade de compreender a operacionalização do PPCT na Jurisdição de Tlalnepantla (estado de México) a partir da informação escrita nos prontuários médicos notificados durante o período compreendido entre janeiro de 2000 e dezembro de 2002. Aspectos importantes como as características sócio-demográficas dos pacientes, o tempo e o tipo de tratamento, o lugar de procedência dos doentes, a operacionalização do programa e a detecção de casos nas UBS foram considerados na análise dos prontuários clínicos que, embora muitas vezes sejam questionados quanto a sua veracidade, acreditamos ser uma fonte de informação importante.

O desenvolvimento do PPCT é regido por um conjunto de normas bastante completo, integrado através da proposta do Governo Federal, por meio do Programa Binacional (PBN) 2001-2006 (SSA, 2001), plano este concretizado através do PPCT que orienta o alcance conjunto dos objetivos traçados e que abrange os aspectos normativos contemplados nas Normas Oficiais Mexicanas - Manejo dos Prontuários Médicos, a norma de Prevenção e Controle da TB e a Vigilância Epidemiológica (SSA, 1998; SSA, 1993; SSA, 1996). Além disso, abrange os aspectos operacionais indicados nos manuais de procedimentos onde se descreve detalhadamente quais são os procedimentos a serem seguidos diante da detecção de casos até a obtenção das baciloscopias para o laboratório. Entretanto, cabe ressaltar que a realidade é distinta, já que na maioria das ocasiões, esses documentos são encontrados como “arquivo morto” (suas informações não são adequadamente revisadas, verificadas e/ou controladas).

Os Técnicos em Atenção Primária da Saúde ou Promotores de Atenção Primária da Saúde (TAPS ou PRODIAPS) são responsáveis pela execução do PPCT em cada UBS. Porém, o desenvolvimento do programa é acompanhado por uma

série de problemas derivados da organização dos sistemas e serviços de saúde, das equipes de saúde, da família e dos próprios pacientes.

A TB é uma doença que poderia estar controlada, considerando os recursos diagnósticos relativamente simples e os esquemas de tratamento altamente eficazes disponíveis hoje em dia (DASILVA, 1998; SASSAKI, 2003). No entanto, intercorrências são freqüentes ao longo do tratamento, sendo uma consequência imediata a existência de casos onde o paciente “peregrina” de um serviço a outro, em busca de diagnóstico e tratamento adequado, muitas vezes fazendo uso de medicação errada. Em combinação com a necessidade de tratamento prolongado, isso aumenta as possibilidades de abandono do tratamento por parte dos pacientes e, conseqüentemente, o surgimento de casos de multiresistência.

1.2 Justificativa do Estudo

O PPCT é um programa prioritário estabelecido no México pelo Programa Binacional (PBN) 2000-2006 e no mundo pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPS/OMS).

O estudo justifica-se pela necessidade de analisar o PPCT com vistas a identificar os aspectos que fragilizam e potencializam o programa e, desta forma, propor ações que visem à obtenção de maior cobertura, eficiência e qualidade de desempenho do serviço (SSA, 2000).

1.3 Objetivos

Frente ao exposto, nossa proposta tem como objetivos específicos:

- Avaliar a informação contida nos prontuários médicos dos casos notificados de TB, como fontes secundárias para a obtenção de dados para a investigação operacional do PPCT na jurisdição de Tlalnepantla, México, no período de 2000 a 2002;
- Analisar a situação epidemiológica do PPCT do Instituto de Saúde do Estado do México (ISEM), da jurisdição de Tlalnepantla, México, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2002.
- Descrever a situação operacional do PPCT do ISEM, na jurisdição de Tlalnepantla, México, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro de 2002.
- Descrever o sistema de vigilância epidemiológica do PPCT do ISEM na jurisdição da Tlalnepantla, México, no período compreendido entre 1 de Janeiro de 2000 e 31 de Dezembro do 2002;
- Descrever os casos notificados no PPCT do ISEM, na jurisdição Tlalnepantla, México. no período de 2000 a 2002.

2.1 A tuberculose no mundo

O aparecimento da TB remonta a pré-história. A doença tornou-se epidêmica com a sociedade industrial, quando se deram as condições propícias para seu desenvolvimento (a aglomeração que corta a distância boca a boca favorecendo o contágio e a má condição de vida que diminui a imunidade e facilita a transmissão da doença) (FARGA, 1992).

Na literatura, observamos que os setores menos favorecidos da sociedade são os mais afetados pela TB. Porém, atualmente, todos os grupos sociais estão expostos e casos de TB apresentam-se em grupos de pessoas de classe sócio-econômica média e alta. No México, Ostrosky et al. (2000) encontrou positividade basal em trabalhadores de saúde de Produto Protéico Derivado (PPD) com um valor aproximado de 40%.

Entre os fatores que propiciam a doença, encontramos: aglomeração; pobreza; desnutrição; ventilação e iluminação inadequadas; consumo excessivo de álcool, tabaco e drogas; tratamento prolongado com corticoesteróides; falta de acesso aos serviços de saúde e presença de outras doenças associadas como a *diabetes mellitus*. Recentemente, a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) somou-se à lista de fatores de risco e tem hoje uma importante associação com o desenvolvimento da TB (GARCÍA et al., 1995). Atualmente sabe-se que mais de 50% dos doentes de Acquired Immunological Deficiency Syndrome (AIDS),

desenvolvem a TB pela diminuição do sistema imunológico (OMS, 2004).

O fator sociocultural é outro aspecto que, embora pouco associado com a doença, se manifesta diretamente na resposta do paciente diante das medidas de prevenção e controle. A confusão, o desconhecimento dos sintomas da enfermidade, o custo do tratamento, o estigma social e o problema de acesso aos serviços são exemplos concretos desta associação (ALVAREZ et al., 2000). García et al. (1995) e Álvarez et al. (2004) propõem procedimentos antropológicos que têm como objetivo a melhora da educação sanitária das equipes de saúde que prestam serviços a pacientes com TB. A criação de grupos de auto-ajuda forma parte dessas ações.

A multiresistência apresenta-se como um grande desafio para os programas e para as equipes de saúde. A falta de adesão e/ou abandono do tratamento são grandes problemas a serem enfrentados pelos profissionais de saúde, uma vez que o tornariam mais difícil e de maior custo. A OMS relata que, em 72 países estudados no mundo entre 1994 e 1999, encontraram-se 88% de resistência às drogas (OMS, 2004).

Com relação aos serviços de saúde como fator que influencia no desencadeamento da doença, observa-se a existência de falhas nas políticas estaduais de saúde e das equipes que trabalham nas instituições (como por exemplo: negligência e detecção e tratamento inadequados dos casos), além de deficiências no controle total da TB como consequência direta das falhas nas políticas de saúde, financiamento e organização inadequada dos serviços (RUFFINO, 1997). Isto se reflete diretamente em uma sub-notificação dos casos, que corresponde a mais da metade do total de casos novos (TEIXEIRA, 2002).

Desde a década de 1920 (época em que foi desenvolvida a vacina Bacilo

de Calmette-Guérin-BCG), vêm sendo feitos grandes esforços para a prevenção da TB e para evitar complicações nas crianças. Embora esses esforços tenham resultados pouco eficazes na prevenção da TB em adultos, os pesquisadores continuam realizando grandes esforços na procura de uma nova vacina (TEIXEIRA, 2002).

A TB tornou-se um problema de saúde mundial devido ao surgimento de fontes de infecção com cepas de bacilos resistentes, o que é atribuído ao uso inadequado de antibióticos, ao fracasso do tratamento não supervisionado e ao manejo inadequado dos programas de controle da doença. Além disso, a infecção pelo HIV passou a fazer parte dos fatores desencadeantes da epidemia de TB (SCHLUGER, 2000). Em combinação com a pobreza e as desigualdades crescentes entre as diferentes classes sociais (particularmente nos países em desenvolvimento), esta situação torna os tratamentos individuais e as campanhas de controle de TB cada vez mais difíceis e de maior custo humano e social (ÁLVAREZ et al., 2001; HOUSTON, 1994; SMALL et al., 1993).

No mundo, estima-se que de 6 bilhões de habitantes, cerca de um terço da população, estejam infectados com o *Mycobacterium tuberculosis* (1,9 bilhão) e o aparecimento de casos novos corresponderia a 8,2 milhões por ano. A OMS (2004) menciona a existência de 16 milhões de doentes, o aparecimento de 25.000 casos novos ativos e o óbito de 5.000 doentes por dia (GLOBAL STOP, 2003).

Apesar de que a distribuição da TB é universal, existe uma concentração em 22 países, dos quais dez pertencem à Ásia, dez à África, um à Europa e outro à América Latina (Brasil), que cobram 80% dos casos existentes no mundo, mostrando uma taxa de incidência que varia de 64/100.000 no Brasil até 628/100.000 no Zimbábwe. Para esses países, estima-se a aparição de 6.910.000 casos novos por

ano, razão pela qual, 98% das mortes no mundo que têm como causa a TB acontecem em países em desenvolvimento (TEIXEIRA, 2002; GLOBAL STOP, 2003).

Até o momento, as ações realizadas não têm se mostrado suficientes e efetivas para a prevenção e o controle da TB. O Banco Mundial estima que, para o ano de 2020, a TB poderia contribuir com 55% das mortes observadas em adultos em países em desenvolvimento, se não forem empreendidos novos e efetivos esforços para mudar esta situação (TEIXEIRA, 2002). Entretanto, Farga (1992) refere-se à TB como uma doença auto-limitada, ou seja, após uma etapa de tuberculinização em massa, a doença tende a diminuir de maneira espontânea em uma comunidade e, dependendo das condições de cada país, a redução natural da doença pode chegar a 2-4% por ano. Com a aplicação de medidas adequadas de controle, estima-se que o declínio poderia superar os 10% por ano. Entretanto, dados reais mostram que são poucos os países que alcançam uma redução superior a 10% e que esta porcentagem cai em regiões subdesenvolvidas, que conseguem uma diminuição de aproximadamente 5% por ano no número de casos, o que indica que só os países em desenvolvimento que consigam diminuir as taxas ao ritmo de pelo menos 5% ao ano serão capazes de reduzir a situação da TB pela metade a cada 14 anos.

São evidentes a magnitude, a transcendência e o impacto da TB no mundo. A OMS formulou uma meta que projeta para o ano de 2050 a eliminação da TB como problema de saúde pública. Para alcançar essa meta, deverão ser diagnosticados 70% dos casos infecciosos até o ano de 2005, dos quais 85% deverão ser curados até o ano de 2010. Além disso, a prevalência e a mortalidade por TB deverão ser reduzidas em 50% e, até o ano de 2020, deverão ser evitadas

225 milhões de mortes e prevenidos 50 milhões de casos determinados por essa doença (TEIXEIRA, 2002).

2.2 A tuberculose no México

O território do México ocupa quase dois milhões de quilômetros quadrados e possui mais de 10.000 quilômetros de litoral entre o Oceano Atlântico e o Oceano Pacífico. Sua orografia é bastante variável e acidentada, o que influi diretamente nos padrões específicos demográficos e de distribuição epidemiológica (Mapa 1).

Mapa 1. República Mexicana e suas principais cidades

Fonte: <http://www.sre.gob.mx/mexico/general/mapamex1.htm>

O crescimento populacional tem forçado o desenvolvimento exorbitante de algumas cidades, que agem como pólo de atração para a população das

comunidades rurais de todos os estados da república, criando condições de pobreza e miséria e gerando zonas rurais dentro das grandes cidades, situação essa que favorece a distribuição de doenças infecciosas, transmissíveis e/ou crônico-degenerativas nessas zonas consideradas de alto risco.

Nos últimos três anos (2001-2003) o México alcançou uma redução de 14,5% no número de casos novos e de 10% nas mortes causadas pela TB. O Secretário de Saúde do México, afirmou que o Tratamento Curto Estritamente Supervisionado (TAES) abrange 100% das áreas prioritárias que têm procurado estratégias para diminuir a TB nas áreas fronteiriças entre o México e os Estados Unidos, situação para a qual foi desenvolvido o Cartão Binacional para o controle da doença, com vistas a garantir a continuidade do tratamento, independentemente da condição migratória da população que viaja por algum motivo entre esses países ([www. biomédicas.unam.mx/gaceta.asp](http://www.biomédicas.unam.mx/gaceta.asp)); isto porque o fenômeno da migração representa um forte problema para o controle da doença, devido ao permanente movimento de pessoas que saem de seus lugares de origem para as grandes cidades em busca de melhores condições de vida e de trabalho, gerando a disseminação do bacilo por todos os lugares por onde se movimentam territorialmente.

Embora os Estados Unidos registre uma diminuição nos casos reportados de TB, a proporção de casos de pessoas doentes nascidas de imigrantes aumentou de 24 para 43% (CURRENT TOPICS, 2001).

No ano de 2004, durante a comemoração do Dia Mundial de Luta contra a TB no México, o Subsecretário de Prevenção e Promoção da Saúde mencionou que, desde o ano de 2001, a TB não se encontra mais entre as 20 principais causas de morte e que a mortalidade por esta doença diminuiu de 2,6 para 2,3 por cada 100

mil habitantes, e a morbidade de 15,1 para 13,3 (www.biomédicas.unam.mx/gaceta.asp).

No Programa Binacional (PBN) 2001-2006, a TB é considerada um problema que exige atenção prioritária. Porém, a operacionalização do programa de TB enfrenta múltiplas dificuldades que envolvem aspectos propriamente operacionais com o paciente e seus familiares (SSA, 2001).

O Programa de Ação de Prevenção e Controle da TB faz parte do Programa de TB e está contemplado na segunda estratégia da norma: “reduzir os problemas de saúde que afetam os pobres” (SSA, 2001).

Conforme mencionado acima, a grande diversidade geográfica, orográfica e política do México oferece grandes possibilidades para a apresentação dessa doença. Desta forma, enquanto alguns estados da república demonstram um alto nível de desenvolvimento humano (índice de esperança de vida, índice de educação e de Produto Interno Bruto (PIB) (ONU, 2003), há também estados com altos índices de marginalização e de casos de TB, associado à presença de grupos indígenas, por exemplo na região formada pelos estados de Guerrero, Oaxaca e Chiapas, onde a TB causa a morte de sete mulheres por dia (SSA, 2001; MARTÍNEZ, M; www.cimacnoticias.com).

Estima-se que o risco anual de infecção pelo *M. tuberculosis* corresponda a entre 0,5 e 1% e que uma pessoa infectada teria entre 5 e 10% de probabilidade de ter TB ativa durante sua vida. Desta forma, se uma fonte de infecção não receber tratamento, infecta em média 10 pessoas por ano. 50 % dos doentes não tratados morrem dentro de dois anos, resultando na probabilidade de infectar outras 20 pessoas, das quais 10 serão doentes. Isto é, são gerados dois casos novos, dos quais um será contagioso (SSA, 2001; TAPIA, 1998).

A TB destaca-se das demais doenças infecciosas porque apresenta um período de latência inespecífico (TAPIA, 1998). Existem 50% de possibilidades que uma pessoa infectada infecte outra com quem mantenha contato por um período de oito horas diárias durante seis meses (OPS/OMS, 2003).

Em 1999, a taxa de mortalidade por TB no México era de 3,3 mortes a cada 100.000 habitantes, sendo a segunda causa de morte ocasionada por um único agente etiológico (unicamente superado pelo vírus do HIV/AIDS) e 85% dos casos atingiam a população em idade produtiva, ou seja, indivíduos maiores de 15 anos (SSA, 2001).

No ano de 2000, o México ocupou o vigésimo lugar em termos de morbidade nos países da América, registrando uma taxa de 22,4 casos por 100.000 habitantes, sendo considerado um país com mortalidade intermediária (acima de 25 e abaixo de 49 casos/100.000 habitantes), superando países como os Estados Unidos, Canadá, Cuba e Porto Rico que apresentam uma taxa de incidência abaixo de 24/100.000 e inferior a países como o Brasil, Colômbia, El Salvador, Paraguai que apresentam uma taxa de incidência de 50 a 84 casos por 100.000 habitantes. Bolívia, Equador, Honduras e Nicarágua apresentam uma taxa de incidência superior a 85/100.000 (OMS, 2004).

Do total de casos de TB notificados ao sistema EPI-Tb (registro nominal de casos), foram identificados mais de 85% de casos confirmados por algum método de laboratório; desses, a TB pulmonar representa 84%, dos quais 95% dos casos diagnosticados iniciam tratamento e 95% dos contatos são estudados, obtendo-se uma média de 4,2 contatos estudados por caso (SSA, 2001).

Entre 1990 e 1994, a prevalência de infecção pelo HIV em pacientes com TB foi de 3,1% no México, o que indica uma taxa menor quando comparado com

países como os EUA (prevalência de 26% em Nova Iorque) e Brasil (35,6% no Rio de Janeiro) em 1997 e uma prevalência maior no ano de 2002 em comparação com países como Peru (1,99%) e Nicarágua (2,5%) (OMS, 2004).

México aparece com uma cobertura de 70% no TAES, projetando-se como um dos países sem grandes dificuldades para alcançar a cobertura total esperada antes de finalizar o ano de 2005. Na Quarta Reunião do STOP TB, realizada na República Dominicana, México informou estar próximo de 90% da cobertura da população graças à estratégia Directly Observed Treatment Short Course (DOTS) (OPS, 2003).

Cabe destacar o atual debate sobre o TAES, já que pesquisas relatam que a cobertura não seria a única medida de acesso da população ao programa e também não representa uma forma de avaliação da qualidade dos serviços. É evidente que a melhor qualidade dos serviços tem beneficiado o tratamento. Porém, a aproximação de certas metas não comprova o compromisso dos recursos humanos de cada país para trabalhar com o programa, nem diz respeito aos recursos destinados a estes serviços. Isto só seria possível com maiores informações (BISSELL, 2004).

2.3 Tratamento curto estritamente supervisionado (DOTS/TAES)

Posteriormente à declaração da emergência mundial da TB em 1993, a OMS definiu a estratégia DOTS/TAES como o mecanismo mais efetivo para o controle, tratamento e prevenção da doença, por meio do qual o trabalhador de

saúde responsável por prestar assistência ao doente garante que este tenha ingerido seus medicamentos em dose, via e hora adequada. Esta situação contribui com a luta contra a doença, evita a transmissão, diminui os custos do tratamento e evita a multiresistência, além de fomentar a participação da família no tratamento e na comunidade (SSA, 2001).

A literatura vem mostrando as grandes vantagens da estratégia DOTS/TAES no combate da TB. Atualmente, de 210 países, 73,4% realizam essa estratégia, 61% da população mundial tem acesso à DOTS/TAES e 60% dos novos casos infecto-contagiosos (pulmbk+) foram detectados sob esta estratégia (OPS, 2004).

Em comparação com os dados de 1999, estes dados revelam um aumento de 143.000 casos bk+ reportados pelo TAES (2000-2001). Portanto, com este nível de sucesso e continuando neste ritmo de expansão da DOTS/TAES, as metas propostas seriam alcançadas no ano de 2013 (OPS, 2004).

Contrapondo estes dados, alguns estudos assinalam que a efetividade da DOTS não tem sido comparada por meio de estudos do tipo caso controle com o tratamento auto-administrado, o que põe em dúvida a efetividade do TAES (ZWARENSTEIN, 1998).

A SSA (2001) relata que, no México, após a realização da avaliação anual do PPCT em 1995, com a participação conjunta do governo e da OMS/OPS, a DOTS/TAES foi implementada com vistas a melhorar as taxas de cura, reduzir a morbidade, a mortalidade e a transmissão da doença (SSA, 2001).

O termo TAES está em discussão porque, embora a maior parte dos textos e documentos oficiais o denominam como tal (Tratamento Curto Estritamente Supervisionado), a referida terminologia corresponde mais a uma das funções da

estratégia da DOTS e, com o passar do tempo, nos países de língua hispânica, o TAES passou a ser sinônimo da DOTS. O mesmo PPCT no México é mencionado como estratégia do TAES e não da DOTS, utilizando-os como se ambas terminologias fossem sinônimos, quando na realidade o primeiro é parte integrante do segundo.

A estratégia DOTS contempla os seguintes aspectos funcionais e operativos: 1. compromisso político do governo para garantir os recursos necessários para o controle da TB, por meio do fornecimento regular de medicamentos e insumos de laboratório a todos os serviços e unidades de saúde; 2. organização da detecção, diagnóstico e tratamento de casos; 3. diagnóstico dos casos através do exame de escarro nos pacientes com tosse e expectoração que freqüentam os serviços de saúde; 4. tratamento curto estritamente supervisionado personalizado a todos os casos confirmados (TAES) e 5. sistema de informação adequado para o registro e seguimento de casos até serem considerados como curados (SSA, 2001).

Em 1999, como resultado do diagnóstico do funcionamento do programa para o fortalecimento das ações do PPCT, tornou-se necessário no México enfocar os municípios em risco e efetivar ações de promoção à saúde, vigilância epidemiológica, rede de laboratórios e garantir a atenção médica em 30 municípios prioritários (SSA, 2001).

Considera-se importante destacar que, apesar dos grandes esforços realizados para o controle desta doença, ainda existem situações que necessitam de maior atenção e trabalho para a obtenção de melhores resultados em curto prazo. Entre os problemas ainda não resolvidos encontram-se: 1. cobertura desejada não alcançada; 2. a existência de áreas que precisam de uma busca de casos

intencionada e sistemática nas unidades e entre a população, o que ainda impede a detecção oportuna de casos e 3. a necessidade de seguimentos individualizados dos casos que iniciam o tratamento.

É importante ressaltar que, em 2000, entre 10 e 13% dos casos que iniciaram seu tratamento não curaram, o que favorece a resistência medicamentosa (SSA, 2001).

Bissell (2004) relata que maior informação, educação e comunicação, mobilização social a favor da estratégia, vontade política, direção e liderança reconhecida e a incorporação do setor privado seriam aspectos a serem reforçados nas estratégias da DOTS.

O alcance das metas globais para o TAES tinha sido planejado para o ano 2000, mas foi necessário rever as propostas para o ano 2005, uma das quais foi a detecção de 70% de todos os casos. Neste aspecto, só 32% foram detectados em 2001. Uma outra proposta refere-se à cura de 85% de todos os casos, alcançando 82% até o ano 2000. A mesma autora indicou que, no ritmo de trabalho atual, a cobertura de 70% dos casos só será alcançada até o ano 2013 (BISSELL, 2004).

Em relação ao número de baciloscopias, para alcançar o objetivo estabelecido para o ano 2005, será necessário incrementar a busca de casos bk+ para 330.000 por ano (OPS, 2004).

O Relatório sobre Desenvolvimento Humano 2003 do Programa Nacional das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) aponta que, para investir nas tendências da TB no futuro, é necessário ampliar, adaptar e melhorar o tratamento de observação direta e de curta duração (DOTS) e implementar um programa eficaz que fiscalize os regimes do tratamento e estabeleça fortes vínculos com os pacientes.

A difusão deste tipo de terapia seria necessária para reforçar os programas de controle da TB, assim como o sistema de saúde em geral, exigindo quatro ações principais: 1. aumentar o apoio político para ampliar a DOTS; 2. aumentar o apoio econômico para ampliar a DOTS; 3. melhorar a capacidade do sistema de saúde para ampliar a DOTS e: 4. facilitar fornecimentos sustentáveis de medicamentos de qualidade para ampliar a DOTS.

Adaptar a DOTS para evitar a resistência aos medicamentos inclui uma orientação à "DOTS plus", que é considerada a pedra angular para frear e controlar a TB multiresistente, o que requer uma estrita supervisão dos regimes terapêuticos.

O crescente número de casos de TB, combinados com o HIV/AIDS, representa uma enorme carga para as atividades de controle da TB, que se torna exacerbada pela escassez de equipes de saúde preparadas, recursos de laboratório e fornecimento de medicamentos. Com relação à possível implantação de programas conjuntos para a TB e o HIV/AIDS, questões compartilhadas pelas duas epidemias poderiam ser abordadas, apesar de que também seria necessária uma reconfiguração substancial e um maior entendimento entre os organismos comunitários e os países (PNUD, 2003).

O PNUD propõe a melhoria da DOTS/TAES, investigando novos métodos de diagnóstico para detectar casos de TB que ativem de maneira mais rápida, fácil e precisa melhores medicamentos para simplificar os regimes de tratamento e melhorar a resposta à TB multiresistente, às infecções latentes, além de tentar descobrir uma vacina melhor. Isto seria possível a partir da criação da Aliança Mundial para o Desenvolvimento de Medicamentos contra a TB (PNUD, 2003).

Contribuição da enfermagem na DOTS/TAES no México

Todos os trabalhadores da saúde tiveram um papel importante na luta contra a TB, mas, no México, a participação de enfermagem obteve uma maior contribuição no TAES a partir da criação da Rede Mexicana de Enfermagem na TB (RMET) em 2003.

A RMET nasceu como uma resposta à necessidade de se formar uma Rede Latino-americana de Enfermagem, proposta na reunião de Dezembro de 2002 em Punta del Este, Uruguai, convocada pela Unión Internacional Contra la Tuberculosis (UICTER), com vistas a contribuir para a luta contra a TB e assim melhorar o acesso ao tratamento e à qualidade do cuidado na assistência aos pacientes afetados pela doença, além de ajudar na ampliação da DOTS/TAES. (AVENA, 2004).

A conformação da RMET retomou a infra-estrutura do PPCT 2001-2006 no que diz respeito a seus objetivos, filosofia, estratégias e políticas.

A Rede tem um programa denominado “Caminhando para a excelência”, cuja missão contempla “ser um centro de excelência, líder na vigilância, prevenção e amparo da saúde nos âmbitos nacional e internacional, que se desenvolvam em um ambiente saudável de trabalho, que fomentem o desenvolvimento humano e a satisfação entre os usuários e prestadores de serviços” (AVENA, 2004)

A Rede baseou-se em informações básicas que apontavam para a falta de seriedade nos sistemas de informação do PPCT, já que os responsáveis pelos programas do TB justificavam sua pouca produtividade pelas falhas no funcionamento dos sistemas de informação ou nas ponderações dos indicadores utilizados, além de aceitar que os programas não funcionam bem (AVENA, 2004).

Além disso, existe uma avaliação trimestral do PPCT nas unidades, cujos últimos dados assinalaram um índice “precário” de produtividade (abaixo dos 40%) para o México.

Entre as ações nas quais as enfermeiras se destacaram no TAES, observam-se: 1. detecção de casos; 2. melhora do sistema de registro e notificação de casos; 3. aumento na cobertura e extensão do TAES nas unidades de saúde e; 4. participação na promoção da saúde em relação à TB entre a população e entre os doentes com a mesma doença.

Para conseguir a conformação da Rede, a Coordenação Nacional do Programa desenvolveu um modelo denominado “O México livre de TB”, que centra suas atividades na participação social e cujo símbolo de sucesso é representado pelo levantamento de uma bandeira branca naquelas comunidades onde a população está participando ativamente em programas prioritários para a saúde (“Arranque seu parceiro para a vida”, Saúde da Criança e do Adolescente, Diabetes e Hipertensão, Vetores, Zoonoses e TB) e para seu próprio desenvolvimento social.

O primeiro passo foi realizar uma convocação nacional, e o segundo realizar a capacitação nos níveis local, estadual e nacional. Os passos estratégicos utilizados foram: 1. seleção da população segundo o grau de urbanização, pobreza, aglomeração, desnutrição, condições precárias de vida e moradia, entre outros; 2. organização de assembléias municipais com a participação de autoridades educacionais, municipais e sociedade civil para expor o problema da TB. No desenvolvimento desta tarefa, a Saúde foi um facilitador e a comunidade sempre propôs o plano de ação; 3. identificação de líderes comunitários e seu comprometimento como agentes em busca da saúde; 4. medição (pré-teste) do conhecimento das equipes de saúde sobre a TB; 5. campanhas de sensibilização

através de oficinas com apoio dos meios de comunicação e material áudio-visual. As oficinas foram destinadas tanto às equipes de saúde como à comunidade, tiveram uma duração de 40 horas e ofereceram aspectos técnicos, de desenvolvimento de liderança, desenvolvimento humano e comunicação; 6. medição do impacto da intervenção educativa, aumentando de 10% no pré-teste para 80% no pós-teste.

Objetivos alcançados na RMET

Cada estado da república atualmente conta com um comitê técnico estadual de Comunidades Saudáveis que avalia os indicadores para a exposição de Bandeira Branca, credencia os municípios e verifica as comunidades saudáveis.

No primeiro semestre de 2003, 705 bandeiras brancas foram erguidas, o que corresponde ao número de comunidades que aderiram ao programa DOTS/TAES.

Atualmente existem 32 redes estaduais de Enfermagem em TB, tendo sido capacitadas inicialmente 250 enfermeiras estaduais e jurisdicionais, com mais de 2000 pessoas (enfermeiras, outros profissionais e trabalhadores de saúde) manifestando seu interesse em participar da rede. Para este fim, organizaram-se encontros regionais e nacionais para divulgar os resultados, foram concedidos estímulos aos enfermeiros que se destacaram em suas entidades federativas no desenvolvimento da Rede. Existe a comunicação entre todos os integrantes da rede sendo a *internet* um dos meios utilizados para a realização das sessões da programação.

Os integrantes da rede modificaram a letra de uma música popular mexicana que a sociedade identificou como um símbolo de trabalho na luta contra a

TB e se obteve a publicação periódica de um folheto, cujo objetivo é divulgar os avanços da RMET.

Desta forma, a Rede Mexicana de Enfermagem na TB empreendeu esforços vagarosos para a sensibilização e união dos enfermeiros e demais profissionais da saúde interessados em participar da luta contra esta doença (AVENA, 2004).

2.4 A atenção primária de saúde e o programa de prevenção e controle da tuberculose

Para o cumprimento do PPCT, requer-se um trabalho harmônico e unido de todos os atores sociais envolvidos: a comunidade, as autoridades locais, estaduais e nacionais e trabalhadores de saúde, além da participação ativa dos pacientes e familiares. A falha de um dos integrantes teria como consequência a não obtenção dos resultados esperados pelo programa. É por esta razão que a APS representa um papel fundamental na compreensão e no alcance de avanços importantes no combate contra esta doença milenar.

A Declaração de Alma Ata (Rússia) sobre a APS (OMS, 1978) resultou de linhas de pensamento sobre o desenvolvimento dos serviços de assistência à saúde que surgiram a partir da Segunda Guerra Mundial (GREEN, 1999). Cristalizaram-se idéias revolucionárias que resultaram no consenso que fundamenta os princípios de saúde e desenvolvimento nacional, preparando também o caminho e condições para obter mudanças significativas de forma global.

As linhas de pensamento sobre saúde consideradas na Atenção Primária

à Saúde (APS) incluíram: uma mudança gradual na percepção do significado da saúde, melhor compreensão das principais causas subjacentes dos danos à saúde (incluindo água e saneamento, má nutrição, moradia inadequada e pobreza), reconhecimento da importância de iniciativas na saúde pública preventiva e a responsabilidade dos indivíduos de assumir um papel de agente efetivo na manutenção e cuidado da sua própria saúde e das demais pessoas (PANAMÁ, 2004). Todas estas novas idéias indicaram a necessidade de desenvolver um novo enfoque, afastado do limitado modelo médico em vigor.

É importante ressaltar que, na América, antes da Reunião de Alma Ata, nos anos 60, existiam movimentos progressistas que conduziam ao reconhecimento do papel da saúde como agente de desenvolvimento. Um exemplo disso é o caso do “Plano Decenal das Américas”, por meio do qual introduziu-se um método de planejamento local em saúde que foi considerado como fator importante na promoção do fortalecimento das capacidades locais, dentro de um contexto caracterizado pela crise econômica, vinculada à súbita escalada dos preços do petróleo e à vigência de governos ditatoriais na maioria dos países deste continente, que focalizaram seus esforços no desenvolvimento de seus serviços de atenção primária à saúde.

Chile, Cuba e Costa Rica são os países onde as experiências com as APS foram consideradas as mais bem sucedidas no desenvolvimento de serviços de APS na América Latina (PANAMÁ, 2004).

Pela natureza de suas colocações, o PPCT em geral e a DOTS/TAES em particular consideram ou devem considerar vários elementos essenciais da APS de acordo com a definição cunhada em 1978, em que se destaca que a Atenção Primária de Saúde é “o conjunto de cuidados básicos de saúde construídos sobre

tecnologia e métodos práticos, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, que são acessíveis a indivíduos e famílias, através de sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem ajudar de forma sustentável em cada etapa de seu desenvolvimento, dentro do espírito de confiança em si mesmo e de autodeterminação”. A APS é parte integral do sistema de saúde, como uma função central e foco principal e como função para o desenvolvimento econômico e social global da comunidade. A APS é o primeiro contato com os indivíduos, as famílias e a comunidade, com o sistema nacional de saúde, levando os cuidados aos domicílios e locais de trabalho. Esse constitui o primeiro elo de um processo contínuo de atenção à saúde” (OMS, 1978).

Entre os 10 pontos principais estabelecidos na Declaração de Alma Ata, consideramos de maior influência sobre o PPCT:

Ponto I - declara que “a desigualdade existente na saúde das pessoas é inaceitável e envolve, de maneira comum, a todos os países....” Podemos observar que a TB é um problema vinculado à desigualdade entre as classes sociais, com fortes componentes social, econômico, cultural e político.

Ponto IV - destaca-se a premissa de que “...as pessoas têm o direito e o dever de participar do planejamento e implementação de sua atenção sanitária” .Os pacientes com TB e suas famílias ainda encontram-se distantes desta participação, seja pelo nível de educação, cultural, condições sociais de marginalização em geral (como por exemplo: alcoólicos e HIV positivos) ou porque são grupos que carecem ou têm pouca capacidade de exercer pressão política.

Ponto V - diz que “...o objetivo principal dos governos e da comunidade

internacional deveria ser a promoção, para todos os habitantes do mundo no ano 2000, de um nível que lhes permitisse levar uma vida produtiva social e economicamente...”. A APS é a chave para conseguir o objetivo. Aqui, podemos observar que a promoção à saúde ainda está distante desta prerrogativa porque uma boa proporção da população mundial ainda é analfabeta e as bases pedagógicas adotadas em sua implementação não são adequadas para o processo de ensino-aprendizagem destes grupos sociais.

Ponto VI - estipula que a “APS apóia-se, na prática, em provas científicas e na metodologia e tecnologia socialmente aceitáveis, acessíveis universalmente através da participação social”. Neste ponto exemplifica-se o tratamento DOTS/TAES como uma tecnologia acessível para alguns países, em que cada um enfrenta suas próprias dificuldades econômicas, sociais e culturais. O que torna o TAES um programa vertical, impulsionado pelos serviços de saúde e com apoio de organismos nacionais e internacionais, mas com escassa participação da comunidade.

A APS é “o foco principal do sistema de saúde” e seu principal objetivo é reduzir a distância entre os usuários dos serviços e a atenção sanitária, levando-a até os domicílios e os locais de trabalho. É, principalmente através do trabalho dos enfermeiros e dos promotores de saúde que o PPCT alcança seus objetivos, captando oportunamente os casos suspeitos e bacilíferos (para seu correspondente diagnóstico e tratamento) nas comunidades e nas unidades de atenção primária, e não no nível terciário, pois isso seria interpretado como falha na função e no

atendimento que deve ser oferecido pela assistência primária.

Ponto VII - assinala que “a APS reflete as condições do país e de suas comunidades e dirige-se aos principais problemas sanitários da comunidade, devendo levar uma melhora progressiva da atenção sanitária para todos, com prioridade aos mais necessitados”. É evidente que o PPCT é um programa prioritário no mundo, particularmente nos países em desenvolvimento; entretanto, em algumas ocasiões, a APS fica limitada a um discurso político.

Uma vez postulada e aceita a Declaração, cada país adaptou a APS conforme as condições e recursos próprios e circunstâncias particulares. A partir disso, surgiram diversas formas (muitas vezes errôneas) de olhar a APS, em algumas ocasiões reduzindo-a a conceitos limitados e, em outras, com conceitos tão amplos que impossibilitaram sua aplicação.

Em países onde persistem importantes desafios para proporcionar à população acesso aos serviços de saúde, a definição ficou muito ampla, já que é vista como estratégia para uma atenção sanitária baseada em princípios de justiça social, motivo pelo que foi formulado um chamado para a democratização dos serviços de saúde (PANAMÁ, 2004).

Tejada (2003) escreve que, 25 anos após a Reunião de Alma Ata, continua-se refletindo sobre o sentido original dos objetivos do APS e sobre as mudanças dos conceitos aparentemente implícitos no “*slogan*” e que são causas que deixaram grandes vazios na assistência que ainda é esperada pelos povos.

A definição da APS na Alma Ata deixou confusão sobre alguns conceitos como “saúde”, “assistência” e “primário”. Com o tempo, esses se tornaram ainda mais confusos. Com relação à saúde, esta é definida como: “direito humano

fundamental cujo alcance representa o maior objetivo social no mundo” e “...exige a intervenção de outros setores sociais e econômicos além do setor da saúde...” , não sendo entendido que “ a saúde é uma realidade social que não pode ser separada de outros âmbitos sociais e econômicos e que por tal razão não deve ser circunscrita a um setor administrativo burocrático do Estado” (TEJADA, 2003). A esse respeito, Tejada (2003) menciona que a saúde é um processo social altamente complexo e um processo político que implica na tomada de decisões setoriais e de Estado, que sejam capazes de comprometer obrigatoriamente a todos e cada um dos setores envolvidos. Outro aspecto de difícil compreensão é a responsabilidade e o dever de todas as pessoas, grupos sociais e de toda a cidadania de cuidar de modo ativo de sua saúde individual e coletiva. Infelizmente, na prática, as pessoas continuam sendo tratadas como recipientes passivos de atividades pontuais prestadas por sistemas de serviços institucionalizados que fornecem uma assistência médica reparatória orientada para doenças específicas (TEJADA, 2003)

O mesmo autor indica que, quanto à terminologia “Assistência, a versão original da declaração usou o termo “Cuidado” (*care*) e não “Atenção”. O “Cuidado” tem uma conotação mais ampla e integral que a “Atenção”. O cuidado denota relações horizontais, simétricas, participativas, enquanto a “atenção” é vertical, assimétrica e nunca participativa em seu sentido social. O cuidado é mais intersetorial. A atenção acontece tanto no plano setorial quanto no institucional ou de programas isolados e serviços específicos (TEJADA, 2003).

Com relação ao termo “Primário”, seu significado lingüístico conserva diversas e até contrárias acepções. Refere-se a “primitivo ou pouco civilizado”, e também a “principal ou primeira em ordem ou grau”. Pelas percepções simplistas e enviesadas das experiências que deram origem ao conceito, foi fácil, mais cômodo e

seguro entender o termo “Primário” no primeiro significado, quando em realidade o espírito de Alma Ata se referia ao segundo.

Na Declaração, destaca-se que a APS forma parte integrante tanto dos sistemas nacionais de saúde, quanto do desenvolvimento social e econômico global (no sentido multisetorial e não mundial), e aparece como função central e núcleo principal de todo o sistema. Portanto, entende-se que não é uma parte isolada do sistema e nem está circunscrita à assistência de baixo custo a pessoas da periferia. É por esta razão que se torna importante diferenciar entre o cuidado integral à saúde para todos e por todos os profissionais de saúde (multisetorial e multidisciplinar), um cuidado promocional e preventivo, participativo e descentralizado e uma assistência reparatória de baixo custo (segunda ou terceira classe) para as classes periféricas mais pobres da população e, o que é mais grave, prestada em programas paralelos ao resto do sistema de saúde e sem participação ativa, direta e efetiva das pessoas (TEJADA, 2003).

Tejada (2003) relata que, com o tempo, a APS foi sofrendo modificações e, no caso de ações específicas como “a APS seletiva”, os “pacotes” de algumas intervenções de baixo custo (como por exemplo re-hidratação oral e aleitamento materno) e outras formas contrárias ao espírito de Alma Ata constituíram uma separação que contribuiu para o aumento das distorções nas funções destes programas.

No mundo globalizado, hoje “unipolar” e com a ameaça de uma perda crescente das soberanias nacionais, uma das poucas medidas que existem para ter controle sobre o destino é a construção de democracias autênticas, descentralizadas e participativas. Atualmente, é imprescindível transferir o controle, isto é, levá-lo de volta ao poder político para tomar as decisões que afetam às sociedades desde seu

ponto de origem, a cidadania (TEJADA, 2003).

Com relação a alguns aspectos deficientes no programa do PPCT e particularmente na estratégia DOTS/TAES, para causar um grande impacto sobre a cadeia de transmissão e para alcançar as metas propostas pela OPS/OMS para o ano de 2013 (detecção de 70% dos casos e curar 85% dos mesmos), Bissell (2004) ressalta a importância de maior informação e educação para as comunidades e mobilização social a favor das estratégias envolvidas na APS.

É importante ressaltar que as ações de tratamento e controle da TB no México estão inseridas no contexto da APS, por ser uma doença prioritária que exige a atenção do sistema de saúde, devido aos danos reais e potenciais que provoca na sociedade e à sua importância para a saúde pública. A APS é uma plataforma que determina o trabalho de outros níveis dos sistemas de saúde. Aborda os problemas mais frequentes na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar da população. Permite um tratamento integrado quando da presença de mais de uma doença e luta com o problema, inserindo-se no contexto de origem da doença e influenciando a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a assistência que organiza, otimiza e racionaliza o uso de todos os recursos básicos e especializados dirigidos à promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002; MENDES, 2002).

Antecedentes do Modelo de Atenção à Saúde Apoiado na APS no Estado do México

Desde a década de 70, no México, iniciou-se um movimento de ampliação da abrangência com vistas a aumentar o número de pessoas beneficiadas em programas prioritários de saúde, como é o caso do PPCT. Esse movimento

desenvolveu-se em todos os estados da República Mexicana, adotando progressivamente características próprias de cada local de adoção do programa.

No estado do México, tal modelo foi consolidado na década de 80, sendo denominado PRODIAPS, atualmente vigente. Na mesma década, pessoas da comunidade receberam capacitação sobre cuidados básicos de saúde por um período de três meses e posteriormente, foram contratadas para trabalhar próximo das suas residências. Este programa também é identificado com o nome PRODIAPS. Os integrantes realizam seu trabalho junto com os demais profissionais de saúde em uma área regionalizada, chamada Núcleo Básico de Saúde (NBS), que abrange de 3000 a 5000 habitantes, com uma média de 500 famílias (micro-região). O PRODIAPS estabelece a união da comunidade e os serviços de saúde com os que desenvolvem conjuntamente ações para melhorar as condições de vida do lugar de moradia de ambos.

Atualmente, o número de pessoas que recebem atendimento nos NBS cresceu, a regionalização não conseguiu acompanhar esse crescimento e os recursos humanos tornam-se insuficientes. O PPCT é realizado basicamente pelos promotores na área comunitária, sob a responsabilidade de um médico e do diretor da UBS.

O ISEM (2002) declara que as funções e atividades estabelecidas como funções dos promotores de saúde do PPCT são:

Funções	Atividades
Aplicar as medidas de prevenção da TB por meio da promoção à saúde (educação para a saúde).	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promover o desenvolvimento de hábitos nutricionais saudáveis para todas as idades; ➤ Proporcionar informação à população por meio de material impresso ou palestras a grupos específicos para que a população reconheça a importância dos fatores de risco que facilitam o aparecimento e a transmissão da TB; ➤ Ações de prevenção e tratamento da TB; ➤ Conscientização do impacto social e econômico na saúde individual, familiar e coletiva; ➤ Promover o desenvolvimento de condições de saneamento básico nas famílias, com melhora das condições sanitárias de moradia; ➤ Informar o paciente sobre a importância da continuidade do tratamento.
Aplicar ações para promover a participação social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estimular a participação de voluntários, familiares e comunitários para apoio na localização de tossidores; ➤ Estimular a participação de associações ou comunidades de vizinhos para melhorar as condições ambientais; ➤ Estimular a participação das delegações municipais para as ações de prevenção, controle e seguimento de casos; ➤ Proporcionar informações fidedigna, confiável e oportuna à população em geral; com ênfase nas pessoas em risco, por meio de material impresso (folhetos, cartazes, etc.).
Vacinar todos os recém nascidos (RN) da comunidade e supervisionar as vacinas dos recém nascidos nos hospitais; e de todas as crianças menores de catorze anos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar a vacina da BCG a todos os RN e até os 14 anos de idade; ➤ Aplicar 0,1 ml. Intradérmica na região deltóidea do braço direito.
Realizar as ações de quimioprevenção na população que a requer.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Em coordenação com o médico da unidade, proporcionar seguimento dos contatos que recebem isoniazida com dose de 10 mg/kg de peso diária, sem exceder 300 mg, por via oral, uma vez ao dia, estritamente supervisionada em: ➤ Contatos menores de cinco anos com ou sem BCG por seis meses; e ➤ Contatos de 5 a 14 anos de idade, não vacinados, por seis meses, sem TB.
Aplicar as medidas de controle da TB por meio da pesquisa de tossidores na comunidade, para a identificação do diagnóstico.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Busca intencional de tossidores maiores de 15 anos, sem importância do tempo de evolução; ➤ Referência dos tossidores identificados na Unidade Médica para seu diagnóstico e tratamento; ➤ Solicitar três amostras de expectoração (uma diária) e entregá-las ao laboratório: ➤ A primeira amostra imediatamente após a consulta; ➤ A segunda amostra no dia seguinte; ➤ A segunda amostra junto com a terceira amostra.
Dar seguimento e vigilância ao tratamento curto estritamente supervisionado e estudar os contatos.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Todo caso diagnosticado com comprovação bacteriológica deverá iniciar o TAES prescrito pelo médico da unidade; ➤ Coordenar com o médico os pacientes que iniciarão o tratamento e fazer o planejamento do seu seguimento e controle; ➤ Supervisionar a coleta de amostras de escarro mensalmente; ➤ Após confirmação do diagnóstico de TB, fazer o estudo de contatos: ➤ Busca de tossidores e realizar estudo bacteriológico; ➤ Referir os contatos positivos ou suspeitos de TB; ➤ Conferir cicatriz de BCG nos contatos menores de cinco anos.

Quadro 1 - Funções e atividades dos promotores de saúde do PPCT

Além das atividades assinaladas no quadro anterior, os PRODIAPS participam em 14 programas prioritários de saúde (referidos como “paquetes de servicios básicos de salud”), estabelecidos pelo PBN, entre os quais se destaca o PPCT, com as seguintes atividades: 1. referência de tossidores crônicos; 2. tratamento supervisionado de casos e 3. educação para a saúde (ISEM, 2003).

Passados 22 anos desde o início do modelo de Atenção Primária no estado do México, dos 137 PRODIAPS que existem na jurisdição da Tlalnepantla, aproximadamente 30 terminaram os estudos de enfermagem e outros 50 terminaram os estudos de Técnico em Atenção Primária à Saúde (TAPS); o restante continua com a preparação básica que lhes foi oferecida, além de alguns cursos de educação contínua. Aproximadamente 99% deles não moram mais na comunidade onde atualmente trabalham e os objetivos e condições em que desenvolvem seu trabalho mudaram.

Considera-se importante destacar que os promotores de saúde não trabalham unicamente com as atividades referentes ao “paquetes de servicios básicos de salud”, já que também desenvolvem outras atividades, como por exemplo campanhas de vacinação anti-rábica canina e Semana de Vacinação. Essas atividades são programadas dependendo da urgência, do planejamento anual e da proximidade de supervisão.

2.5 Aspectos normativos para a pesquisa epidemiológica e os relacionados com o Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose

2.5.1 Fontes secundárias para a pesquisa epidemiológica

Tomando como base que o presente estudo se apóia em dados de fontes secundárias (prontuários), acreditamos ser necessário realizar algumas considerações técnicas e normativas a respeito.

Pereira (2001) declara que, ao efetuar um estudo epidemiológico descritivo, deve-se considerar importante a realização de uma avaliação crítica das fontes de dados (avaliar sua qualidade), por serem sempre esses sistemas rotineiros de registro de informação dos pacientes que apresentam limitações. Contudo, são uma fonte importante de concentração de informações, razão pela qual muitas vezes são utilizados como fontes de dados para a pesquisa em saúde, pois apresentam a vantagem de estarem disponíveis para uso imediato, o que reflete diretamente na redução de custos e economia de tempo gasto na obtenção das informações (PEREIRA, 2001).

Pereira (2001) assinala que dados relacionados aos resultados de anamnese, exame físico, conhecimento do paciente tem sobre a doença, resultados dos diferentes exames utilizados para o diagnóstico, renda econômica, ocupação, consumo de drogas, hábito e frequência de consumo de bebidas alcoólicas e tabaco e a satisfação dos pacientes com o atendimento muitas vezes faltam nos prontuários. Os registros existentes mostrariam deficiências na abrangência dos serviços de saúde, pois esses dados deveriam ser registrados rotineiramente.

A confiabilidade da informação registrada é um problema constante, pelo fato dos registros serem preenchidos por diversos profissionais de saúde e de diversas especializações, cujos parâmetros de avaliação são distintos. Diante destas limitações, quando as informações são obtidas desse tipo de fontes, é necessário procurar mecanismos que evitem e/ou minimizem a distorção das informações coletadas nos estudos que se propõem trabalhar com esses tipos de fontes (Pereira, 2001).

Em 1998, a Secretaria de Saúde emitiu a Norma Oficial Mexicana (NOM) para o preenchimento e a estrutura dos prontuários médicos, com vistas a sistematizar, homogeneizar e regular o manejo dos mesmos, estabelecendo sua supervisão obrigatória para os setores público, social e privado do Sistema Nacional de Saúde (SSA, 1998). Para o PPCT, os prontuários representam uma base de registro da informação, lugar onde se registram as ações realizadas com o paciente e sua família, evolução do estado de saúde-doença, antecedentes, problemas atuais e o ambiente do paciente (trabalho, escola), gostos, preferências, estilo de vida, nível educacional, crenças, além de intervenções preventivas e educacionais relacionadas diretamente com o desenvolvimento, a transmissão, o controle e a cura de doenças como a TB.

O prontuário também permite valorizar a atuação do médico e de outros profissionais da equipe durante o trabalho clínico e constitui uma fonte de informação para o ensino, investigação, avaliação, administração e estatística (PAVÓN, 2002). Porém, o verdadeiro valor dos prontuários encontra-se na veracidade das informações, a seqüência e integridade dos dados (folhas de evolução, exames, fichas de atendimentos, entre outras) com o objetivo de facilitar sua utilização por outros profissionais (FAJARDO, 1983).

2.5.2 O prontuário no PPCT

Entre os dados dos pacientes com TB que devem ser registrados nos prontuários, destacam-se os estritamente biomédicos para diagnóstico (por exemplo: resultados das baciloscopias, cultivos e raios X) e os de tratamento, além de aspectos socioeconômicos, culturais, estado civil, número de membros da família, dinâmica familiar (estudo de comunicantes) e social, comportamento da doença e sua possível disseminação, ocupação do doente, hábitos higiênico-dietéticos, vícios, acesso aos serviços de saúde, aspectos relacionados com preferências sexuais (associação com HIV-AIDS), movimentos migratórios, percepção da doença, disposição para o tratamento, fatores de risco para o abandono do tratamento e conhecimentos sobre auto-cuidado, entre outros.

Com a norma do Sistema Nacional de Saúde, referente aos formatos e conteúdos dos prontuários esperar-se-ia que a maior parte desses se encontrassem corretamente estruturados e completos, mas isto não acontece. Em um estudo realizado pela Comissão Nacional de Arbitragem Médica (CONAMED) em 1998, encontrou-se que 71% dos prontuários estavam incompletos e que na maior parte deles faltavam as notas de internação, revisão, pré-operatório e pré-anestésico. Em 50%, o médico responsável não foi identificado. Estas falhas representam o principal obstáculo no tratamento de queixas por negligência médica (PAVÓN, 2002).

Numa revisão de 1200 históricos obstétricos de prontuários e conforme a Norma Oficial Mexicana de prontuários e de assistência à mulher e recém-nascido durante a gravidez, parto e puerpério, Pavón (2002) encontrou que 85% dos prontuários avaliados estavam incompletos, 50,2% mostravam um histórico clínico

incompleto e 0,3% não incluía o histórico clínico, apesar deste ser o documento central do prontuário.

Uma boa elaboração do histórico clínico contribui com o êxito ou fracasso do médico na procura do melhor tratamento a ser seguido. Sua exatidão e integração têm importância direta para o diagnóstico, o prognóstico e a terapêutica. O exame físico deve seguir uma seqüência completa e ordenada. É importante o registro dos sinais vitais (parâmetros para avaliar o estado geral e o controle da doença). O autor conclui que, do total de histórias clínicas, 93,5% não tinha registro dos sinais vitais e, em 96% dos prontuários, as anotações médicas não foram assinadas.

As deficiências na elaboração dos prontuários poderiam ser consequência do desinteresse por parte dos médicos, desconhecimento das normas e uma supervisão deficiente por parte das autoridades correspondentes. Devem-se intensificar os esforços para a difusão da norma de elaboração dos prontuários. Sabe-se que a qualidade e eficiência de um serviço não se refletem diretamente nos prontuários, mas é por meio desses que análises críticas das informações neles contidas podem identificar deficiências e ações que visam a melhora da qualidade na prestação dos serviços de saúde (PAVÓN, 2002).

A relação entre a Norma e o PPCT evidencia-se na procura e obtenção da qualidade da informação registrada nos prontuários (história clínica, diagnóstico e tratamento, controle da doença, garantia da cura e da prevenção da disseminação da doença e detecção de casos de resistência às drogas) e na contribuição de dados atuais e reais com outros sistemas como a vigilância epidemiológica.

As bases para o desempenho do PPCT fundamentam-se na NOM-006-SSA2-1993 para a Prevenção e Controle da TB na APS, que expressa a

organização, operação, avaliação e controle de seus fins e atividades. É de execução obrigatória para todos os profissionais de saúde, usuários de sistema público e privado e em todas as unidades de assistência médica do Sistema Nacional de Saúde. Tudo com vistas a uniformizar os critérios que permitam estabelecer os procedimentos para a prevenção e controle da TB na atenção primária à saúde (SSA, 1993). Contemplam-se os aspectos epidemiológicos do adoecimento no México, os aspectos mundiais, métodos atuais para diagnóstico, tratamento para a multiresistência às drogas e aspectos relacionados à associação HIV/AIDS. Contém todos os conceitos epidemiológicos relacionados com a TB para homogeneizar sua compreensão e entendimento, evitando distorções e enganos na aplicação nos diferentes níveis de organização (do local até o nacional).

Quanto aos pontos contemplados pelo PPCT, que estão relacionados diretamente com a estratégia DOTS/TAES, foram encontrados: a participação social (definida como o processo que permite envolver a população) das autoridades locais, das instituições públicas e dos setores social e privado no planejamento, programação, execução e avaliação dos programas e ações de saúde, com vistas a obter um maior impacto e fortalecer o Sistema Nacional de Saúde (SSA, 1993). Também contempla, entre outros pontos, a educação para a saúde e a promoção da participação social.

Pela sua natureza, o PPCT está estreitamente vinculado a uma outra norma oficial para a vigilância epidemiológica, a NOM-017-SSA2-1994, que estabelece os planos e procedimentos de operacionalização do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, além dos critérios para a aplicação da vigilância epidemiológica em determinadas doenças, eventos e situações de emergência que afetam ou põem em risco a saúde humana. Essa norma estabelece o adoecimento e

os riscos a que estão sujeitas as notificações e investigações e a frequência com que os registros devem ser realizados, de acordo com sua transcendência.

O objetivo do Sistema de Vigilância epidemiológica que alimenta esta norma é a obtenção de conhecimentos oportunos, uniformes, completos e confiáveis referentes ao processo saúde-doença da população, a partir da informação gerada nos serviços de saúde (âmbito local, intermédio e estadual) ou seus equivalentes institucionais, para serem utilizados no planejamento, capacitação, investigação e avaliação dos programas de prevenção, controle, eliminação e erradicação e, quando necessários, programas de tratamento e reabilitação (SSA, 1994).

3.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, retrospectivo e operacional embasado no método epidemiológico para a descrição dos sintomas dos pacientes que contraíram TB em local e período determinados.

Na pesquisa de campo, as informações necessárias foram colhidas dos prontuários médicos, dos pacientes que foram notificados com diagnóstico confirmado de TB pelo PPCT do ISEM e que receberam tratamento durante o período compreendido entre 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2002.

Também foram realizadas entrevistas com os integrantes da equipe de saúde que mantinham relação direta com o PPCT e que complementaram as informações obtidas através dos prontuários dos pacientes. Além disso, foram realizadas visitas a algumas UBS para conhecer a organização e desenvolvimento do programa, bem como conhecer a população atendida.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado na Jurisdição de Tlalnepantla do ISEM, no

Município de Tlalnepantla, estado do México. A revisão dos prontuários foi realizada na "Oficina de la Coordinación Jurisdiccional del PPCT" (Coordenadoria Jurisdiccional do PPCT) e no local de trabalho dos entrevistados.

3.2.1 Jurisdição Sanitária de Tlalnepantla, México e os Centros de Saúde (Unidades Aplicativas)

O estado do México é formado por 122 municípios e tem uma extensão de 211.461 km² (Mapa 2). Dentro da sua divisão política, encontra-se o município de Tlalnepantla de Baz com uma extensão de 83,48 Km², que representa 0,37% da extensão do estado.

Mapa 2. Mapa do Estado do México

Fonte: www.iwm.com.mx/mexinter/mexico.html_regionarea

O município de Tlalnepantla de Baz está situado no centro da república e tem como limites: ao norte - os estados de “Querétaro e Hidalgo”; ao sul – “Morelos e Guerrero”; ao leste – “Tlaxcala e Puebla”; e ao oeste – “Michoacán”.

Tlalnepantla tem como limites: ao norte – “Tultitlán”; ao noreste – “Coacalco”; ao noroeste – “Cuautitlán Izcalli”; ao sul – Distrito Federal e o município de “Naucalpan”; ao oeste – “Atizapán de Zaragoza”. É o único município que é constituído por duas áreas não contíguas, interrompidas pelo Distrito Federal (Mapa 3).

Mapa 3. Município de Tlalnepantla e áreas limítrofes

Fonte: <http://www.edomex.gob.mx/se/diagmuni.htm>

De acordo com Padilla (1999), o município de Tlalnepantla encontra-se agrupado em 13 delegações classificadas em 238 localidades que segundo sua

origem podem ser divididas em 90 colônias, 19 cidades, 68 bairros, 46 conjuntos habitacionais e 15 áreas industriais, sendo considerado o município com a maior área industrial do México.

Em 1995, no que diz respeito a sua infra-estrutura sanitária, o município contava com um total de 53 unidades de atendimento médico entre o serviço de seguridade social e de assistência social (PADILLA, 1999).

A área de extensão do município varia entre 2100 a 2800 msnm, adotando a forma de um plano inclinado. A parte mais baixa encontra-se localizada no oriente, a mais alta no noroeste e o centro do município localiza-se a 2251.35 msnm.

Climatologia de Tlalnepantla

Durante os últimos anos têm sido observadas mudanças importantes nas estações climatológicas; este fenômeno tem sido atribuído principalmente ao desmatamento, que tem levado a destruição de grandes áreas verdes na região de Tlalnepantla.

O município tem uma temperatura média de 10,3°C e uma máxima de 27,3° C, com uma precipitação pluviométrica de 682,6 mm (CONTRERAS, 1996).

A proximidade com o Distrito Federal (DF) e o desenvolvimento industrial e comercial de Tlalnepantla e dos municípios limítrofes com a cidade do México, tem ocasionado uma saturação do espaço habitável e grandes problemas de urbanização, assim como um elevado índice populacional (PADILLA, 1999).

Infra-estrutura dos serviços de saúde em Tlalnepantla

A infra-estrutura sanitária de Tlalnepantla é composta por unidades de instituições de seguridade social como o “Instituto Mexicano del Seguro Social” (IMSS), o “Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del estado” (ISSSTE), o “Instituto de Seguridad Social del estado de México y municipios” (ISSEMYM) e para o atendimento da saúde da população o “Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia” (DIF), que se encarrega de oferecer proteção social e o “Instituto de Salud del Estado de México” (ISEM) que oferece assistência sanitária, além de recursos não institucionais como consultórios privados, clínicas, sanatórios e trabalhadores de saúde de medicina tradicional como “parteras”, “hueseros”, “yerberos”, entre outros. No entanto, somente o ISEM e o Sistema Nacional para Desenvolvimento Integral da Família (DIF) são instituições exclusivas para o atendimento da população do município de Tlalnepantla, pois as demais instituições dirigem seu atendimento a uma região mais ampla; como por exemplo, os municípios de “Naucalpan”, “Atizapán”, “Cuautitlán”, “Tultitlán” e “Ecatepec” (QUEZADA, 2000).

Ressalta-se que para o presente estudo foi apenas considerado o atendimento oferecido pelo ISEM.

A jurisdição sanitária de Tlalnepantla está localizada no município de Tlalnepantla e pertence aos serviços estaduais do ISEM. Abrange uma região ampla, fazendo divisa com a cidade do México, isto é, uma parte do seu território se localiza em uma zona periférica junto a outros grandes municípios do mesmo estado, tais como: “Ecatepec, Naucalpan, Atizapán e Tultitlán”.

O município tem uma população imigrante com residência temporária, em

razão da proximidade com a cidade do México. Esta população é originária de zonas não urbanas de diferentes estados do país, que por meio de movimentos migratórios na década de 60 (Século XX) chegaram na cidade à procura de melhores condições de vida.

As mudanças demográficas registradas em Tlalnepantla aconteceram devido a três fenômenos relacionados entre si: 1. O deslocamento da população rural para a zona urbana; 2. A explosão demográfica; e 3. A industrialização (ISEM, 2000).

Atualmente, em decorrência de suas características, Tlalnepantla possui uma população urbana, com a maior atividade fabril do país e uma população pequena localizada em assentamentos irregulares em zonas baldias que carecem de infra-estrutura de serviços básicos e condições adequadas de moradia.

De acordo com o censo realizado no ano de 2000, no Estado do México existiam 41,68% de imigrantes nascidos em outros estados; 5,57% de imigrantes nascidos no estado do México com um saldo migratório de 36,11%.

Tlalnepantla é considerado um município com baixos índices de migração (ISEM, 2000) possuindo um número aproximado de 9.000 indígenas maiores de 5 anos que falam alguma língua nativa.

De acordo com a abrangência dos serviços de saúde no ano 2000, segundo o “Instituto Nacional de Estatística Geográfica e Informática” (INEGI), havia uma população de 658.613 habitantes distribuídos entre os serviços de saúde desta jurisdição (Tabela 1).

Tabela 1 – Abrangência dos serviços de saúde de Tlalnepantla, México, 2001

Instituição	População abrangente	%
IMSS	358.103	54,37
ISSSTE	70.941	10,77
ISSEMYM	34.098	5,17
DIF	51.997	7,89
ISEM	142.974	21,80
TOTAL	658.613	100

Fonte: ISEM, Diagnóstico Jurisdiccional, 2001.

Tlalnepantla tinha uma população projetada de 718.571 habitantes, para o ano de 2001 (355.783 homens e 362.788 mulheres) (CONAPO, 2000). A jurisdição sanitária do mesmo município é composta por 17 UBS, uma maternidade com 6 leitos e um hospital com 110 leitos, localizado no ocidente do município. No primeiro nível de atendimento existem 17 consultórios odontológicos e 102 consultórios médicos (15 não dispõem dos serviços de profissionais qualificados). Para o ano de 2001, calculou-se que Tlalnepantla contava com uma população aproximada de 718.570, cuja distribuição é apresentada na tabela 2.

O INEGI divulgou que no ano de 2000 o número de analfabetos de Tlalnepantla foi de 18.515 (5.155 homens e 13.360 mulheres), 17.196 moradias tinham em média 4,4 ocupantes por casa, 98% dispunham de encanamentos de água, 97,7% de redes de esgoto e 99,5% de energia elétrica. O total de recursos humanos era de 87 médicos, 30 dentistas, 61 enfermeiros e 135 PRODIAPS. Assim, a disponibilidade de enfermeiros era de 0,7 para cada médico e havia 0,15 consultórios médicos para cada 1000 habitantes (QUEZADA, 2000).

Tabela 2 - Distribuição da população de Tlalnepantla, segundo Centro de Saúde. Tlalnepantla, México, 2001

Centro de Saúde	Total	Sexo	
		Masculino	feminino
		No.	No.
San Andrés Atenco	83.622	41.403	42.218
Benito Juárez	22.002	10.893	11.108
San Pedro Barrientos	22.672	11.225	11.446
Reforma Urbana	26.739	13.240	13.499
Santa Cecilia	49.554	24.536	25.019
Cuauhtémoc	10.992	5.443	5.550
Tenayo	63.476	31.429	32.048
San Lucas Patoni	38.938	19.280	19.659
Prensa Nacional	46.869	23.206	23.663
San Javier	129.907	64.321	65.586
Prado Ixtacala	42.362	20.975	21.387
Jorge Jiménez Cantú	56.091	27.772	28.318
Maternidad Caracoles	0	0	0
La Laguna	16.802	8.320	8.483
San Juan Ixhuatepec (San Juanico)	47.597	23.567	24.030
Lázaro Cárdenas I	18.606	9.212	9.394
Lázaro Cárdenas II	17.620	8.724	8.895
Lázaro Cárdenas III	24.721	12.240	12.481
La Presa			
TOTAL	718.570	355.786	362.784

Fonte: INEGI, México, 2000

3.3 População e Amostra

A população do presente estudo estava contida nos prontuários médicos que integravam o arquivo do PPCT da jurisdição de Tlalnepantla, no período de 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2002, sendo que apresentaram os critérios de inclusão propostos pelo estudo. Também tiveram participação, cinco trabalhadores

relacionados diretamente com o PPCT.

3.4 Sujeitos do estudo

Fizeram parte do estudo os prontuários que apresentaram os seguintes critérios: prontuários do PPCT, da jurisdição sanitária de Tlalnepantla, México, arquivados entre o período de Janeiro de 2000 a Dezembro de 2002 (prontuários que correspondiam aos sujeitos notificados e com diagnóstico de TB confirmado). Para cada prontuário considerou-se os seguintes critérios de inclusão:

- Casos notificados e confirmados de TB por meio de um exame físico, entrevista, baciloscopia e/ou algum outro estudo de laboratório (dependendo da região orgânica afetada pela doença);
- Residentes no município de Tlalnepantla, México;
- Independente do gênero;
- Independente da idade;
- Independente da região sistêmica atingida pela doença.

Os prontuários que não apresentaram os critérios acima assinalados, foram excluídos do estudo.

Para as entrevistas, fizeram parte do estudo trabalhadores que mantinham atividades relacionadas diretamente com o PPCT, após terem concordado em participar.

Com o objetivo de manter o sigilo da informação fornecida pelos entrevistados, esses foram identificados como: Entrevistado 1; Entrevistado 2;

Entrevistado 3; Entrevistado 4; e Entrevistado 5.

3.5 Variáveis do estudo

3.5.1 Informação do prontuário médico: disposição da informação do prontuário médico, integridade da informação e sua relação com as normas oficiais específicas que dizem respeito a: 1. Número do registro; 2. Presença de dados do paciente; 3. Integridade do expediente quanto às variáveis a serem investigadas; 4. Acompanhamento; 5. História clínica; e 6. Registros específicos do PPCT.

3.5.2 Variáveis sócio-demográficas: 1. Idade; 2. Sexo; 3. Local de procedência; 4. Escolaridade; 5. Ocupação; 6. Renda; 7. Religião; 8. Propriedade da moradia; 9. Hábitos higiênicos; e 10. Hábitos nutricionais.

3.5.3 Aspectos relacionados com a operacionalização do PPCT.

3.5.4 Aspectos relacionados com o diagnóstico.

3.5.4.1 Método de diagnóstico.

3.5.4.2 Forma clínica

3.5.4.3 Lugar de detecção

3.5.5 Variáveis relacionadas ao tratamento: 1. Condições do tratamento; 2. Esquema do tratamento; 3. Tipo de tratamento; 4. Pessoa que supervisionou o tratamento; e 5. Duração do tratamento.

3.5.6 Variáveis relacionadas com a cura, alta e saída do paciente do programa: 1. Data do início do tratamento; 2. Data do término do tratamento; 3. Data da alta; 4. Método utilizado para o estudo da alta; 4. Abandono do tratamento - data e motivo de abandono do tratamento.

3.5.7 Variáveis relacionadas à referência dos pacientes: 1. Data da referência; 2. Local da referência; e 3. Motivo da referência.

3.5.8 Variáveis relacionadas com doenças associadas.

3.5.9 Variáveis relacionadas com aspectos epidemiológicos da jurisdição.

3.6 Elaboração do instrumento de coleta e teste-piloto

Para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: um questionário para o registro de dados relevantes, registrados no prontuário e uma guia de entrevista estruturada (técnica de triangulação) que facilitou o registro dos dados não contemplados nos prontuários. O objetivo da aplicação do último instrumento foi obter uma visão mais completa das variáveis em estudo e uma maior

aproximação da realidade empírica da operacionalização do PPCT.

A triangulação é uma técnica na qual são utilizados instrumentos de investigação qualitativa, apoiados por instrumentos quantitativos (ou ao contrário) e que visa abranger a máxima amplitude da descrição, explicação e compreensão do foco do estudo (TRIVIÑOS, 1987). A integração do método quantitativo e qualitativo pode identificar-se no planejamento do trabalho de investigação, na coleta de dados e na análise da informação (TRIVIÑOS, 1987).

De acordo com Richardson (1999), durante o período de coleta de dados, as entrevistas contribuem para a obtenção de informações e são caracterizadas pela profundidade e pelo detalhamento dos dados, durante a etapa de análise da informação, a técnica qualitativa permite avaliar os resultados obtidos por meio dos questionários e evidenciar amplamente a relação entre os dados.

O questionário foi composto por 44 questões, incluindo perguntas fechadas, de opção múltipla, de complementação, dicotômicas e abertas, para a obtenção de informações de cada variável e as mesmas foram guiadas pelos objetivos do estudo.

O instrumento foi construído com prévia revisão dos prontuários, para conhecer seu conteúdo e permitir a elaboração das categorias a serem consideradas, atividade esta, que foi complementada com a revisão prévia de estudos que abordaram a mesma temática. Desta forma, o questionário contém as seguintes informações: objetivo, instruções, dados de identificação do prontuário e do paciente, variáveis do estudo, qualidade da informação obtida, dados sócio-econômicos relacionados ao diagnóstico, tratamento, cura e alta do paciente, dados sobre a saída do paciente do programa (abandono, transferência, morte), doenças associadas ao tratamento, observações gerais da leitura dos prontuários, data e

dados do pesquisador (ANEXO A).

A entrevista estruturada foi realizada seguindo a orientação dos objetivos e variáveis do estudo, considerando algumas informações ainda não claras ou não encontradas nos prontuários, como por exemplo: instrução e tipo de trabalhador que executa o PPCT, aspectos relacionados ao TAES, supervisão do programa e disponibilidade de recursos. Informações que contribuíram para a obtenção de dados mais completos sobre o desempenho do PPCT (ANEXO B).

Com o objetivo de validar o instrumento, a versão final desse foi submetida a um pré-teste. O questionário foi aplicado a 10% dos prontuários (sete). Mudanças necessárias quanto ao tipo de pergunta e categoria a ser utilizada foram realizadas. As entrevistas foram aplicadas a três trabalhadores de saúde pertencentes a outra jurisdição, mas que mostraram características semelhantes quanto ao vínculo empregatício e relação com o programa do PPCT.

3.7 Etapas de desenvolvimento do estudo

Para o desenvolvimento do presente estudo, seguiram-se as seguintes etapas:

Primeira etapa:

- Obtenção da autorização para o desenvolvimento do estudo na jurisdição e envio do projeto do estudo ao Comitê de Ética e Investigação de Tlalnepantla.
- Sensibilização dos trabalhadores responsáveis pela jurisdição, para a

obtenção da autorização do desenvolvimento do estudo. Seguiram-se as seguintes ações:

1. Trâmite Estadual (Cidade de “Toluca”) e jurisdicional para a autorização do desenvolvimento da pesquisa na jurisdição de Tlalnepantla;
2. Trâmites na Chefia Jurisdicional para a autorização do desenvolvimento do estudo na jurisdição de Tlalnepantla;
3. Apresentação do projeto de estudo ao Comitê de Ética e Investigação da jurisdição;
4. Revisão e correção das observações realizadas pelo Comitê de Ética e Investigação jurisdicional;
5. Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Investigação Jurisdicional (ANEXO C).
6. Apresentação do projeto de investigação a Coordenadoria do PPCT e a Chefia de Epidemiologia e Informática da jurisdição.

Período de coleta de dados:

O pesquisador aplicou os formulários (validados e submetidos a um pré-teste) no período correspondente ao primeiro semestre de 2003, com a revisão de aproximadamente dois prontuários por cada seção. O pesquisador optou por obter as informações dos prontuários de pacientes que haviam terminado o tratamento, com o objetivo de evitar vieses desnecessários para o estudo que foi norteado pelas datas de término do tratamento dos pacientes notificados nos últimos meses do ano de 2002.

3.8 Procedimento de coleta dos dados

O pesquisador iniciou a coleta dos dados, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Investigação e após validação do instrumento de coleta dos dados (pré-teste).

Ressalta-se que os prontuários são arquivados na “Oficina de la jefatura jurisdiccional del PPCT” dentro das pastas anuais onde são arquivados os documentos da jurisdição, que não seguem um sistema de organização.

Percorreram-se, portanto, as seguintes etapas:

- A informação foi colhida por meio da leitura íntegra e minuciosa de cada prontuário e, no caso de informação faltante nos formatos (impressos) esperados, (com o objetivo de obter toda a informação necessária e requerida), essas informações foram procuradas em formatos diferentes que faziam parte dos prontuários.
- As entrevistas estruturadas foram realizadas em agosto de 2003 e de agosto a setembro de 2004. Os indivíduos entrevistados tinham relação direta com o PPCT e pertenciam a diferentes níveis organizacionais. Algumas entrevistas foram gravadas e outras escritas, porém ambas identificadas segundo guia estruturada.
- As informações obtidas por meio das entrevistas gravadas foram analisadas imediatamente após o término da entrevista e transcritas integralmente para uma futura análise.
- A identidade do informante foi mantida em sigilo com o objetivo de assegurar sua integridade (“Chefe da Clínica de Unidade Especializada

e Governamental de TB, Chefe Jurisdicional do PPCT, Chefe da Equipe de Enfermagem da UBS, Enfermeira e TAPS”).

- Após a aplicação do instrumento de coleta, os dados obtidos foram revisados e corrigidos.

Os formatos (impressos) revisados nos prontuários médicos foram: 1. cartão de registro e controle nacional de casos de TB (SISPA-20-P); 2. estudo epidemiológico do caso; 3. informes mensais; 4. história clínica do paciente; 5. folha SS-Epi-2-95; 6. folha de referência de pacientes com TB; 7. resultados de estudos de gabinete e laboratório; e 8. estudo de contatos.

3.9 Procedimento para a análise dos dados

A informação obtida através dos questionários foi revisada após a coleta dos dados, com o objetivo de comprovar o preenchimento correto e completo dos mesmos. Posteriormente, os dados obtidos foram inseridos em um banco do Programa Epi-Info da OPS e outros dados foram inseridos em tabelas, visando facilitar sua análise e manipulação. Finalmente foram criados tabelas e quadros com o objetivo de organizar e classificar os dados.

As entrevistas foram ouvidas por repetidas vezes e posteriormente transcritas. Desta forma, por meio da análise de conteúdo, foi possível selecionar os “segmentos” a serem utilizados na análise e colocá-los no local mais adequado, conforme as normas estabelecidas para sua apresentação.

3.10 Análise dos dados

Os dados foram analisados utilizando-se medidas de descrição, de tendência central e testes de correlação entre algumas variáveis. O programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) foi utilizado para a análise de regressão quadrática e o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Após a leitura das entrevistas, fez-se uma seleção dos “segmentos” que são apresentados como complemento dos resultados e a discussão. Também foram utilizados os programas Epi-info, Excel e Word de Microsoft.

A informação é apresentada de forma descritiva e é complementada com gráficos, mapas, tabelas e quadros.

3.11 Aspectos éticos da investigação

A realização desse estudo não ofereceu risco ou dano aos participantes, devido ao objetivo do presente estudo que foi trabalhar com dados existentes (fontes secundárias) e complementados com informação obtida por meio de entrevistas com os trabalhadores do PPCT.

Os resultados apresentados correspondem à revisão de 75 prontuários médicos de pacientes com TB confirmados e notificados no PPCT e de informação obtida por meio das entrevistas realizadas com trabalhadores do programa.

As informações das entrevistas contemplam aspectos relacionados com a organização, funcionamento, infra-estrutura, supervisão do tratamento, problemática do PPCT, alternativas, avaliação, controle do programa, entre outros aspectos. A inserção de “segmentos” das entrevistas ao longo da apresentação dos resultados foi com o intuito de esclarecer, complementar e/ou relacionar os aspectos estudados.

Também são apresentadas algumas hipóteses explicativas que podem dar resposta às dúvidas do pesquisador sobre os resultados encontrados e que podem originar assuntos para futuras pesquisas. Alguns segmentos das entrevistas acompanham ainda, algumas das hipóteses.

Os resultados são apresentados seguindo os objetivos e a ordem das variáveis do presente estudo.

4.1 Resultados dos prontuários médicos e da informação dos registros do PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, México

A informação obtida dos prontuários através do preenchimento do

instrumento de coleta de dados foi classificada como: completa, incompleta ou ausente (Tabela 3).

Os prontuários médicos se encontravam arquivados, divididos por ano, em pastas que não seguiam uma organização sistemática própria da instituição e cujos formatos não seguiam uma seqüência; somando-se a isto, as informações quando não encontradas no formato (impresso) correspondente, foram procuradas em outros formatos (impressos). É válido esclarecer que, em muitas ocasiões, as datas procuradas não coincidiam com as datas dos formulários.

Consideramos importante ressaltar que alguns dos registros procurados não foram encontrados, ou se encontravam incompletos. É importante também destacar que os formatos dos registros não são utilizados unicamente pelo sistema de informação estadual. São padronizados por organismos internacionais com o objetivo de unificar critérios para a utilização e interpretação dessa informação.

Entre os dados classificados como incompletos, encontrou-se: ano de registro, religião, tempo de residência no local atual, lugar de procedência dos casos, seguimento do tratamento, data da alta do tratamento, motivo da alta, data do término do tratamento e métodos utilizados para apoiar a alta do paciente. Entre os dados classificados como ausentes, encontrou-se: renda mensal e função e/ou cargo do encarregado de supervisionar o tratamento, motivo de abandono do tratamento, resistência ao tratamento, condição de propriedade da residência e descrição de dados higiênicos e nutricionais.

Do total de 44 questões incluídas no instrumento de coleta de dados, aproximadamente a 5ª parte (15) foram consideradas como contendo informações completas: entre essas, pode-se destacar: nome do centro de saúde, nome do paciente, endereço atual, idade, sexo, forma clínica e localização da doença (Tabela 3).

Entre as informações consideradas com 96 e 99% do preenchimento, se encontraram: ocupação, lugar de referência dos casos, data do diagnóstico e método utilizado para o diagnóstico, com um total de 9%. Nas informações preenchidas entre 91 a 95%, se encontraram: ano de registro da notificação, lugar de origem e de identificação dos casos e condições de tratamento, com um total de 14% (Tabelas 3 e 4).

Entre as informações com 85 a 90% de preenchimento foram encontrados: escolaridade, estado civil e esquema de tratamento, num total de três prontuários, o que corresponde a aproximadamente 7%. Já entre as informações consideradas entre 81 a 84% de preenchimento foram encontradas: lugar de procedência dos casos e tipo de tratamento, em dois prontuários, o que correspondeu a 4,5% dos dados.

O preenchimento considerado entre 71 a 80% foi de 4,5% (2 casos) e não foram encontrados casos de informações preenchidas entre 41 a 70% e para as informações consideradas preenchidas de 1 a 40% foram encontrados: tempo de residência no local atual, existência de telefone no domicílio dos pacientes, religião, seguimento do tratamento, data da finalização do tratamento, motivo da alta e método de diagnóstico que apoiou a alta. Estas informações foram representadas por aproximadamente 20% dos dados (8 casos).

Do total das informações, foram encontradas variáveis sem resposta, isto é 0% de dados preenchidos, indicando que não foram consideradas pelo responsável da elaboração da história clínica e durante o seguimento do paciente com TB. Propriedade da casa, qualificação do trabalhador de saúde que realizou a supervisão do tratamento, renda da família, data da transferência do paciente entre unidades de saúde, resistência ao tratamento e descrição de dados nutricionais e

higiênicos do paciente, são exemplos de dados ausentes nos prontuários médicos. (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3 - Variáveis contempladas no questionário e disposição da informação nos prontuários médicos do PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2003

Variável	Disposição da informação						Total
	Sim				Não		
	Completa		Incompleta				
	No.	%	No.	%	No.	%	
1. Dados gerais							
Nome da UBS	75	100	0				75
Nome do paciente	75	100	0				75
Domicílio atual	75	100	0				75
Ano de registro da notificação	69	92			6	8	75
Tempo de residência no lugar atual	15	20			60	80	75
Local de origem dos casos	68	91			7	9	75
Local de procedência	61	81			14	19	75
2. Sócio-demográficas							
Serviço telefônico	16	21			59	79	75
Idade	75	100			0	0	75
Sexo	75	100			0	0	75
Escolaridade	64	85			11	15	75
Ocupação	73	97			2	3	75
Estado civil	67	89			8	11	75
Renda mensal	0	0			75	100	75
Religião	8	11			67	89	75
Tipo de propriedade da moradia	0	0			75	100	75
Descrição de hábitos higiênicos	0	0			75	100	75
Descrição de hábitos nutricionais	0	0			75	100	75
3. Relacionadas ao diagnóstico							
Data do diagnóstico	73	97	2	3			75
Método do diagnóstico	74	98			1	2	75
Forma clínica e localização da doença	75	100			0	0	75
Lugar de detecção dos casos	69	92			6	8	75

Continua...

Variável	Disposição da informação						Total
	Sim				Não		
	Completa		Incompleta				
	No.	%	No.	%	No.	%	
... continuação							
4. Relacionadas ao tratamento							
Condições de tratamento	69	92			6	8	75
Tipo de paciente	69	92			6	8	75
Esquema de tratamento	66	88			9	22	75
Tipo de tratamento	63	84			12	16	75
Seguimento do tratamento	11	15			64	85	75
Trabalhador que supervisionou o tratamento	0	0			75	100	75
5. Relacionada ao tratamento com evolução à alta							
Data de início de tratamento	71	95			4	6	75
Data de término do tratamento	27	36	9	12	39	52	75
Data da alta	23	31	7	9	45	60	75
Motivos da alta	28	37			47	63	75
Métodos de diagnóstico usado para confirmação da alta	24	32			51	68	75
6. Relacionadas à exclusão do paciente							
Causa da exclusão	43	100	0				43
7. Relacionadas ao tratamento e evolução para o abandono							
Data do abandono			3	100			3
Motivos do abandono	2	75			1	25	3
8. Relacionadas aos resultados de evolução para a transferência							
Data da transferência	27	75	9	25			36
Local da transferência	35	97			1	3	36
Motivo da transferência					36	100	36
9. Relacionadas ao tratamento cujo resultado evoluiu a óbito							
Data do óbito	3	100					3
Causa do óbito	3	100					3

continua...

Variável	Disposição da informação						Total
	Sim				Não		
	Completa		Incompleta				
	No.	%	No.	%	No.	%	
... conclusão							
10. Relacionadas a doenças associadas ao tratamento							
Doenças associadas ao tratamento	34	100	0				34
11. Associadas a droga resistência do paciente							
Resistência adquirida ao tratamento	0	0			75	100	75
Paciente seguiu as recomendações para o tratamento	0	0			75	100	75

Fonte: Prontuários médicos de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

As informações contidas nos prontuários médicos tornam-se importantes ao permitirem que o profissional de saúde tenha uma visão completa do paciente (histórico passado e atual e prognóstico da doença) de forma a evidenciar fatores que podem influenciar, positiva ou negativamente, na sua recuperação. Não é o objetivo do presente estudo avaliar a importância das informações contidas nos prontuários, entretanto, acreditamos importante ressaltar que, considerando a qualidade dos registros, observou-se que aproximadamente 40% do total das informações foram classificadas como de “má” qualidade (consideradas ausentes), apesar dessas informações serem consideradas importantes (por exemplo: diagnóstico, tratamento e prognóstico do paciente). Entretanto, 4,5% foram consideradas de qualidade “regular”, 34 % foram consideradas como “boas” e 23% de “ótima” qualidade. Somando-se a isso, no total de questionários preenchidos, 77% careceram de informação em uma ou mais perguntas (Tabela 4).

Tabela 4 – Qualidade de preenchimento das variáveis contempladas no questionário e disposição da informação no prontuário médico na Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000 a 2002

Qualidade de preenchimento da informação	Nível de preenchimento das variáveis (%)	Frequências		
		No.	%	Acumulada
Má	0	9	20,46	20,46
	1-40	8	18,18	38,63
	41-60	0	0	0
Regular	61-70	0	0	0
	71-80	2	4,55	43,18
Boa	81-84	2	4,55	47,73
	85-90	3	6,81	54,54
	91-95	6	13,63	68,17
	96-99	4	9,10	77,28
Ótima	100	10	22,72	100
Total		44	100	100

Fonte: Prontuários médicos de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

A falta de informação nos prontuários de pacientes com TB foi complementada com os diálogos dos entrevistados, sendo que a responsabilidade dos registros de informação dos pacientes não é unicamente do médico, mas também, dos trabalhadores de saúde. Os entrevistados também se referiram a um programa da UBS, que teve como objetivo supervisionar o preenchimento dos formatos dos prontuários e afirmaram que, no período em que este programa foi executado, o registro de informações dos pacientes nos prontuários havia melhorado:

[...] o médico deixa de anotar muitas informações, o que é um problema, pois essa tarefa não é apenas obrigação do médico, e sim do TAPS e da enfermeira. A demanda é tanta que o médico não dispõe de tempo para registrar a informação das atividades. Em 2003, houve um programa de vigilância para os prontuários... sim funcionou, mas só enquanto foi executado o programa... e outras vezes, foi um problema de arquivo, devido a escassez de trabalhadores no setor de arquivos [...] (E1)

Foi identificada entre os entrevistados a preocupação pela falta de trabalhadores encarregados dos registros e arquivamento dos prontuários. Entre as justificativas para a falta de registros dos atendimentos por parte dos médicos, encontramos as necessidades desses realizarem atividades que não seriam da sua competência. “[...] existe gente que não registra suas consultas, há escassez de informação... Se não tem funcionário no arquivo, o médico faz o que dá para fazer, só anotações médicas [...]” (E1)

Os entrevistados justificavam a falta de registros ou a existência de registros incompletos pelo grande número de impressos que devem ser preenchidos dentro do PPCT e pela falta de recursos humanos que auxiliam nesta atividade. “[...] Um dos problemas do registro da informação, é ter que preencher muitos impressos[...]” (E2)

[...] Existem registros incompletos no programa (PPCT), na folha diária de consulta externa, nas fichas de controle, para realização das pesquisas e para a realização de estudos no laboratório, fato este, devido a falta de funcionários, não realizamos as anotações correspondentes nas folhas dos pacientes[...] (E5)

Evidenciou-se também, a falta de conscientização dos trabalhadores de saúde quanto à importância do registro dos atendimentos e ações realizadas dentro do PPCT e para qualquer tipo de atendimento dentro dos serviços de saúde. A monotonia e o grande número de impressos dos registros seriam algumas das causas dessa situação.

[...] Faz falta a conscientização dos funcionários para o registro da informação no programa (PPCT), sente-se falta desde a exploração física... e a supervisão. Muitas vezes nem a forma de fazer as anotações muda e colocam “sem mudanças referentes ao mês anterior” [...] (E2)

Não foi possível avaliar a qualidade da informação (sensibilidade e especificidade) dos registros, por se tratar de dados retrospectivos. Embora acreditemos importante ressaltar que o desempenho da UBS deveria ser avaliado e o sistema de vigilância epidemiológica deveria prestar maior atenção aos acontecimentos anteriormente mencionados.

Considerando as análises apresentadas até o momento e considerando a variável “informação nos prontuários”, propomos as seguintes hipóteses explicativas:

1. As múltiplas funções e atividades dos trabalhadores das UBS, são fatores que influenciam na falta de registros?
2. A falta de conhecimento das Normas Oficiais Mexicanas é o motivo pelo qual os trabalhadores das UBS não aderem a um sistema adequado de registros?
3. A apatia ou desinteresse dos trabalhadores das UBS são fatores que influenciam na falta ou ausência de registros?
4. A falta de supervisão dos níveis superiores em relação aos níveis operacionais são fatores que justificam a falta de registros das informações de atendimentos, conforme estipulado?
5. A falta de capacitação de níveis operacionais do PPCT influencia na falta de registros adequados de informação?
6. A falta de legibilidade dos registros dos prontuários foi um fator limitante para os pesquisadores do presente estudo na identificação correta da informação?
7. Outro fator que poderia contribuir com a falta de registros ou existência de registros incompletos nos prontuários é que, os responsáveis das UBS, não dão informação oportuna à coordenação jurisdicional do

programa sobre os avanços nos tratamentos e a informação gerada no local, para ser registrada imediatamente nos prontuários correspondentes?

4.2 Caracterização da população em estudo

A caracterização da população a seguir corresponde à revisão de 75 prontuários médicos de pacientes com TB (informação 100% preenchida) da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado de México. Quanto ao gênero, 53% foram do sexo masculino e 47% do sexo feminino, com uma relação de quase 1:1, sendo esta, proporção semelhante à população total de Tlalnepantla no ano de 2001: 49,51% sexo masculino e 50,49% sexo feminino (CONAPO, 2001). Quanto ao estado civil, a proporção mais elevada foi de casados (acima de 50%), os solteiros foi de aproximadamente 25% e 10% não tinham registro de estado civil (Tabela 5). Lamentavelmente, não foi possível comparar esta informação com a atual população do município, já que desconhecemos sua estrutura demográfica, impossibilitando também, a construção de coeficientes e identificação dos grupos que estão sendo afetados.

Quanto à idade da população estudada, obteve-se uma média de 39 anos, com uma amplitude de 70 anos (10 anos para a idade mínima e 80 anos para a máxima), uma média de 30 a 40 anos (21%), seguida de 40-50 anos (20%). Quando os dados foram agrupados, observou-se que, 95% da população em estudo eram maiores de 15 anos (idade em etapa produtiva), porém 9% estavam

representados pela população considerada adulta. Na análise dos dados entre a idade e sexo dos pacientes, observou-se que a maior porcentagem obtida no sexo masculino foi no grupo de 30 a 40 anos, enquanto que para o sexo feminino foi de 40 a 50 anos (Tabela 6).

Tabela 5 - Estado civil dos casos notificados de TB do PPCT da jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Estado civil	Frequência	
	No.	%
Solteiros	19	25
Casados	39	53
Viúvos	3	4
Amasiados	4	5
Separados	2	3
No referido	8	10
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Tabela 6 - Distribuição da população estudada segundo idade e sexo, do PPCT, da Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Faixa Etária	Sexo				Total	
	masculino		feminino			
	No.	%	No.	%	No.	%
10 /- 15	3	4	1	1,3	4	5,33
15 /- 20	3	4	0	0	3	4,00
20/-/25	2	2.7	4	5,3	6	8,00
25/-/30	7	9.3	3	4	10	13,33
30/-/40	9	12	7	9,3	16	21,33
40/-/50	6	8	9	12	15	20,00
50/-/60	6	8	8	10,7	14	18,68
60 /-	2	2.7	5	6,7	7	9,33
Total	38	50,7	37	49,3	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Quanto ao grau de escolaridade dos casos estudados, um quinto tinha

segundo grau completo, e um terço encontrava-se entre o primeiro grau completo e incompleto. Mais do que um décimo, não foram para a escola e 4% terminaram grau universitário (Licenciatura em Administração Industrial, Comunicação e Contabilidade Pública) e um único caso com pós-graduação (médico pediatra), que se mostrou bastante resistente ao tratamento (segundo funcionários da UBS) e 15% dos prontuários não registraram esta variável.

Do total da população estudada, 12% era analfabeta e, quando somadas às categorias que correspondiam ao grau de escolaridade mais baixo (primeiro grau completo e incompleto), estes corresponderam à metade da população estudada. (Tabela 7).

Tabela 7 - Casos estudados segundo grau de escolaridade, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Escolaridade	Frequências	
	No.	%
Nula	9	12
Primeiro grau incompleto	14	19
Primeiro grau completo	12	16
Segundo grau Incompleto	4	5
Segundo grau completo	15	20
“Bachillerato completo”*	3	4
Curso Técnico	3	4
Profissão Universitária	3	4
Pós-Graduação (Especialidade)	1	1
Sem referência	11	15
Total	75	100

* No Brasil corresponderia a um curso de nível secundário

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado de México, 2003.

Considerando-se o tempo de residência atual, a existência de registros incompletos foi de 80%, e analisando-se os 20% restantes, em 7% evidenciou-se um período entre 11 e 20 anos e 5% entre um e seis meses (Tabela 8). Estes dados

indicam que casos notificados e atendidos no PPCT, também provêm de outros estados da República Mexicana. Durante o tratamento, alguns pacientes moravam temporariamente com familiares, sendo a razão dessa mudança, a procura de diagnóstico e tratamento para a doença. Da mesma forma, foram encontrados casos que moravam no mesmo local por muito tempo, assim como casos oriundos de cidades menores com pouco tempo de moradia, que chegaram ao município na busca de melhores condições de vida e saúde e que lamentavelmente encontravam-se morando em condições precárias. Um exemplo seria o povoado de “San Miguel Teololulco”, um dos últimos territórios do município ocupado por pessoas oriundas de outros lugares, que embora, tenham regularizado sua situação como proprietários, encontram-se distantes das zonas urbanas e dos centros de saúde ao qual pertencem. Para o acesso aos centros de saúde, essas pessoas se vêem na obrigação de transitar pelo território correspondente ao município de Ecatepec (município limítrofe com Tlalnepantla). Um dos entrevistados complementou dizendo:

[...] Ultimamente tivemos três casos de pacientes de fora, de gente que tem familiares aqui e vem para curar-se... Esses casos são de Guerrero, Puebla e Oaxaca, que permanecem durante o tratamento e depois vão embora... no começo vão de um lado para outro. Primeiro tentaram procurar tratamento no próprio município [...] (E1)

Foi observada uma elevada porcentagem de donas de casa (40%), dados que coincidem com a alta porcentagem de mulheres afetadas pela doença (47%). 15% eram desempregados e comerciantes. Trabalhadores rurais, estudantes e operários apareceram em porcentagens menores (dados apresentados na Tabela 9).

Tabela 8 - População estudada segundo tempo de residência no local atual, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Tempo de residência	Frequência	
	No.	%
1-6 meses	4	5
7-12 meses	0	0
13 meses-10 anos	1	1
11-20 anos	5	7
21-30 anos	2	3
30 anos a mais	3	4
Sem referência	60	80
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Ocupações que não requerem uma educação formal como: carpinteiros, cozinheiro, porteiro, vendedor de jornal, ferreiro, vigilante, eletricista e motorista, foram agrupadas na categoria “outros” representando 19% dos casos estudados (Tabela 9).

Tabela 9 - Amostra estudada segundo ocupação profissional, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Ocupação	Frequência	
	No.	%
Dona de casa	30	40
Comerciante	4	5
Profissional	1	1
Operador	2	3
Trabalhador rural	4	5
Estudante	4	5
Desempregado	11	15
Aposentado	1	1
Empregado	3	4
Outros	13	19
Sem referência	2	3
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

A variável religião teve 90% dos registros ausentes e cerca de 10% pertenciam à religião católica.

Não foram encontrados nos prontuários, registros de dados sócio-econômicos como renda mensal, propriedade do local de moradia e serviços como água e luz. Aparentemente, a disponibilidade do serviço telefônico em casa (dado registrado no prontuário), estaria sendo considerada uma forma indireta de valorizar esta condição. Assim, do total de casos estudados, um quinto tiveram registro desse serviço (Tabela 10).

Tabela 10 - Casos em estudo segundo a disponibilidade de telefone no domicílio, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Existência de telefone no domicílio	Frequências	
	No.	%
Sim	16	21
Não	59	79
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

4.3 Aspectos epidemiológicos relacionados com o Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose

Quanto à origem dos casos estudados, 77% foram casos pertencentes ao município e 13% foram casos de municípios próximos. Embora, os locais de procedência dos casos não se encontrem registrados nos prontuários, segundo os trabalhadores entrevistados, esses pertencem aos municípios de Puebla, Oaxaca e Guerrero. Ressaltamos que, em aproximadamente um décimo dos prontuários da população em estudo, não foram encontrados registros de procedência dos pacientes atendidos (Tabela 11).

Tabela 11 - Procedência dos casos estudados segundo, PPCT, Jurisdição Tlalnepantla, México, 2000-2002

Origem dos casos	Frequências	
	No.	%
Local	58	77
Imigrantes	10	13
Sem registro	7	10
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

De acordo com a origem dos casos estudados, 29% foram procedentes da cidade do México (originárias do DF e que migraram para o Estado do México). Acreditamos que a migração esteja relacionada com a proximidade da cidade com o município em estudo, localizado em uma zona periférica. Os registros incompletos corresponderam a 19% do total de registros e o restante foi dividido entre: 12% México (estado onde foi desenvolvido o estudo e local de moradia de alguns casos estudados), seguido de “Michoacán, Puebla, Oaxaca”, entre outros estados que representam lugares de permanente migração para o DF e o Estado do México.

Ressaltamos que houve um caso proveniente de “El Salvador” (América Central) e que Chiapas, Puebla, Veracruz, Guerrero e Oaxaca notificaram elevados índices de mortalidade e morbidade por TB (Tabela 12).

Quanto aos casos provenientes do estado da República com elevados índices de TB, em busca de atenção médica e de uma explicação das formas de contágio, observamos a explicação popular referente à doença. Um dos entrevistados realizou um comentário a respeito:

[...] dos pacientes que atendi, um era de Guerrero e outro de Oaxaca...tinham irmãos que moravam no município, o de Guerrero dizia que onde morava, o pai tinha morrido de TB, mas ele afirmava que o pai tinha morrido por causa de “bruxaria”. Diz que meu pai morreu de bruxaria! Eu perguntei como ele tinha morrido?, pois começou assim... e conclui que eram sintomas de TB [...] (E1)

Tabela 12 - Distribuição da população estudada de acordo com o local de procedência, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Estado de procedência	Frequência	
	No.	%
Distrito Federal	22	29
Estado do México	9	12
Veracruz	6	8
Michoacán	4	5
Puebla	4	5
Guanajuato	3	4
Oaxaca	3	4
San Luis Potosí	2	3
Hidalgo	2	3
Chiapas	2	3
Guerrero	2	3
Jalisco	1	1
El Salvador (América Central)	1	1
	14	19
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Durante o período em estudo, foram notificados um total de 75 casos de TB, sendo que o maior número de casos foi reportado no ano de 2001 (47%), entretanto, no ano de 2002 houveram 30%, em 2000 foram reportados 16% e 8% de registros encontravam-se incompletos. Observa-se uma tendência progressiva de 2000 a 2001, que diminuiu no ano de 2002 representando um total de 61% dos casos quando comparado com o ano de 2001 (Tabela 13).

A produtividade das 18 UBS (primeiro nível de atendimento) da jurisdição se reflete no número de casos de TB notificados, assim temos: “Tenayo” (14,60%), “San Javier” (13,30%), “La Presa” (10,60%), “San Andrés Atenco” (9,30%) e “San Juan Ixhuatepec” (9,30%). Estas cinco UBS atenderam um total de 57% dos casos do município e as 13 restantes atenderam 43% dos demais casos. Ressaltamos que durante o período dos estudos, algumas UBS não notificaram nenhum caso de TB

(“Reforma Urbana e Benito Juárez”) (Tabela 14).

Tabela 13 - Número de casos notificados de 2000 a 2002, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2003

Ano de notificação	Frequência	
	No	%
2000	12	15
2001	35	47
2002	22	30
Sem registro	6	8
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

A produtividade (casos notificados e confirmados de TB) teve relação com a existência de laboratório de análises clínicas nas UBS para a realização de baciloscopias. É o caso das UBS de “Tenayo, la Presa, San Andrés Atenco e San Javier”. A UBS de “San Juan Ixhuatepec” (San Juanico) teve a mesma produtividade de “San Andrés de Atenco (9.30%)”, porém, não dispunha de laboratório de análises clínicas em suas instalações (Tabela 14)”.

Tabela 14 - Casos notificados de TB segundo existência de laboratório na Unidade Básica de Saúde e a distância entre elas e a Jurisdição Sanitária do PPCT, Tlalnepantla, México, 2003

UBS	Frequência		Laboratório	Distância entre a jurisdição e as UBS (km) *
	No.	%		
1. Tenayo	11	14,60	SIM	6,70
2. San Javier	10	13,30	SIM	0,0
3. La Presa	8	10,60	SIM	10,85
4. San Andrés Atenco	7	9,30	SIM	7,00
5. San Juan Ixhuatepec	7	9,30	NÃO	13,00
6. Prado Iztacala	5	6,60	NÃO	5,00
7. Prensa Nacional	4	5,70	NÃO	6,00
8. Jorge Jiménez Cantú (Caracoles)	4	5,30	NÃO	14,05
9. Caracoles (Maternidade)	3	4,00	NÃO	14,00
10. La Laguna	3	4,00	NÃO	14,00
11. Lázaro Cárdena I	3	4,00	NÃO	12,25
12. Lázaro Cárdenas II	3	4,00	NÃO	10,00
13. San Lucas Patoni	2	2,70	NÃO	8,80
14. San Pedro Barrientos	2	2,60	NÃO	10,00
15. Santa Cecília	2	2,60	NÃO	7,10
16. Cuauhtémoc	1	1,30	NÃO	8,00
17. Benito Juárez	0	0	NÃO	8,60
18. Reforma Urbana	0	0	NÃO	8,00
Total	75	100		

*Conforme caminho usual de comunicação

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Segue uma representação gráfica da distribuição entre o número de casos de TB segundo UBS e a existência ou não de laboratório dentro das unidades (Figura 1).

Gráfico 1. Distribuição do número de casos de TB, segundo USB e existência ou não de Laboratórios nas Unidades. Tlalnepantla México, 2000-2002

Fonte: Informação da Jurisdição Tlalnepantla México, ISEM, 2003.

Da mesma forma, apresentamos graficamente a distribuição entre o número de casos de TB, segundo a UBS, a existência ou não de laboratórios de análises clínicas e a distribuição da distância entre a jurisdição e as UBS, segundo as UBS e a existência de laboratório nesses locais (Figura 2).

Gráfico 2. Distribuição das distâncias entre a jurisdição e as unidades de saúde, segundo Unidade de saúde e existência de laboratório. Tlalnepantla México, 2000-2002

Fonte: Informação da Jurisdição Tlalnepantla México, ISEM, 2003

Para descrever a existência de associação estatística entre o número de casos de TB para cada UBS e a disponibilidade de laboratório em cada unidade, foram realizadas medidas de descrição. Nas UBS que não dispunham de laboratório encontrou-se uma média de 2,79 casos por UBS, um desvio padrão de 1,88, mediana de 3,0 e uma amplitude entre os quartéis de 3,50. Com um nível de confiança de 95% e nível de significância e $\alpha=0,05$ foi aplicado o teste não paramétrico de Mann-Whitney, encontrando-se um $p=0,003$, o que indica que a existência de laboratório nas UBS, está relacionada com o número de casos de TB detectados nessas unidades; isto é, nas UBS que dispõem de laboratório, foram detectados maior número de casos de TB o que não ocorre nas UBS onde não existem laboratórios de análises (Figura 3).

0 = Unidades sem laboratório; 1 = Unidades com laboratório

Gráfico 3. Relação entre o número de casos de TB e as unidades que dispõem ou não de laboratório. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Fonte: Informação da Jurisdição Tlalnepantla México, ISEM, 2003.

Para a busca da dispersão entre o número de casos de TB e a distância em Km., entre a UBS e a jurisdição sanitária, aplicou-se um teste paramétrico de

regressão (regressão quadrática). Não foi encontrada associação, nem ajuste da curva linear, já que o valor de r^2 foi de 0,253, resultando em um $p=0,1029$ (Figura 4).

Gráfico 4. Diagrama de dispersão entre número de casos de TB e distância (Km) entre as UBS e a Jurisdição. Tlalnepantla México, 200;2002

Fonte: Informação da Jurisdição Tlalnepantla México, ISEM, 2003

Considerando a distância entre as UBS (em Km) e a existência de laboratório ou não nas mesmas, com ajuda do programa SPSS, foram obtidas as seguintes medidas:

A distância entre as UBS que não dispunham de laboratório e a jurisdição das UBS que dispunham de laboratório foi em média 9,9143 Km., com um desvio padrão de 3,078, mediana de 9,40 e uma amplitude entre os quartéis de 5,47. Entretanto, a distância que existe entre as UBS que dispõem de laboratório e a jurisdição, teve uma média de 6,13 Km., desvio padrão de 4,50, mediana de 6,85 e uma amplitude entre os quartéis de 8,21. Posteriormente, aplicou-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, com um nível de confiança de 95% e um nível de significância de $\alpha=0,05$ e $p= 0,111$, onde foi observado a insignificância da associação entre a existência de laboratório nas UBS e a distância entre as mesmas

e a jurisdição sanitária. Em termos de produtividade (notificação de casos de TB) pode-se concluir que a distância entre as UBS e a jurisdição sanitária (próxima ou distante) e a existência ou não de laboratório, não influenciou na detecção de casos de TB (Figura 5).

0 = Unidades sem laboratório; 1 = Unidades com laboratório

Gráfico 5. Relação da distância entre as UBS com a jurisdição e a existência de laboratório. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Fonte : Informação da Jurisdição Tlalnepantla, México, ISEM, 2003.

No entanto, alguns outros fatores estariam influenciando no número de baciloscopias que foram realizadas nas UBS, como por exemplo, o medo de contágio de TB por parte dos técnicos de laboratório e dos trabalhadores de saúde. Um dos entrevistados comenta a respeito:

[...] Sim, há medo entre os técnicos de laboratório, já ocorreram casos de contágio, um companheiro adoeceu ...”(E1)

”Sim, há muito medo, há falta de conhecimento das pessoas sobre o modo de transmissão... Durante a intensificação do programa de TB, para os funcionários, foi proporcionado luvas e máscaras, fato que sempre deve ocorrer, pois é evitado um contato direto com o paciente e se o contato for menor que trinta minutos, não há o risco de contágio... isso depende de muitos fatores...a falta de conhecimentos chega a causar problemas [...] (E2)

Será que a situação econômica dos trabalhadores de saúde (TAPS) e dos pacientes influenciou de algum modo? Fazemos referência aos pacientes, porque os mesmos investem uma parte importante de sua economia em transporte de sua comunidade para a UBS e o TAPS para levar as amostras até a UBS que dispõe de laboratórios de análises.

"[...] Existe uma regionalização de laboratórios, e por várias vezes, falando novamente da parte administrativa e econômica... os TAPS não recebem o apoio econômico da UBDS para transportar as amostras [...]" (E2)

"[...] Quando não há laboratório no centro de saúde, a amostra tem que ser levada ao laboratório correspondente e temos que pagar o transporte com recursos próprios [...]" (E1)

"[...] Se você tem um paciente, é você quem se encarrega de colher e levar suas amostras, obviamente há pessoas que dizem :“Por que eu? “Por que eu gastarei o meu dinheiro?...” É óbvio que ninguém está disposto a gastar dinheiro do seu salário para transportar as amostras [...]" (E1)

"[...] também por que lá (na Unidade de terceiro nível) é barato, creio que são cobrados 25 pesos por radiografia e dez pesos por uma baciloscopia [...]" (E1)

O tempo que os laboratórios demoram para realizar todo o processo de análises das amostras, desde a recepção das mesmas até a obtenção dos resultados, também poderia influenciar no número limitado de baciloscopias? Processo que não deveria ser demorado, como acontece nas unidades de atendimento terciário.

"[...] Nos laboratórios do ISEM o procedimento é demorado, por exemplo: temos que colher três amostras do paciente, pedir para que as leve, e após transportá-las para o laboratório, temos que esperar os resultados que às vezes falham... O processo leva aproximadamente um mês...e após isso é que é feito o diagnóstico. Imagina-se que há o medicamento de reserva, e que ele seja diagnosticado em menor tempo possível, mas ocorrem possíveis falhas. Por exemplo: o paciente está marcado para 8h, chega às 9h

ou 9:30h, pois demora duas horas no traslado, mas como é seu paciente, é de sua responsabilidade coletar as amostras e depois levá-las até o laboratório, que só recebe as amostras até às 10:30 da manhã. Após esse horário, as amostras não serão mais recebidas e deverão ser guardadas na jurisdição até que no dia seguinte possam ser encaminhadas novamente, fato que influencia na conservação das amostras, não acha? Na Unidade de terceiro nível tudo é rápido [...] (E1)

A falta de acessibilidade aos laboratórios e a falta de material, mostram-se como limitantes para a realização de baciloscopias. A seguir, um dos comentários realizados por um dos entrevistados: "[...] às vezes não há acessibilidade ao laboratório devido a distância, embora a falta de material seja menor, é lá onde casos são perdidos" (E4).

Também surgiu o comentário de que atualmente não há falta de material, devido à boa coordenação do programa:

[...] Não, não tem havido falta de material no programa porque quem coordena na região jurisdicional é uma pessoa comprometida com o programa... se faltarem medicamentos esses são procurados, e isso é bom, porque se o encarregado é bom, eu tenho que corresponder [...] (E1)

A falta de técnicos de laboratório se apresenta como limitante para a realização de detecções de TB. Isto foi comentado por alguns entrevistados: "[...] Há falta de técnicos de laboratório para o processamento das amostras [...]" (E2).

A falta de recursos materiais, escassez de equipamentos de laboratório para a análise de baciloscopias e problemas com o orçamento, se destacam como outras variáveis limitantes. Já, os recursos humanos, não se apresentam como um problema, pois há profissionais qualificados nos laboratórios. "[...] Há deficiência quanto ao material e equipamento de diagnóstico, mas conta-se com profissionais qualificados, embora ainda existam deficiências, conseguimos diagnosticar pacientes da unidade e de outras [...]" (E1)

“[...] O orçamento para este programa (PPCT) não é constante, tem tido baixas e altas...repentinamente chega material para promoção e de repente não chega nada [...]” (E2)

A apatia dos funcionários do PPCT, estaria afetando a produtividade na detecção de casos, especificamente na coleta de baciloscopias e por parte do médico por não realizar o pedido de coleta de amostras aos profissionais responsáveis.

[...] Há muita apatia por parte dos técnicos de laboratório para a realização das baciloscopias, e mesmo que as pessoas estejam motivadas, muitas vezes enviam suas amostras aos laboratórios, que demoram de três a quatro dias para analisá-las e para informá-los sobre os resultados, e com isso as atividades vão diminuindo e o entusiasmo das pessoas também [...] (E2)

“[...] Os técnicos de laboratório não gostam de processar amostras, temem o contágio, não gostam de trabalhar [...]” (E4)

“[...] em algumas unidades não há laboratórios e também os TAPS não dão importância para levar as baciloscopias aos locais onde tem laboratórios [...]” (E2)

“[...] há falta de interesse no médico que não pensa na doença...e não gosta de pedir as amostras aos responsáveis dos serviços” (E4)

O excesso de trabalho como limitação para a busca de suspeitos de TB, a apatia por parte dos trabalhadores dos serviços de saúde e a pressão exercida por parte da população exigindo que os funcionários cumpram suas obrigações dentro dos serviços, são algumas das situações que limitam a produtividade no PPCT. Um dos entrevistados comenta ao respeito:

[...] Nessa unidade há muita demanda, tem uma população grande e chega todo tipo de doença. Algumas vezes passamos a meta do programado... embora seja evidente a apatia, a equipe tem trabalhado, pois os médicos, enfermeiras e os TAPS têm saído ao campo... embora não se queira trabalhar, a população exige que trabalhemos [...] (E1)

A falta de substituição dos trabalhadores de saúde (TAPS) durante as férias resultou também, em um problema na produtividade, sendo um fator limitante para a continuação do TAES.

[...] nós temos que trabalhar em vários programas e não só no programa de TB, como por exemplo, nas semanas intensivas de vacinação... quando eu saio de férias não há ninguém que realize o meu serviço. Eu sai de férias e quando cheguei já queriam aplicar aos pacientes o TAES de outra forma, tinham que levar as baciloscopias e não as levaram...ou seja, uma pessoa teria que estar ao serviço deles (dos pacientes) [...] (E1)

A seguir apresenta-se um mapa (Mapa 4) onde pode-se observar a localização das UBS e a distância em quilômetros que há entre elas e a chefia jurisdicional, considerando que a via de acesso mais comum é por estradas e alguns locais não são pavimentados, como é o caso das imediações do centro de saúde Jorge Jiménez Cantú, cuja acessibilidade geográfica é difícil. Até pouco tempo, perto do centro de saúde havia um terreno e, como consequência do crescimento da população, o mesmo foi invadido, e a propriedade do terreno, atualmente, encontra-se em processo de regularização. Segundo os trabalhadores de saúde, a população tem grandes dificuldades de acesso aos serviços de saúde de Tlalnepantla, sendo mais acessíveis os serviços de saúde de Ecapetec.

Mapa 4. Distância entre as UBS e a chefia de jurisdição, Tlanepantla México, 2004

Fonte : Informação da Jurisdição Tlanepantla, México, ISEM, 2003

4.4 Aspectos relacionados com o diagnóstico de tuberculose nos casos estudados

Houve registro de 3% de casos que não registraram a data completa, em que foi realizado o diagnóstico dos pacientes (dia, mês e ano). Entretanto, o método que deu apoio ao diagnóstico não foi registrado em 2% dos casos.

Enquanto ao método de diagnóstico utilizado, de um total de 104 (alguns pacientes realizaram dois ou mais estudos), 46% corresponderam a baciloscopias, 17% a raios-X, 10% cultivos e o restante em porcentagens menores corresponderam a biopsias, BAAR (urina), PCR, entre outros.

Os registros incompletos nesta variável foram mínimos (tabela 15).

Tabela 15 - Método de laboratório utilizado para o diagnóstico de TB. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Método	Frequência	
	No.	%
Baciloscopia	48	46
Cultivo	10	10
Raios X	19	17
Biopsia	8	8
BAAR em urina	8	8
PCR	5	5
Outros	5	5
Sem referência	1	1
Total	104	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado de México, 2003.

Alguns pacientes realizaram dois a três métodos de diagnóstico, sendo que 65% dos pacientes realizaram apenas um método, 28% dois métodos e 5% três ou mais métodos (Tabela 16).

Tabela 16 - Número de métodos utilizados para o diagnóstico, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Número de Métodos	Frequências	
	No.	%
Um	49	65
Dois	21	28
Três ou mais	4	5
Sem referência	1	2
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Quanto às formas clínicas para detecção da TB, 65% foram TB pulmonar, 21% em vias urinárias (incluindo casos de TB em genitais), 4% de TB ganglionar periférica, 4% de TB óssea e o restante foram tipos variados (Tabela 17).

Cabe ressaltar que a porcentagem de TB pulmonar encontrada nos casos em estudo foi mais baixa (65%) que o esperado (90%) tanto a nível nacional como

internacional (Tabela 17), o que indica que há um número bastante alto de TB extrapulmonar (35%), portanto apresentamos as seguintes hipóteses explicativas:

1. Foram encontrados apenas três casos de HIV associados à TB, nos prontuários da população em estudo. Poderia-se pensar em casos de HIV não detectados e notificados?
2. Será que os serviços onde foram detectados os casos (geralmente o terceiro nível de atendimento) contam com especialistas (como por exemplo, urólogos e pneumólogos) altamente capacitados para realizar a detecção dos casos, por serem esses de difícil diagnóstico para o primeiro nível?
3. Será que existem casos de TB pulmonar não detectados na população, suficientes para manter a proporção entre esses e o número de casos existentes de TB extrapulmonar?

Tabela 17 - Formas Clínicas de TB, PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Forma Clínica	Frequência		
	No.	% Observado	% Esperado
Pulmonar	49	65	90
Meníngea	1	1,50	
Ganglionar Periférica	3	4	
Óssea	3	4	10 em todas as formas
Vías Urinarias	16	21	
Miliar	2	3	
Outras (Pleural)	1	1,50	
Total	75	100	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Quanto ao local de detecção dos casos, a falta de registros foi de 8%, sendo que em 3% não foram registradas as datas de início do tratamento.

A notificação dos casos foi realizada a partir da detecção em vários locais. Essa variável nos formulários foi preenchida em 92% dos casos e, dentro das modalidades, ressalta-se a baixa detecção dos casos através de pesquisa, especialmente na comunidade, (3%), seguida pela detecção através da consulta nos serviços de saúde (32%). Entretanto, aproximadamente 60% dos casos eram de uma unidade de segundo ou de terceiro nível de atendimento, depois os mesmos foram encaminhados ao primeiro nível de atendimento para a continuidade do tratamento (Tabela 18). Essa informação foi obtida através de documentos variados, que formavam parte do prontuário, e muitas vezes foi detectada na consulta, contradizendo o que havia nos registros de referência.

Devido a essa situação, foram propostas as seguintes hipóteses explicativas:

1. Será que não existe número suficiente de profissionais qualificados na UBS para realizar as detecções?
2. Será o excesso de trabalho dos profissionais de saúde do programa um fator limitante nas detecções dos casos de TB?
3. Será que os profissionais de saúde não gostam de realizar ações relacionadas à detecção de casos de TB?
4. Será que o estigma que os profissionais de saúde tem em relação à TB e o medo de contágio da doença limitam a detecção de casos?

Tabela 18 - Local de notificação dos casos. PPCT, Jurisdição, Tlalnepantla, México, 2000-2002

Notificação	Frequência	
	No.	%
Serviço de saúde	24	32
Exame de Contato	0	0
Com referência	43	57
Busca ativa	2	3
Sem referência	6	8
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de TB no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

4.5 Referência de casos de tuberculose

Em 96% dos prontuários foi preenchido o campo de referência de casos de TB. Do total desses casos, 72% foram realizados no terceiro nível de atendimento, 14% no segundo nível de atendimento e 9% por médicos particulares (primeiro nível de atendimento).

Acreditamos que a alta porcentagem de casos identificados e relacionados ao terceiro nível de atendimento pode ter relação com as seguintes hipóteses explicativas que acompanham os comentários realizados pelos entrevistados:

1. Por que será que é no terceiro nível onde estão os especialistas?

[...] sim, são enviados para lá (terceiro nível de atendimento), lá se encontram os especialistas, porque é o melhor centro de diagnóstico... de lá, já são enviados para nós com o diagnóstico, com o plano de tratamento, medicamentos para um mês, enquanto providenciamos os medicamentos e enquanto conhecemos o paciente (E1).

2. Será a falta de confiabilidade do TAPS quanto aos resultados dos laboratórios das UBS?

[...] além de haver deficiências nos resultados, teve um caso em que me enviaram as baciloscopias (resultados do laboratório do centro de saúde) de um paciente cujo resultado era negativo, enquanto os resultados da unidade de terceiro nível acusavam positividade da doença. A quem que eu devo acreditar? No terceiro nível? (E1)

3. Será que o tempo de detecção dos casos no primeiro nível e a elevada detecção no terceiro está relacionado com a falta de detecção dos casos de TB por parte dos médicos durante a consulta no primeiro nível?

“[...] bom, no centro de saúde nenhum dos meus pacientes havia sido diagnosticado, embora o médico peça para fazer as baciloscopias no centro, todas são enviadas para as unidades de terceiro nível [...]” (E1)

“[...] Na consulta até agora, não tive a experiência de detecção de um paciente... não, não tem havido casos. Quase todos os casos detectados, são do Instituto (terceiro nível), de consultórios particulares ou de laboratórios [...]” (E1)

4. O baixo número de detecções de casos poderia estar relacionado com o prestígio e confiança na instituição do terceiro nível de atendimento por parte da família e do paciente?

[...] Os pacientes já não vêem com bons olhos os grandes hospitais, então como sentem que é insuficiente o tratamento em um centro de saúde... não aqui não vão me dar o que eu realmente quero! E ao mesmo tempo os pacientes e familiares os indicam [...] (E2)

“[...] No instituto (Unidade de terceiro nível), há muitas detecções e análises de pacientes do primeiro nível, o Instituto tem prestígio a nível nacional, é indicado para qualquer problema respiratório, somos considerados confiáveis [...]” (E4)

5. O alto nível de resolução do problema por parte da instituição de terceiro nível de atendimento, apesar do alto custo que pode resultar para o paciente considerando o seu perfil econômico, poderia estar relacionado com o elevado número de casos detectado neste nível de atendimento?

[...] no mesmo dia em que o paciente chega, o diagnóstico é feito, em uma primeira consulta paga-se 71 pesos, é feita uma placa de raios X e baciloscopia e o resultado fica pronto em quatro horas... é feita uma folha de referência que é enviada para o lugar de origem, levando o tratamento para dez dias, sem se importar com o Estado da República de onde chegam os pacientes (E4).

6. A preferência dos pacientes quanto ao terceiro nível de atendimento pode estar relacionada com a falta de recursos necessários para atender o problema na instituição de primeiro nível.

“[...] É necessário estar no tempo certo e uma forma oportuna para iniciar o tratamento [...]” (E3).

“[...] No ano de 2002 houve falta de material, material para a coleta de escarro e de medicamentos [...]” (E3).

[...] O TAES depende primeiramente do diagnóstico... para que o paciente conheça sua doença. Também do serviço, de forma que tenha todos os recursos para atendê-lo, porque já aconteceu de não ter os medicamentos, e daí o tratamento se retarda [...] (E1).

“[...] continuamos tendo problemas de falta de dinheiro para transporte, para medicamentos, para material de laboratório, para impressos... não só para TB, mas também, para HIV devido à associação de ambos [...]” (E2).

7. A falta de coordenação entre os níveis de atendimento e falhas nos sistemas de referência e contra referência, também poderia ser a causa da alta porcentagem de casos identificados pelo terceiro nível de atendimento.

[...] As UBS do Distrito Federal e do estado do México, não se sentem na obrigação de notificar o estado do paciente (ao terceiro nível), não informam sobre o que acontece com os casos... Nos últimos anos (1994-2002), têm sido detectados 40% dos casos nas jurisdições sanitárias do DF, sendo que dos mesmos, 44% são do Estado de México e o restante de Veracruz, Michoacán, Chiapas, Oaxaca e Morelos [...] (E4).

8. Outro fator importante poderia ser a falta de cumprimento de ações que cada nível deve ter com o PPCT (condições estabelecidas na Norma Oficial respectiva)?
9. Esta situação poderia estar relacionada com a difusão dos projetos de investigação sobre TB realizada pela instituição de terceiro nível de atendimento, cujo convite para a participação dos pacientes é feito pelos funcionários de primeiro nível de atendimento?

Entre as Instituições de terceiro nível de atendimento, o “Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias –INER” analisou 33% dos pacientes, seguido do “Hospital Juarez” (23%) e o “Hospital General de México” (14%) (Tabela 19).

Ressalta-se que, essas Unidades encontram-se localizadas geograficamente na cidade do México e são centros de referência para as unidades de primeiro e segundo nível de atendimento e para os familiares dos pacientes (muitas vezes trabalhadores da área de saúde) que indicam a instituição como a melhor quanto ao atendimento e diagnóstico, ora por experiências próprias, ora por indicação e/ou por algum comentário de amigos e familiares. Porém o INER é o instituto que foi fundado exclusivamente para atendimento a esse tipo de doença e é o local onde não se encontra registrado nenhum sistema de seguridade social.

Essa situação diz respeito ao PPCT, e apesar dos esforços realizados

para sua descentralização, continua centralizado nas instituições de terceiro nível de atendimento, reproduzindo ainda, o velho modelo de atendimento biomédico.

Considera-se importante mencionar que o paciente com TB, na busca de diagnóstico e atendimento oportuno e específico, em algum momento procura o atendimento médico particular. Apesar da precariedade da sua condição econômica, são aproximadamente 10% dos casos analisados no presente estudo (Tabela. 19).

Tabela 19 - Instituições de referência dos casos de tuberculose segundo nível de atendimento. PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Local de Referência	Nível de Atendimento	Frequência	
		No.	%
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	Terceiro	14	32,40
Hospital General de México	Terceiro	6	13,80
Hospital Juárez de México	Terceiro	10	23,20
Instituto Nacional de Cardiología	Terceiro	1	2,40
Hospital General de Ticomán	Segundo	1	2,40
Hospital Moctezuma	Segundo	1	2,40
Hospital del ISSSTE	Segundo	1	2,40
Hospital del D.F.	Segundo	1	2,40
Hospital General de Ecatepec	Segundo	1	2,40
IMSS	Segundo	1	2,40
Médico particular	Primeiro	4	9,20
Sem referência	Não se sabe	2	4,50
Total		43	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

4.6 Aspectos relacionados ao tratamento da tuberculose

O tratamento da TB sofreu uma transformação radical a partir da institucionalização do DOTS/TAES pela OMS/OPS, em 1993. Atualmente, pode-se

falar do tratamento da TB antes e depois do DOTS. No México, a estratégia do TAES foi sendo implementada aos poucos, na medida em que tanto os pacientes, quanto os profissionais de saúde, iam sendo conscientizados sobre a importância dessa nova estratégia na prevenção e controle da doença.

Uma das informações obtidas por meio das entrevistas foi que quando a estratégia foi implementada, essa teria sido vista e executada, como uma tarefa a mais na lista de atividades realizadas pelos funcionários das unidades de saúde.

[...] o TAES foi implementado em 1998, para ser executado em 1999, já com o Epi-TB (2000)... primeiro, sim deu muito trabalho porque diziam (os funcionários) que era uma atividade a mais a ser realizada... Após a introdução do programa... eles realmente foram tomando consciência, não como deveria...deu trabalho, tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores, pois o tratamento teria que ser diário... Antes o tratamento era dado semanalmente, o paciente voltava na unidade toda semana para seu tratamento (E2).

[...] bom, nós pensávamos que o paciente tomava o medicamento em casa, mas isso fica entre aspas “”... já quando foi implementado o TAES... diminuíram os pacientes com multiresistência, observava-se que o paciente terminava seu tratamento mais rápido, uma vez que o tempo era longo, observava-se que o tempo diminuiu [...] (E2)

É importante destacar, que foram encontrados seis casos que iniciaram o tratamento antes da data do diagnóstico, o que levaria a pensar, que não se está cumprindo com a norma oficial: iniciar o tratamento após confirmação do diagnóstico, por meio dos métodos estabelecidos (dependendo da localização da doença) (Tabela 20).

A variável, “início do tratamento” foi registrada em 88% dos casos estudados. Dos quais, 19% iniciaram o tratamento no mesmo dia do diagnóstico. A maior porcentagem é representada pelos pacientes que iniciaram o tratamento logo depois do diagnóstico (61%). Desta forma, o tempo transcorrido entre o início do tratamento e o diagnóstico foi de um dia até um ano, onde encontra-se

aproximadamente 30% da população estudada (Tabelas 20 e 21).

Tabela 20 - Variação do tempo entre a data do diagnóstico e o início do tratamento. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Início do Tratamento	Frequência	
	No.	%
Antes do diagnóstico	6	8
No dia do diagnóstico	14	19
Após o dia do diagnóstico	46	61
Sem referência	9	12
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Tabela 21 - Tempo de início do tratamento após a data do diagnóstico. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Nº de dias para início do tratamento após a data do diagnóstico	Frequência	
	No.	%
1	10	22
2-9	13	28
10-30	10	22
31-60	7	15
61-365	6	13
Total	46	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

É importante conhecer as causas pelas quais o tratamento não foi ou não está sendo iniciado no dia do diagnóstico, conforme estabelecido; pelo contrário, está sendo iniciado após um período longo, posterior à data do diagnóstico. Razão pela qual, o abandono do tratamento e casos resistentes poderiam estar aparecendo com maior frequência. Com o intuito de procurar uma resposta para esta situação, a seguir são apresentadas hipóteses explicativas:

1. A falta de medicamentos seria uma causa do início tardio de tratamento para TB, nas UBS?

2. O início do tratamento tardio para TB, estaria relacionado com a falta do paciente na data marcada pelo médico para o início do tratamento?
3. Problemas administrativos estariam relacionados com o atraso do início do tratamento de TB?
4. A negligência dos trabalhadores de saúde estaria influenciando o início do tratamento de TB?
5. Esta situação seria consequência de um registro inadequado (dos trabalhadores de saúde) no prontuário médico dos pacientes?
6. O desconhecimento das normas oficiais que governam os processos técnicos e administrativos envolvidos estaria influenciando no início tardio do tratamento de TB?

As informações encontradas na variável “término do tratamento” foram consideradas de baixa qualidade, pois não foram anotadas na maioria dos registros analisados. Do total de casos estudados, 4% não terminaram o tratamento, 8% não tinham o registro da data (não foi registrado o dia) e 36% apresentaram o registro da data.

Informações relacionadas ao registro das datas de término do tratamento permitem saber se o paciente foi curado ou não. Ressaltamos, que a baixa porcentagem dos registros relacionados a variável “término do tratamento”, coincide com o número de casos registrados no estudo (37%) (Tabela 28).

As hipóteses explicativas propostas para esta variável é similar às hipóteses explicativas para a variável “falta de informação”.

Segundo os entrevistados, nas primeiras tentativas de institucionalização do TAES no Estado do México, as ações eram consideradas de pouca eficácia e de qualidade duvidosa.

[...] Por alguns anos o TAES foi pouco realizado, em 20 a 30% dos casos, e se a informação chegasse a supervisão, diziam: “me diga qual o paciente em que está sendo administrado o medicamento em casa”, mas essa situação quase não acontecia [...] (E2)

O programa tem mostrado uma melhora, devido ao aumento da percepção da eficácia de suas ações e da qualidade do seu serviço. Um dos entrevistados refere-se à melhoria do programa da seguinte forma: “[...] agora sim, o TAES já está sendo cumprido... a porcentagem a nível estadual é de 70%” (E2).

Na vida diária dos sujeitos afetados por TB, existem situações que podem se tornar favoráveis à interrupção do tratamento, como por exemplo, a forma em que os medicamentos são administrados (no centro de saúde ou no domicílio), o risco de transmissão da doença aos familiares e a forma com que o trabalhador de saúde tenta resgatá-lo novamente (no caso de abandono do tratamento). “Faz-se visita domiciliar, entrega-se o medicamento ao paciente que é supervisionado conforme requerido pelo programa... sim, é estritamente supervisionado como pedido pelo programa, não tem outra forma...” (E1).

[...] Quando o paciente não vai procurar seu medicamento, temos que procurá-lo... já fui procurar uns três...eles voltam a reiniciar o tratamento e novamente o abandonam... tive um que não era do município e três crianças que o pai contagiou... foram tratados, ele (pai)... havia abandonado o tratamento em dois municípios... e o Instituto o encaminhou para nós... tivemos que procurá-lo... eu levava o medicamento diariamente, ou duas ou três vezes por semana, ele praticamente recebia atendimento a domicílio... mas isso finalmente terminou [...] (E1).

Através dos diálogos dos entrevistados, é possível observar que os trabalhadores de saúde estão atentos aos resultados do TAES e se sentem estimulados com a cura do paciente.

[...] o TAES é bom, mas temos que insistir na conscientização dos trabalhadores de saúde ... sobre a TB e sua importância” (E2).

[...] para mim, o TAES é bom, porque tenho visto resultados. Já vi como chegam pacientes com TB, apáticos, desvitalizados... começam a recuperar-se..., é incrível ver como os pacientes chegam fracos até para falar... e é surpreendente vê-los depois de um mês ou vários meses de tratamento, pois até quando os encontrava na rua, eles falavam comigo... Eu pensava, se vocês soubessem como estavam quando chegaram para o tratamento! (E1).

Os entrevistados acrescentaram que as ações do TAES funcionam de forma adequada, sempre que essas são aplicadas em conformidade com as normas estabelecidas para seu funcionamento. “Sim funciona bem, sempre que são aplicadas como deve ser. O acompanhamento do paciente é importante, pois às vezes, o paciente diz que não tomou o medicamento, porque já está se sentindo bem e abandona o tratamento... e é aí que ele piora” (E1).

Os entrevistados referiram-se aos resultados positivos do programa para os próprios funcionários. Os agradecimentos dos pacientes e dos familiares, são alguns desses exemplos.

[...] o paciente me agradeceu... em algumas ocasiões em que encontrei com a sua esposa, ela estava muito agradecida, especialmente pelas crianças... isso é uma motivação (E1).

Considerando as condições em que o paciente recebeu o tratamento, 81% receberam tratamento inicial, 3% tratamento por reincidência, 8% iniciaram novamente o tratamento (após o abandono) e 8% dos prontuários não tinham registros referentes a essa informação (Tabela 22).

Não foram encontradas informações disponíveis nos prontuários sobre multiresistência, porém, supõe-se que existam aproximadamente cinco casos, cujos registros das informações sobre o tratamento não estão completos, mas acusam tratamento por um longo período (pode-se pensar em tratamento não consecutivo), e

embora não estejam identificados como casos “multiresistentes” existem evidências para acreditar na existência desses casos.

Tabela 22 - Condições do tratamento da população estudada. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Condições do tratamento	Frequências	
	No.	%
Inicial	61	81
Tratamento por reincidência	2	3
Tratamento posterior ao abandono	6	8
Sem referência	6	8
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Quanto ao abandono do tratamento, segundo os entrevistados: “... no ano de 2002 houve um total de resistência de 15,8% no instituto (terceiro nível de atendimento)” (E4).

Com relação à variável “tipo de pacientes”, 80% dos casos eram novos, 8% recaídas, 4% retorno ao tratamento, e em 8% dos casos não se encontrou registro dessa variável (Tabela 23).

Tabela 23 - Tipos de pacientes inscritos no PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Tipo de Paciente	Frequências	
	No.	%
Caso Novo	60	80
Recaídas	6	8
Retorno ao tratamento	3	4
Sem referência	6	8
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Referente ao esquema de tratamento, 71% foram tratamento primário, 12% a tratamento primário reforçado, 12% não tiveram registro do esquema de

tratamento e outros 5% estava relacionado a um esquema de tratamento (pós-abandono de tratamento) (Tabela 24).

Tabela 24 - Esquema de tratamento. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Esquema	Frequências	
	No.	%
Primário	53	71
Tratamento pós-abandono	4	5
Primário reforçado	9	12
Sem referência	9	12
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Desde a introdução do DOTS/TAES no Estado de México, este vem sendo supervisionado principalmente pelo TAPS (antes PRODIAPS), melhorando sua preparação e intervenções referentes ao PPCT.

[...] antes, o TAPS tinha pouca preparação, só tinha um curso introdutório, depois foi criado um convênio com o CONALEP (Instituição de ensino técnico) para capacitar seus trabalhadores (refere-se ao ISEM) para passar do empírico ao profissional em 1990, já que os promotores começaram a trabalhar em 1981... os estudos tiveram uma duração de três anos e para os trabalhadores já contratados também era de três anos, mas as aulas eram só aos sábados... o que existia desde 1979, com a formação da primeira turma no ano 1993(E1).

Os PRODIAPS foram contratados para implementar o modelo de APS para a população aberta (sem seguridade social), em determinadas circunstâncias, como por exemplo, moradores atuantes na comunidade que tivessem concluído o curso preparatório.

[...] O programa do TAPS foi remanejado há 24 anos. Foram contratados promotores para manejar um Núcleo Básico de Saúde, que foi formado por 3000 a 5000 pessoas ou o equivalente a 500

famílias... era gente com conhecimentos básicos de primeiros socorros, que vivia e conhecia a comunidade... era um TAPS e um médico que estavam a cargo dessa comunidade... com o tempo as coisas foram mudando, agora vão para a comunidade os TAPS. Dos 137 que existem na jurisdição, aproximadamente 50 já terminaram o curso técnico de TAPS e aproximadamente 30 procuraram o perfil de enfermeiro de nível técnico. Os demais ficaram com os três meses de preparação. Quase 100% deles já não vivem na comunidade onde trabalham (E2).

Os TAPS são os que fazem as visitas aos pacientes inscritos no TAES e, em algumas ocasiões, o médico (quando o paciente deixou de procurar pelo seu medicamento na UBS). Isso foi comentado pelos entrevistados: “[...] são os TAPS que fazem as visitas para o tratamento dos pacientes e em algumas ocasiões, o médico geral ... não em todas as unidades de saúde... o médico realiza a visita quando o paciente não se apresenta para fazer seu tratamento [...]”(E1).

Quanto, ao tipo de tratamento, 78% referiram – se ao tratamento supervisionado, 16% não foi especificado e/ou registrado, 5% ao tratamento auto-administrado e 1% auto-administrado com supervisão. Ressalta-se que, não há certeza de que o tratamento tenha sido supervisionado ou auto-administrado (Tabela. 25).

Tabela 25 - Tipo de tratamento administrado. PPCT Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Tipo de Tratamento	Frequências	
	No.	%
Auto-administrado	4	5
Supervisionado	58	78
Auto-administrado seguido de supervisão	1	1
Sem referência	12	16
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Existem contradições entre os comentários dos entrevistados, com respeito à administração do TAES. Por um lado se fala da administração dos

medicamentos em casa ou nas UBS e, por outro lado, da auto-administração que seria feita somente em casos considerados especiais, como por exemplo, casos de baixa porcentagem da eficácia do tratamento e a justificativa da impossibilidade do paciente de procurar a medicação diariamente na UBS.

“[...] o TAES é realizado precariamente, pois o tratamento não é feito como se deve, não é supervisionado em sua totalidade para que o paciente tome seus medicamentos e o seguimento não é bem realizado” (E2)

“[...] agora está se proporcionando duas formas de tratamento, tanto na unidade, como em domicílio. Agora sim parece estar sendo aplicado, o que é o TAES (E2)”.

“O TAES só em casos excepcionais é auto-administrado” (E5)

[...] Há cada oito dias o paciente procurou por seu tratamento, não achou que fosse necessário, pois há poucos funcionários, ou porque não têm dinheiro suficiente, mas o pessoal deve convencer o paciente a não interromper o tratamento [...] (E4)

Os trabalhadores operativos conservam algumas dúvidas sobre o significado do TAES, aspectos operativos que não são abordados nos manuais ou nos cursos e só os mais experientes sabem como implementá-lo. Encontram-se contradições, já que os trabalhadores interpretam o TAES como se a responsabilidade do tratamento fosse unicamente do paciente, não considerando os motivos pelos quais o paciente não pode dirigir-se diariamente à UBS. Isto cria um problema importante de mútuo entendimento (paciente-trabalhador da saúde). A seguir apresentam-se alguns diálogos relacionados com este problema:

[...] Quando o TAES diz ser “estritamente supervisionado” é uma situação de duplo significado... diz “deve tomar os medicamentos diários”, tem que vir até a unidade ou os trabalhadores de saúde têm que levar o tratamento até o domicílio, mas o que acontece? quando alguém diz ao paciente: “a senhora tem que ir procurar pelo seu medicamento diariamente a determinada hora. A senhora responde: “não posso, porque não tenho dinheiro para minha

passagem, não tenho tempo, trabalho!... Os funcionários (de saúde) dizem:... A senhora tem que vir buscá-lo! [...] (E1)

"[...] Não é a mesma coisa, o que diz a teoria e o que propõe o TAES ao fazer mudanças, tem que estar em contato com o paciente [...]" (E1)

Entre os diálogos dos entrevistados, também foi observado que situações como a anteriormente descrita, gera entre os trabalhadores de saúde uma percepção de "inconsciência" por parte do paciente em relação ao tratamento.

[...] a estes pacientes, temos que ir a seus domicílios e conquistá-los diretamente e nós, como trabalhadores de saúde temos que levar o medicamento. A esse tipo de pacientes que são inconscientes ou não conhecem muito da sua doença...o que pode ser feito?... "Ficamos a serviço deles", damos - lhe um atendimento especial... explicamos o que eles tem e como se contagiam... Para que saibam que muitas pessoas podem ser contagiadas. (E1)

Em relação às situações como as referidas anteriormente, têm surgido algumas idéias entre os trabalhadores de saúde. Idéias que têm como objetivo melhorar o controle que o paciente tem da doença, por exemplo, que o paciente leve um calendário para marcar os dias correspondentes ao tratamento.

[...] Agora o que deve ser ensinado é que não é unicamente os trabalhadores de saúde que devem fazer o controle...eu pedi para eles conhecerem sobre a doença, o tratamento... e depois pedi para fazer um calendário, para que eles controlem quantas doses tomarão e por quanto tempo ... e vou supervisionar as doses que levam diariamente... eu falo: eu tenho que notificar o instituto, a jurisdição ... e vocês, têm que me notificar sobre seu tratamento (E1).

No tratamento da TB é necessário envolver o paciente, para que ele se sinta parte da equipe e se sinta responsável pelo tratamento.

[...] é necessário envolvê-lo em seu tratamento, que não se diga::

“você vai tomar isso,...que não lhe dê ordens ...vamos tirar a receita!... que não veja isso como uma ordem ...o paciente está acostumado a não tomar a Ampicilina por sete dias, como o médico receitou. Se após três dias se sente melhor, abandona o tratamento , isso também acontece com o TAES (E1).

“[...] é necessário envolver o paciente tanto no diagnóstico quanto no tratamento, isso facilita, mas não é feito [...]”(E4).

No entanto, parece haver uma percepção por parte dos trabalhadores de saúde de que é o paciente que tem a obrigação de procurar o tratamento, o que pode originar formas de controle autoritárias e repressivas, manifestadas por meio de frases como: “estamos ao serviço deles”, “é quase como levar cuidados a domicílio”, “damos uma atenção especial”. Isso é manifestado em diálogos dos entrevistados:

[...] uma senhora não colaborou com seu tratamento... está totalmente errada... então , sabe o que lhe disse? A gente precisa condicioná-los nós estamos cumprindo com nosso trabalho, mas se você não faz a sua parte, vai firmar um documento onde você se responsabiliza, se acontecer alguma coisa com você, nós não seremos responsáveis... mas isso é uma forma de estimulá-los e tem funcionado... quando o paciente não está ciente de seu tratamento, não tem alternativa... esse termina dizendo: eu tomo os meus medicamentos (E1)

Criar medo no paciente e fazê-lo se sentir culpado de alguma coisa que pudesse acontecer com ele (relacionada à doença), é visto pelos trabalhadores de saúde como um “simples lembrete”, uma forma de “criar consciência sobre o problema”. A seguir exemplificamos com um segmento de um dos diálogos dos entrevistados:

[...] O paciente chega a parecer temeroso... ou colabora ou o abandonamos ou suspendemos seu tratamento, a responsabilidade será sua... realmente se faz um lembrete... “Estamos interessados na sua cura e não que fique mais doente... no começo era só você, agora são dez pessoas na sua família. Ela é uma menina jovem eu

lhe digo: “sei que você tem crianças e tem que trabalhar, mas é por isso também, que você tem que se tratar (E1)

A relação entre os trabalhadores de saúde e um paciente, tornou-se difícil, quando esse se recusou a ir até a UBS para tomar seu medicamento. De alguma forma, o paciente aparentemente estava obrigando aos trabalhadores de saúde, para que esses levassem a medicação até seu domicílio. Situação que foi interpretada pelos trabalhadores, como uma falta de investimento (dinheiro) do paciente na sua saúde. “A paciente me criou problemas, pois dizia que não queríamos dar-lhe o tratamento, mas era por que ela não queria ir até o centro de saúde, pois dizia que não tinha tempo, trabalho!... obviamente não queria investir nem tempo nem dinheiro” (E1).

Em relação ao seguimento do tratamento, não há dados fidedignos que ofereçam informações de como foi o tratamento. Unicamente 8% referiram – se à regularidade no tratamento, 7% referiram – se à irregularidade no tratamento e, em 85% dos prontuários, não foram encontrados registros referentes a esta variável (Tabela 26).

Tabela 26 - Acompanhamento do tratamento do PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Seguimento	Frequências	
	No.	%
Regular	6	8
Irregular	5	7
Sem referência	64	85
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

4.7 Aspectos relacionados a alta e saída do programa

Do total de prontuários analisados, 59% não tinham registro da data da alta do programa e unicamente 31% tinham registro da data completa da alta (dia/mês/ano), 9% dos prontuários tiveram o registro do dado de forma incompleta e houve um caso que ainda estava em tratamento, durante o período da coleta dos dados (Tabela. 27).

Tabela 27 - Data da alta do programa doPPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Data da Alta	Frequências	
	No.	%
Data completa	23	31
Data incompleta	7	9
Sem referência de data	44	59
Ainda em tratamento	1	1
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

A falta de registros de informação é considerada uma situação preocupante, por representar uma evidência concreta da falha na execução do programa. Situação essa que também acontece com as informações dos exames que foram realizados para dar apoio à alta do paciente do programa.

Em relação ao motivo da alta, em 63% dos prontuários não se encontraram anotações sobre o motivo da alta do paciente e em 37% dos prontuários se encontraram registros que assinalaram a cura e ou término do tratamento como motivos da alta do paciente do programa (Tabela 28).

Tabela 28 - Motivo da alta do Programa. PPCT, Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Motivo da Alta	Frequências	
	No.	%
Cura	28	37
Não referido	47	63
Total	75	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Em relação ao método que apoiou a alta do paciente, 70% não foram especificados e 30% foram registrados. Entre os métodos de apoio para a alta, as baciloscopias estavam registradas em 20% dos prontuários e outros métodos (como por exemplo: cultivo e PCR) registrados em 10% do total dos prontuários analisados.

Quanto à variável “saída do paciente do programa”, encontraram-se 43 casos, dos quais, 86% foram por transferência (situação referida anteriormente), 7% por abandono do tratamento e 7% por óbito (Tabela 29)

Tabela 29 - Motivo da saída do paciente do programa. PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Motivo	Frequências	
	No.	%
Abandono do tratamento	3	7
Transferência	37	86
Óbito	3	7
Total	43	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

Na variável “abandono do tratamento” foram encontrados três casos registrados nos prontuários. O primeiro, pela melhora dos sinais e sintomas, o segundo, pelos efeitos secundários dos medicamentos e o terceiro por causa desconhecida (Tabela 30).

Tabela 30 - Motivo do abandono do tratamento. PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Motivo	Frequências	
	No.	%
Melhora dos sinais e sintomas	1	33
Efeitos secundários dos medicamentos	1	33
Sem referência	1	34
Total	3	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

E na variável “causas de morte”, também foram encontradas três causas de mortes registradas nos prontuários, a primeira esteve associada com TB (hepatopatia por Etambutol), a segunda não associada à TB (Pneumonia e Choque Séptico) e a terceira morte por causa desconhecida (Tabela 31).

Tabela 31 - Causas de morte dos casos estudados. PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Causa da Morte	Frequência	
	No.	%
Morte associada a tuberculose (Hepatopatia por Etambutol)	1	33
Morte não associada a tuberculose (Pneumonia e Choque Séptico)	1	33
Causa desconhecida	1	34
Total	3	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

4.8 Aspectos relacionados com doenças associadas à tuberculose

Dos 75 casos estudados, 45 % tinham registros de doenças associadas à TB, com uma frequência de 48 (alguns prontuários registraram mais de um problema de saúde para um mesmo caso). Em muitas ocasiões não foram encontrados

registros de doenças propriamente ditas, e sim, dos sintomas, manifestações ou alguma outra queixa de saúde, relacionadas a essas doenças.

Ressalta-se que, dentro desta variável, a categoria “outras” obteve a maior porcentagem (35%), o alcoolismo 15%, a desnutrição 10%, a anemia clínica 10%, HIV 6% e outras doenças como hipertensão, consumo de drogas, entre outras 23% (Tabela 32).

Ressalta-se que no caso dos pacientes com TB associada com HIV/AIDS (6%), não se encontraram registros de algum tipo de tratamento específico, supervisão e/ou controle da administração do tratamento. Suspeita-se da existência de maior número de casos de HIV relacionados com TB, isto, pela alta porcentagem de TB extrapulmonar entre os casos estudados.

Na categoria “outras” (35%), foram registrados achados de: bolhas enfisematosas posteriores a TB, Câncer (de tipo desconhecido), Pleuresia Tuberculosa, Insuficiência Renal Crônica, Hipotireoidismo, Micose Ungueal, Artrites Reumatóides, Mal de Pott, Ovário Policístico, Dislipidemia, Úlcera gástrica e Autismo secundário a fármaco-dependência, Incontinência urinária, Úlcera por pressão e Hemiparesia.

Pelo número de doenças associadas, suspeita-se que as informações, não foram registradas nos prontuários de forma adequada.

Tabela 32 - Doenças associadas à Tuberculose. PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, México, 2000-2002

Doença Associada	Frequência	
	No.	%
Diabetes	4	8
Hipertensão	1	2
Consumo de drogas	1	2
Anemia clínica	5	10
HIV/AIDS	3	6
Obesidade	2	4
Alcoolismo	7	14
Desnutrição	5	10
Tabagismo	2	4
Gastrite	1	2
Depressão	1	2
Outras	16	35
Total	48	100

Fonte: Prontuários de pacientes notificados de tuberculose no PPCT da Jurisdição de Tlalnepantla, Estado do México, 2003.

A supervisão como parte do controle e avaliação do PPCT foi planejada desde o nível operacional central, mas encontra-se limitada por falta de recursos econômicos e de transporte para o desenvolvimento das suas ações. Assim, os trabalhadores entrevistados, realizaram alguns comentários relacionados referente a essa situação.

[...] Há uma equipe por área que realiza a supervisão, o qual sai diariamente para diferentes locais da jurisdição... o responsável pela jurisdição realiza uma visita a um centro de saúde a cada 15 dias, mas há problemas econômicos como falta de gasolina, transporte... é o problema mais grave.... (E2)

“...são supervisionadas, situações já programadas: número de captações, detecções, pacientes em tratamento e atividades que estão sendo realizadas”(E2).

[...] A avaliação é realizada desde o nível central pelo responsável do programa, pela equipe da área e após pelo médico responsável pelo paciente. Na unidade, pelo diretor e o chefe da enfermagem. O médico é encarregado de avaliar mentalmente o paciente (E2)

Entretanto, o entendimento sobre o que é supervisão e o que esperam os trabalhadores de saúde da supervisão é diferente:

[...] Bom, nunca me supervisionaram um paciente com TB... o mais importante de uma supervisão é que seja realizada na presença do paciente para que possam vê-lo, que o conheçam, assim seria uma boa supervisão. O que me é pedido é o cartão, quantas doses, nada me serve ter o cartão atualizado, se o paciente não é supervisionado diretamente... que conheçam quais são as diferenças, qual a causa do abandono, porque o paciente está melhorando, também deveria ser visto isso (E1).

Um aspecto importante do PPCT é o planejamento das atividades anuais, o orçamento. Aspectos considerados em um diálogo de um dos entrevistados reflete a pouca importância que as vezes o programa tem entre todas as políticas governamentais:

[...] é feita uma programação anual dos casos que são esperados para o mês seguinte, para essa informação ser enviada ao nível central para a aquisição de insumos... agora o manejo do orçamento é pelo histórico e segundo a programação, porque muitas vezes você pode dizer que espera 200 casos (dado fictício), mas não há tanto orçamento.... Vamos te dar para 100 ... então para nós é um sonho... esperar que vamos atender 200 casos, fazemos o que é possível fazer, não acha? (E2)

4.9 Estimativas Operacionais com relação aos casos esperados e os casos observados de tuberculose em Tlalnepantla, no período de 2000 a 2002

No presente estudo, encontrou – se um déficit de casos detectados e notificados de TB, no período de 2000 a 2002 na Jurisdição de Tlalnepantla, segundo indicadores epidemiológicos.

Tlalnepantla, da mesma forma que o restante do país, tem população

usuária dos serviços de saúde de seguridade social e população sem seguridade social (“população aberta”). Desta forma, são os serviços da seguridade social os que detectam os casos de TB e, embora, teoricamente, esses casos devessem ser notificados ao Sistema de Vigilância Epidemiológica (ISEM), isso não acontece; tendo como consequência o desconhecimento sobre a verdadeira situação epidemiológica da doença na jurisdição (Tabela 33).

A falta de notificação dos casos ao ISEM (Coordenador de setor) por parte das instituições de seguridade social e da assistência médica privada e a falta de comunicação entre as distintas instituições e níveis de saúde, aparecem nos comentários dos entrevistados:

[...] as unidades da seguridade social unicamente não registram casos que não são da seguridade social ... eles contam com informação própria... de forma obrigatória todos devem notificar, mas existe um sub-registro de informação. É difícil falar sobre o custo-benefício da produtividade do PPCT... a assistência privada, também, deve comunicar seus casos, mas nem sempre é feito (E2).

Dentro do PPCT, não tem sido fácil conscientizar os médicos sobre a importância do tratamento, principalmente os médicos especialistas. Essa situação influencia nos problemas de sub-notificação e sub-registro.

[...] eu tinha idéia de que gente mais preparada aceitaria mais o tratamento (de TB), mas tem sido mais difícil com os médicos especialistas, porque eles não aceitam tão facilmente... os pediatras não aceitam que os recém nascidos sejam vacinados com BCG...os pneumologistas, e mais os neurologistas (E2)

Considerando esse déficit nas notificações em relação ao esperado, foram realizadas estimativas especialmente para a população aberta (sem seguridade social), que são os que teoricamente devem freqüentar os serviços de

saúde do ISEM para detecção da TB, tratamento, seguimento e controle. Para isso, tomamos como referência os dados emitidos pelo INEGI para o período em estudo (Tabela 33).

A população que não conta com seguridade social aumentou durante este período, passando de 44% no ano 2000, 49% nos anos 2001 e 2002, da população total do país, situação que pode ter como consequência a diminuição da porcentagem de empregos no México (Tabela. 33)

Tabela 33 - População com seguridade social e sem seguridade social não são de Tlalnepantla, México, 2000-2002*

Pernambuco, 2000-2002					
Ano	População				Total
	Com seguridade social		Sem seguridade social		
	No.	%	No.	%	No.
2000	400024	56	318065	44	718089
2001	368949	51	349622	49	718571
2002	369119	51	349782	49	718901

Fontes: * INEGI, México, 2000, 2001, 2002

O número de casos observados, em relação ao número de casos esperados de TB, teve um déficit de 88% no ano 2000 e 77% nos anos 2001 e 2002. Este déficit corresponde a um total de 230 casos para o período, com uma taxa de morbidade de 30 casos para cada 100.000 habitantes. Foi observada uma proporção de 0.24, o que indica uma notificação da quarta parte dos casos de TB que teoricamente podem existir na jurisdição (Tabela. 34).

Tabela. 34 - Casos observados e esperados de tuberculose na população sem seguridade social na jurisdição de Tlanepantla, México, 2000-2002 *

Ano	População sem seguridade social	Casos observados	Casos esperados	Proporção de detecção
2000	318065	12	95	.13
2001	349622	35	105	.33
2002	349782	22	105	.20
Sem registro		6		.31
Total		75	305	.24

*Estimativa a partir da morbidade de 30/100000

Possíveis hipóteses explicativas relacionadas à esta temática têm sido amplamente referidas durante o desenvolvimento do presente estudo e, na continuação, damos ênfase as seguintes hipóteses:

1. Será que não há recursos humanos e materiais suficientes para realizar maior número de detecções de TB?
2. Será que os trabalhadores de saúde (médicos, enfermeiros, TAPS e Técnicos de laboratório), não estão realizando de forma adequada suas funções em relação à detecção e notificação de casos de TB?
3. Será que os trabalhadores do PPCT da jurisdição, não estão motivados para a realização adequada deste tipo de trabalho?
4. A capacitação e a educação formal dos trabalhadores do PPCT poderiam melhorar as metas de trabalho do programa?
5. Será que a supervisão como parte da avaliação e controle realizados nos diferentes níveis do programa, não estão sendo adequadas?

A discussão do presente trabalho foi realizada seguindo a orientação das variáveis incluídas no estudo.

Foram procurados os artigos publicados sobre a temática nos últimos 10 anos, considerando as palavras-chave: tratamento da tuberculose no México, DOTS, TAES, epidemiologia da tuberculose, tratamento curto e tratamento supervisionado.

Qualidade da informação registrada nos prontuários

A falta de registro e o sub-registro da informação no PPCT e do setor saúde em geral representam um sério problema que limita o funcionamento dos serviços e dificulta a tomada de decisões.

A falta de informação ou sub-registro abrange vários aspectos que vão desde conteúdos básicos no prontuário médico até problemas nos formatos do PPCT. Esta situação impede uma compreensão do processo saúde-doença do sujeito e dos fatores que influem ou que podem influenciar na sua saúde no futuro imediato ou mediato.

As falhas no registro da informação no presente estudo devem-se a registros incompletos ou ausentes. O resultado da qualidade dos registros foi categorizado como ótimo (23%), bom (34%), regular (5%) e mau (40%). Observou-se que 77% dos prontuários careciam de um ou mais dados.

Vários estudos têm documentado a existência de problemas de registro e falta de informação nos prontuários especificamente na área da TB. Pesquisas relacionadas com o diagnóstico e registro de casos de TB pulmonar são realizadas principalmente em países em desenvolvimento, tanto na população em geral quanto nos sistemas de saúde. Resultados mostram uma baixa utilização dos serviços de saúde em alguns grupos da população e falta de educação no que diz respeito à doença, trazendo como consequência a banalização da presença de tosse crônica (SÁNCHEZ, 1999).

Entre os fatores relacionados aos serviços de saúde destaca-se a má qualidade da assistência em alguns deles, as atitudes inadequadas dos prestadores de serviços de saúde com relação aos pacientes que apresentam tosse crônica, a falta de atividades de prevenção e diagnóstico precoce dentro das comunidades, a falta de acessibilidade aos serviços e problemas no sistema de informação. No México, o próprio setor de saúde reconheceu que, em nível nacional, a taxa de casos de TB notificados subestima três vezes a taxa real do país (SÁNCHEZ, 1999).

Estudos semelhantes sobre a temática foram realizados por Sánchez (1999), com o objetivo de identificar tossidores crônicos que compareceram à consulta em um hospital. Os tossidores foram entrevistados e realizaram exame de baciloscopia. Não foram encontrados os prontuários de 5,4 % dos pacientes.

Um outro estudo, cujo objetivo foi avaliar a eficácia e eficiência do tratamento antituberculose, mostrou que do total de pacientes atendidos, apenas 60% dos prontuários foram encontrados. Cabe ressaltar que o mau preenchimento dos dados ocorre em função dos problemas administrativos na assistência aos pacientes de TB (GARCÍA, 1998).

A mesma situação acontece em outros países (Brasil). O estudo realizado

por Sasaki (2003), intitulado “Tempo de tratamento da TB em pacientes de Ribeirão Preto”, mostrou que foram encontrados 97% do total de prontuários, 20% dos quais não tinham informações sobre o tratamento. A autora também destacou a falta de organização no arquivo central.

Outro estudo realizado em São José de Rio Preto - SP, relacionado a aspectos epidemiológicos da tuberculose, mostrou a falta de informação sobre escolaridade em 94% e lugar de procedência dos pacientes em 88% (GAZETTA, 1999).

Estudos realizados na área médica atraem a atenção para o mesmo problema. Na CONAMED (1998) no México, foram encontrados prontuários incompletos de casos a resolver, referentes a queixas dos usuários de serviços de saúde sobre a prática médica. 71% dos prontuários estavam incompletos e 50% não tinham o nome do médico responsável.

O estudo realizado por PAVÓN (2002) sobre avaliação do prontuário médico na assistência obstétrica teve como objetivo avaliar a integração e preenchimento do prontuário médico-obstétrico e mostrou que 85% dos mesmos estavam incompletos, 50% tinham histórias clínicas incompletas e, em alguns casos, não existiam histórias clínicas. Cabe ressaltar que, entre os dados omitidos encontra-se o registro dos sinais vitais. 94% não tinham evoluções médicas e 96% não foram assinadas pelo responsável pela assistência.

Diante do exposto, revela-se que a inadequada elaboração e integração do prontuário médico afetam a assistência prestada aos pacientes, tendo como consequência um diagnóstico e tratamento deficientes. O mau preenchimento de dados tem prejudicado o desenvolvimento de trabalhos que utilizam dados provindo desses prontuários (HIDALGO, 1995; UGARTE, 1994).

Em geral, pode-se dizer que existem graves deficiências na elaboração dos prontuários médicos. Segundo Pavón (2002), essas deficiências podem ser devido ao desinteresse dos médicos, ao desconhecimento das normas e a uma deficiente supervisão pelas autoridades correspondentes (esta informação pode ser complementada também com as hipóteses explicativas descritas no capítulo de Resultados deste mesmo estudo).

O PPCT baseado na APS

Observou-se que, embora o PPCT seja elaborado de acordo com a plataforma filosófica e conceitual da APS (a mesma NOM na qual se regula o programa chama-se Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993 para a Prevenção e Controle da tuberculose na atenção primaria de saúde), na realidade, não é dessa forma que acontece. Isso foi verificado através dos comentários realizados pelo pessoal que atua no programa, pela falta de participação social dos afetados, pela alta detecção de casos nos níveis secundário e terciário, pela verticalidade do programa e por algumas observações feitas pelos autores.

Tejada (2003) relata que as pessoas continuam como espaços passivos de atividades pontuais prestadas por sistemas de serviços institucionalizados, prestadores de uma assistência médica reparativa orientada às doenças específicas. Esta orientação surgiu a partir dos anos 80 pela falta de orçamento para a APS. Foram selecionadas intervenções de baixo custo (pacotes essenciais de serviços de saúde), geralmente dirigidas a populações de baixa renda e com difícil acesso aos serviços de saúde, situações muitas vezes contrárias às propostas na Declaração da Alma Ata (OMS, 2004). Estas ações prioritárias conduziram ao desenvolvimento da

estratégia da APS seletiva, na qual se selecionavam doenças baseadas em critérios estabelecidos desde o nível central, o que resultou em programas verticais, como o PPCT.

Em função disso, considera-se importante exemplificar a situação do PPCT no México. Este é um dos 14 programas prioritários do pacote básico de serviços de saúde (ISEM, 2003).

Como a tuberculose continua sendo uma doença que afeta as camadas sociais mais desprotegidas e onde o fator econômico desencadeia outros que também predispõem à contração da doença, é fácil compreender que a situação da TB na América Latina não será fácil nos próximos anos, uma vez que a diferença de renda entre o terço da população mais pobre e o terço mais rico triplicou. Para 2003, calculou-se a existência de 220 milhões de pobres na região, quer dizer, aproximadamente 43% da população. Além disso, aproximadamente 20-25% ainda não têm acesso aos serviços de saúde ou outro tipo de proteção social (SALUD DE LAS AMÉRICAS, 2002)

Outros problemas detectados durante a realização do estudo foram a falta de participação do pessoal médico no PPCT, a escassez de recursos humanos no programa e a falta de capacitação desse mesmo pessoal, entre outros. Esta situação já foi identificada em relatórios publicados pela OMS (2004) com relação aos programas de APS em geral, mas que podem ser aplicados ao PPCT. Um dos documentos menciona que os profissionais médicos não são a única opção para executar o enfoque da APS, o que ainda não é bem compreendido; enfermeiras ou profissionais de nível médio, além de profissionais sanitaristas, têm desempenhado uma função importante na prestação da assistência curativa e preventiva, especialmente em áreas isoladas (OMS, 2004).

Os trabalhadores comunitários de saúde podem oferecer contribuições significativas para o alcance das metas de saúde quando se apresentam circunstâncias específicas como: treinamento limitado a atividades de alta prioridade, supervisão eficaz, perspectivas de avanço do trabalho, integração em equipes de trabalho e remuneração suficiente, entre outras (OMS, 2004).

A OMS propõe quatro desafios futuros para construir um sistema de saúde baseado na APS, incluindo a falta de recursos humanos. Este último aspecto constitui um obstáculo para o desenvolvimento adequado dos sistemas de assistência à saúde, tanto nos países ricos como nos pobres. Um estudo Delphi realizado na América Latina concluiu que os recursos humanos não parecem ser uma prioridade para as autoridades sanitárias e entre os temas destacados se ressalta:

1. Falta de planejamento de recursos humanos apropriados;
2. Coordenação limitada entre as instituições de capacitação de recursos humanos;
3. Excessivo número de instituições de capacitação de recursos humanos;
4. As capacitações dos recursos humanos não correspondem às reais necessidades de capacitação do pessoal;
5. Supervisão limitada das instituições de capacitação de recursos humanos pelos governos;
6. Proliferação de programas em nível de pós-graduação sem uma avaliação da sua efetividade e eficácia;
7. Ausência de um plano e um mecanismo para administrar o desenvolvimento dos recursos humanos em saúde;
8. Ausência de incentivos para melhorar a produtividade ou para assegurar a

qualidade dos serviços;

9. Porcentagem elevada dos gastos federais utilizados em recursos humanos;

10. Instabilidade laboral;

11. Relação inadequada entre as categorias de recursos humanos necessárias e disponíveis (OMS, 2004).

Tejada (2003) refere-se à APS e ao PPCT pela sua semelhança e assinala que, inexplicavelmente, ainda predomina a confusão da saúde com a assistência médica reparativa orientada a umas poucas doenças (entre elas a TB). Os sistemas de saúde não se descentralizam e continuam as distorções sobre a participação da cidadania e o controle social eficaz. Enfatiza-se que no mundo atual, globalizado e com uma perda crescente das soberanias nacionais, uma das poucas medidas que existem para ter controle sobre o destino é a construção de democracias autênticas, descentralizadas e participativas. Por essa razão, atualmente, é imprescindível transferir ou “devolver” o poder político para tomar as decisões que afetam a sociedade em sua origem, que é sua cidadania (TEJADA, 2003). É importante ressaltar que o paciente de TB deve constituir a base das ações e da tomada de decisões no PPCT.

Situação operacional do PPCT

A situação operacional do PPCT sob estudo demonstra falhas importantes que já foram descritas no capítulo de Resultados e são semelhantes às apontadas pela OMS na avaliação realizada sobre a doença, sendo elas:

- Inexistência de pessoal qualificado para implementar o programa;

- Escasso seguimento, supervisão e avaliação do programa;
- Infra-estrutura insuficiente;
- Fracasso dos programas DOTS para atrair os profissionais de saúde;
- Descentralização incompleta;
- A efetividade do DOTS e sua perspectiva de expansão encontram-se limitadas também pelas falhas no suprimento de medicamentos, a qualidade variável destes e a inexistência de políticas farmacêuticas (OMS, 2004)

(http://www.who.int/tb/publications/global_report/2004/01_summary/es/print.html).

O Guia de enfermagem da OPS (1999) também relata outros problemas identificados na operacionalização do programa de controle da tuberculose:

- Falta de compromisso político,
- Recursos financeiros insuficientes,
- Recursos humanos não qualificados,
- Permanência temporal de pessoal capacitado,
- Problemas de organização e manejo de casos,
- Interrupção na administração de medicamentos,
- Incremento do HIV e MDR (multiresistência)

Além das limitações descritas anteriormente, o DOTS/TAES, que é uma estratégia fundamental para desenvolver o PPCT, não tem considerado a influência dos aspectos sócio-culturais e antropológicos, tanto dos pacientes quanto dos próprios trabalhadores de saúde, uma vez que ambos possuem conhecimentos limitados no estudo da doença, fazendo com que, ao “enfrentar” ambas as posições, uma das duas quer impor seus preceitos sobre a outra, por parte do trabalhador ao querer impor o tratamento acima de tudo e obrigar o paciente a tomar a medicação, e por parte do paciente ao querer abandonar o tratamento. Isto não só ocorre nas

populações indígenas, mas também em áreas urbanas onde moram pessoas com uma forte influência cultural que gera uma percepção particular sobre a origem das doenças e a forma analógica de curá-las.

Estudos realizados no estado de Chiapas ilustraram que o PPCT nas áreas indígenas não tem alcançado uma boa implementação devido às práticas culturais da população, que limitam a aceitação dos serviços de saúde (ÁLVAREZ, 2001).

Outro aspecto cultural importante que limita o alcance do PPCT é o estigma da doença. Através dos comentários do pessoal de saúde entrevistado, um estudo mostrou que tanto homens quanto mulheres ocultaram as manifestações da TB por temor à rejeição de seus familiares e amigos (ÁLVAREZ, 2001).

Uma das causas do estigma foi o fato de enfatizar muito os cuidados e as manifestações da doença por temor ao contágio, além da falsa informação de que a doença não tem cura. O medo do contágio pode muitas vezes ocasionar a dissolução familiar. O paciente tem receio de ouvir familiares e vizinhos dizer que ele é um tuberculoso. Ele muitas vezes deixa de ser visitado ou é isolado dentro do próprio lar. A maioria dos pacientes ouve dizer que as pessoas ficam longe deles por medo de “contaminar-se”. Assim, preferem evitar todo tipo de contato. Antes de comparecer aos serviços de saúde, pacientes tinham visitado o curandeiro, resultando muitas vezes em maiores agravos das condições de saúde (urinoterapia, paciente recebendo injeções, sopradas, banhos, entre outros).

A maioria dos pacientes estudados por Álvarez (2004) gerou critérios preventivos para a TB, relacionados ao contexto sócio-cultural, que geralmente influencia no comportamento do paciente. É importante que os profissionais tenham uma atitude de respeito perante o comportamento observado nos pacientes de TB,

compreendendo que eles produzem seus próprios critérios e práticas de prevenção, independente de serem ou não equivocadas.

Aspectos sócio-econômicos de pacientes de tuberculose

Com relação a aspectos gerais dos casos de TB que foram notificados e confirmados durante o período do estudo, encontraram-se as seguintes informações:

Gênero

Pode-se mencionar que a tuberculose é uma doença que afeta tanto homens quanto mulheres, mas quase sempre em distintas proporções. Na maioria dos estudos a incidência é maior nos homens, embora podem ser encontradas situações onde seja maior nas mulheres, provavelmente devido ao tipo de população envolvida (rural ou urbana, cidade ou província, acesso ou não à educação secundária).

No estudo foi observada uma proporção muito semelhante para ambos os sexos: 53% para homens e 47% para mulheres, isto é, quase uma relação 1:1. Esta situação foi semelhante ao estudo realizado por García (1998), que investigou a eficácia e eficiência do tratamento antituberculose em Morelos, México no período de 1992 a 1996, onde 288 fichas correspondentes a pacientes que receberam tratamento antituberculose revelaram 55% do sexo masculino e 45% do feminino. No estudo de Sánchez (1997), de 221 tossidores crônicos que compareceram à consulta, 59% eram do sexo feminino e 41% do masculino.

Bustamante (1996) estudou pessoas acima dos 12 anos que morreram por TB no estado de Veracruz, México em 1993, tendo identificado uma proporção maior de homens (1,6:1 homem-mulher). Álvarez (2001) realizou um estudo sobre “a busca de assistência à TB em Chiapas, México”, onde também encontrou maior proporção de homens (56%) quando comparados com as mulheres (44%). No seu estudo sobre aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José de Rio Preto-SP, Gazetta (1999) encontrou uma maior proporção de homens (72%) na população estudada.

Estado Civil

Encontrou-se uma maior proporção de pessoas casadas (53%), 25% de solteiros e 11% sem informação. Dados semelhantes foram encontrados por Bustamante (1996), que apresentou uma proporção maior de casados ou pessoas que tinham parceiros em 300 casos estudados. Esta informação possivelmente esteja relacionada com a idade produtiva da população afetada pela doença.

Idade

Os dados mais importantes mostram uma média de 39 anos, resultado que também foi encontrada por García (1998), com uma média de 39,3. Este valor foi diferente dos dados encontrados por Bustamante (1996), que apresentou uma média de 47, com 40% entre 30 e 50 anos, 9% acima de 60 anos e, em geral, 95% da população acima dos 15 anos. Este último resultado é semelhante com o estudo realizado por Sasaki (2003) em 188 pacientes, dos quais 89% eram maiores de 20

anos.

Outros estudos similares, com uma média de idade um pouco maior ao observado no estudo, foram realizados por Alvarez, cuja média observada foi de 42.4 anos. As idades variaram entre 13 e 75 anos. Sánchez (1997) apresentou uma média de 45 anos. Pode-se observar que, nos estudos citados, independentemente das médias das idades, todos mencionam que a idade dos pacientes corresponde à fase produtiva.

Escolaridade

Encontrou-se um quinto da população com ensino médio completo, 35% com ensino básico completo e incompleto, 12% sem escolaridade e 4% com ensino superior. Somando-se os níveis de baixa escolaridade (nula, ensino básico incompleto e completo), quase metade da população foi classificada neste nível. Porém, os dados de Bustamante (1996) foram mais dramáticos, por tratar-se de um estado da república mexicana com um forte componente rural (Veracruz é catalogado pela CONAPO com um índice de marginalização muito alto), onde 32% não sabiam ler nem escrever, um pouco mais da metade freqüentou a escola e 92% tinham ensino básico ou menos. Uma situação ainda mais grave apresentou-se no estudo de Sánchez (1997), onde 42% da população era analfabeta (estudo realizado no estado de Chiapas, que tem uma população com grandes problemas sociais e é catalogado com um índice de marginalização muito alto).

Ao procurar equivalências entre a formação escolar do Brasil com relação ao México, foram encontrados os seguintes resultados no estudo de Sassaki (2003): igual proporção de população sem escolaridade (12%), quase a mesma proporção

com ensino superior (5%), 19% corresponderia ao ensino básico, 44% corresponderia ao ensino fundamental (porcentagem maior que no México), 11% correspondente ao ensino médio, e 9% sem registro do dado; porém, ao obter as proporções da população com baixa escolaridade, encontramos um terço da população, contra 50% no estudo. Cabe mencionar que o estudo de Sassaki foi realizado em Ribeirão Preto - Brasil, uma cidade com população menor (527.634 hab. em Ribeirão Preto, 2004) do que em Tlalnepantla (718.901 hab. em 2002).

Diante do exposto, podemos observar como a tuberculose continua afetando os grupos sociais menos favorecidos, estudados neste caso através da variável educação. Este aspecto importante está vinculado a conhecimentos sobre a doença, educação para a saúde e sobre auto-cuidado.

Ocupação

Observou-se que a maioria dos estudos utilizou diferentes categorias para análise, motivo pelo qual não foi possível realizar uma comparação mais completa. Apesar disso, é possível fazer alguns comentários a respeito. Os resultados do presente estudo mostraram que 40% das mulheres realizavam somente atividades domésticas, 15% dos participantes eram desempregados, 2.6% pedreiros, 5% comerciantes, 5% agricultores, 5% estudantes, 4% empregados, 3% sem informações e 17% outras atividades.

Bustamante (1996) encontrou que menos da metade da população estudada tinha trabalho remunerado. Observou uma alta porcentagem de desemprego (31%). 15% dedicavam-se somente às atividades domésticas. Comparando estes resultados com o estudo, identificou-se que a proporção de

desemprego foi maior no estudo, mas menor com relação às mulheres do lar.

Utilizando uma classificação por níveis sócio-econômicos baixo, médio e alto, García (1998) encontrou que, dos 288 casos estudados, 54% tinham nível médio (empregados, funcionários, do lar e estudantes), 25% alto (profissionais, gerentes e donos de comércio) e 21% baixo (pedreiros, agricultores, desempregados e população carcerária), segundo uma escala proposta pelo INEGI. Adotando-se a mesma escala, os resultados para o presente estudo foram muito semelhantes, revelando os níveis médio e baixo como os mais afetados.

Alguns dados do presente estudo são semelhantes e outros muito diferentes dos encontrados por Sasaki (2003), já que a classificação utilizada pela autora também é diferente: 2,2% de profissionais, 8% de técnicos e pedreiros, 42% trabalhadores manuais, 2,2% têm renda própria, 9% de aposentados, 8% do lar 8%, 3,7% estudantes, 19%, desempregados e 6% sem informação.

Algumas categorias utilizadas em ambos os trabalhos são semelhantes, por exemplo 5% de estudantes em Tlalnepantla contra 3,7% em Ribeirão Preto. O desemprego também foi semelhante, com 15% versus 19%. A porcentagem de trabalhadores manuais é muito alta em Tlalnepantla, mas não foram categorizados dessa forma no presente estudo. O mesmo ocorreu com as pessoas que tem renda própria em Ribeirão Preto. As porcentagens foram muito diferentes em ambas as cidades quando comparadas com a proporção de mulheres do lar (40% versus 8%; percebe-se que as mulheres em Ribeirão Preto são empregadas em trabalhos remunerados fora do lar. Esta situação pode ser devido ao caráter cosmopolita desta cidade).

Observa-se que a proporção de mulheres dedicadas às atividades do lar no presente estudo foi mais alta quando comparada com outros estudos. Encontrou-

se também um número maior de trabalhadores rurais. Esta situação provavelmente se deu em função da necessidade destas pessoas virem para a cidade em busca de diagnóstico e tratamento da doença. Este resultado foi diferente no estudo realizado por Sasaki (2003), uma vez que a população estudada foi urbana.

Os pacientes com TB caracterizaram-se como uma população economicamente debilitada e dedicada em sua maioria a atividades braçais que geralmente não necessitam de educação formal. O estudo de Sánchez (1997), que engloba os aspectos sócio-econômicos como um todo, relata que a população estudada mostrou altos índices de pobreza.

Bustamante (1996) menciona que os pacientes que morreram de TB pertenceram a grupos sociais menos favorecidos (analfabetos e de baixa escolaridade). A maioria deles eram chefes de famílias e estavam na idade reprodutiva.

População com serviço telefônico

Encontrou-se 21% da população com telefone no domicílio. Este resultado é considerado como baixo, uma vez que o estado de México apresenta reduzido grau de marginalização (CONAPO, 1999-2000), além de ser limítrofe da CD. do México. Quando comparado este resultado como o estudo de Bustamante (1996), ainda aparece como baixo, uma vez que o referido autor encontrou 77%, da população com telefone, apesar do estudo ter sido realizado no estado de Veracruz, identificado com um grau de marginalização muito alto (CONAPO, 1999-2000).

Aspectos relacionados com o diagnóstico da tuberculose

Local onde foi realizado o diagnóstico

Os resultados mostraram que o 3% da população foi diagnosticada na comunidade, 32% na consulta de serviços de saúde, 57% foram referidos por unidades dos níveis secundário e terciário de atenção, dos quais 72% correspondiam ao terceiro nível. Cabe mencionar que 8% da população não tinham informação sobre a variável em referência.

Destaca-se que, embora a detecção e o diagnóstico da TB é uma atividade que deve ser realizada no nível primário de atenção, ainda é realizado predominantemente nas unidades de saúde com maior nível de complexidade. Esta situação foi amplamente discutida no capítulo dos resultados.

Embora o presente estudo não buscou conhecer a causa dos pacientes comparecerem ao nível terciário de assistência para o diagnóstico da doença, considera-se de fundamental importância realizar estudos que permitam uma melhor compreensão deste fenômeno.

O estudo realizado por Sánchez (1997) procurou saber porque o paciente procurou atendimento em unidades de nível secundário de atenção (hospital); 10% mencionaram ter sido encaminhados pela unidade básica, 13,5% devido à proximidade do hospital do domicílio do paciente, 43% por falta de credibilidade da atenção, 9% por falta de médicos, 7% por falta de equipamento e medicamento e 5% devido ao maltrato pelo pessoal de saúde (SÁNCHEZ, 1997). Pelo menos 76,5% não compareceram na consulta conforme esperado no nível primário de atenção. Os motivos da consulta foram problemas respiratórios (52%), outras causas

(18%) e ambos os casos (30%).

Pelo menos 76,5% não colaboraram na consulta como era de esperar-se no nível primário de atendimento.

Quanto aos antecedentes do uso de serviços de saúde, 16% comparecia pela primeira vez ao hospital, mas 84% do total tinham recebido uma ou mais consultas no nível primário de atenção. O tempo médio transcorrido entre o início da tosse e a primeira consulta foi de um mês. Do total de pacientes, 71% procuraram atendimento após terem apresentado tosse por 15 dias, 62% manifestaram que a causa foi devido a não considerar necessária a avaliação médica pela presença de tosse, 29% por falta de dinheiro e 5% por falta de médicos próximos do domicílio (SÁNCHEZ, 1997).

Dos 44 pacientes que resultaram positivos a TB pulmonar no processo, 14% não compareceram ao nível primário de atenção, o que significa que a perda inicial de casos em nível de atenção básica foi de 14%. Dos pacientes que compareceram a unidades básicas, somente 32% foram diagnosticados clinicamente, dos quais apenas 5% foram tanto por diagnóstico médico como de laboratório. Esta situação reflete a presença de problemas nos métodos diagnósticos de TB pulmonar no nível primário de atenção. Dos 176 pacientes que tinham recebido pelo menos uma consulta por motivo de tosse no nível primário, foi solicitado baciloscopia apenas para 49%, dos quais 89 (28%) foram positivos para TB pulmonar (SÁNCHEZ, 1997).

Os resultados evidenciam o sub-diagnóstico de TB pulmonar nos serviços de saúde, principalmente no nível primário de atenção, além da inadequada comunicação do diagnóstico, falta de seguimento dos pacientes e uma notável deficiência na coleta de dados nos prontuários médicos. Os parâmetros de

qualidade obtidos nas baciloscopias efetuadas no hospital indicaram que o sub-registro de casos não é um problema de laboratório e sim uma atitude dos médicos diante dos pacientes com tosse por mais de 15 dias de duração. O problema do sub-diagnóstico de casos de TB pulmonar parece ampliar-se (SÁNCHEZ, 1997) quando combinado com os pacientes não detectados por falta de sensibilidade das baciloscopias (aproximadamente 30% dos casos) e a falta de acesso aos serviços de saúde nos grupos sócio-econômicos menos favorecidos .

Métodos utilizados para o diagnóstico da tuberculose

Os resultados mostraram que 46% usou baciloscopia, 10% cultivo, 19% raio-X, 8% biópsia, 8% BAAR em urina, 5% PCR, e 5% em outros.

Cabe ressaltar que estas proporções não correspondem à forma de localização da doença, uma vez que 65% foi para a forma pulmonar e 35% para a extra-pulmonar, dos quais 25% correspondeu à TB de vias urinárias. A NOM do PPCT assinala que, em caso de suspeitar de tuberculose renal ou de localização extra-pulmonar, o método indicado é o cultivo. Sendo assim, os valores para este tipo de estudo deveriam ser superiores aos 10% encontrados (NOM-006, 1993).

O dado da localização da TB pulmonar foi baixo (65%) quando comparado com o dado obtido em nível nacional (84%) (SSA, 2001). No seu estudo sobre Eficácia e eficiência do tratamento antituberculoso, Garcia (1998) encontrou 76% de casos TB pulmonar. O resultado foi maior ainda (89%) no estudo realizado por Sassaki (2003).

No entanto, as formas extra-pulmonares de TB no estudo foram altas

(35%) quando comparadas com o nível nacional (16%) (SSA, 2001). Foram encontrados 14% de casos de TB extrapulmonares no estudo de Garcia (1998) e 11% no estudo de Sassaki (2003).

Cabe mencionar que, do total de casos de TB por todas as formas, 46 foram diagnosticadas através de baciloscopia, sendo este valor baixo em comparação com os resultados obtidos por García (1998) e Álvarez (2004), que foram 80% e 73%, respectivamente.

O PBN (SSA, 2001) declara que, na confirmação de casos em nível nacional, utilizou-se algum método diagnóstico em 85% das ocasiões. No entanto, o presente estudo encontrou que 65% utilizaram somente um método, 28% dois métodos, 5% três ou mais e 2% não informaram.

Deve-se ressaltar que, do total de casos em nível nacional, 85% foram confirmados por algum método de diagnóstico (baciloscopia, cultivo ou histopatologia). Este dado está de acordo com a porcentagem de tuberculose pulmonar encontrada para o país, que corresponde a 84% (SSA, 2001).

Em virtude do resultado obtido na detecção de casos de TB extrapulmonares, considera-se pertinente propor hipóteses explicativas, que foram contempladas nos resultados do estudo.

Aspectos relacionados com o tratamento da tuberculose

Encontrou-se 80% de casos novos, 8% de recaídas, 4% de reingresso e 8% sem informação. O número de casos novos foi menor quando comparado com o resultado encontrado por García (1998), de 90%.

O número de retratamentos foi baixo (5%) em relação aos resultados obtidos por Sasaki (2003), de 11% .

Esquema de tratamento

Encontrou-se 70% de casos que foram tratados através do Esquema I, porcentagem baixa quando comparado com os 95% encontrado por Sasaki (2003). Além disso, foram encontrados 12% de tratamento com esquema reforçado e 12% sem informação.

Regularidade no tratamento

Observou-se falta de informação com relação à regularidade do tratamento em 85%. Somente 8% foram registrados como regulares e 7% como irregulares. Cabe ressaltar a necessidade de avaliar a forma como os profissionais de saúde definem a regularidade ou não do paciente no tratamento, uma vez que foi observado que a data de término do tratamento e alta do paciente apresentou notável sub-registro. Nesse sentido, poder-se-ia inferir também irregularidade na forma de cumprir a terapêutica medicamentosa. No seu estudo, Bustamante (1996) encontrou 67% de regularidade no tratamento.

Motivo de alta do tratamento

Identificou-se falta de registro do motivo em 63% dos casos, e somente 37% registraram como motivo de alta a cura do paciente, dado muito baixo quando comparado com o estudo de Sasaki (2003), onde a cura foi registrada para 75% da

população.

Em uma classificação um pouco diferente, García (1998) também encontrou uma porcentagem de cura de 32%, 26% provável cura e 20% sem resultado. O baixo nível de cura encontrado (71%) é explicado pela frequência de recaídas, fracassos e disfunções durante o tratamento de TB.

Tipos de tratamento: TAES versus Auto-administrado

Com relação ao tipo de tratamento administrado como forma de controle e cura da tuberculose, a literatura traz vários métodos ou estratégias implementadas. Porém, a mais recomendada atualmente pelos órgãos internacionais é a DOTS/TAES, estratégia que na prática cotidiana mostra resultados benéficos, embora não tenha sido suficientemente validada pelos pesquisadores da área. Assim, alguns manifestam-se a favor da forma de administrar o tratamento através do TAES, enquanto outros declaram que é melhor combinar várias estratégias conjuntas com o DOTS/TAES. Porém, alguns colocam em discussão a efetividade da estratégia, uma vez que é considerada como vertical impositiva com pouca ou nenhuma participação do paciente.

Neste estudo, o tipo de tratamento foi distribuído da seguinte forma: 78% para o supervisionado (TAES), 5% para o auto-administrado e 16% sem informação. Dados coletados através de entrevistas com pessoas que atuam no programa e as informações obtidas neste estudo mostraram que o TAES não tinha sido totalmente implantado. Apesar dos resultados obtidos, os 78% do TAES nos registros foram de acordo com os dados atribuídos ao México em 2001 (79%). Nas Américas, o êxito para as áreas com TAES tinha alcançado 79%, contra 69% nas áreas sem a

estratégia (OMS, 1999).

García (1998) mostrou que 85% do total de tratamentos de TB foram supervisionados. No entanto, a eficácia do mesmo foi de 71% e a eficiência (pacientes curados) de 58%, índice abaixo do recomendado pela OMS, que foi de 85%.

Álvarez (1998) relata que a diferença na eficácia variou de 9% a 20,4% quando comparou o tratamento auto-administrado e o TAES, respectivamente. O autor declara que o TAES somente pode realizar-se quando existe uma adequada comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde. Além disso, deve-se dispor de assessoria e capacitação do pessoal operacional, além de recursos suficientes.

No estado de Chiapas, no período de 1989 a 1996, mais de 95% dos casos novos diagnosticados iniciaram tratamento, mas somente 73,2% terminaram. A eficiência do tratamento nas três regiões do estado de Chiapas (Centro, Altos e Fronteira) foi de 68,6, 72,1 e 69,7% respectivamente (ÁLVAREZ, 2001).

Álvarez (2001) comenta a maior eficácia do tratamento contra a TB através da supervisão diária e a combinação de duas ou mais estratégias (incentivos financeiros, educação, hospitalização, entre outras), e também os melhores resultados alcançados somente com o DOTS/TAES, ainda que seja necessário levar em conta as condições de cada país. Assim, a autora menciona a aplicação da estratégia TAES em pequenas áreas da jurisdição em 1996, alcançando uma eficácia de 98% e uma eficiência de 88%. Porém, não pôde ser expandida para todo o estado. Inclusive existem áreas nas quais não foram seguidas as recomendações da OMS. Segundo os dados do primeiro semestre de 1998, a eficiência nas áreas consideradas de aplicação do TAES, mas onde na realidade já não se aplica, foi de 57,2%, contra 69,1% nas áreas de tratamento auto-administrado (ÁLVAREZ, 2001).

No estudo de Sasaki (2003), foi encontrada uma alta porcentagem de tratamento auto-administrado (74%).

O estudo realizado por Zwarenstein (1998) para avaliar a efetividade do TAES contra o tratamento auto-administrado relata que a efetividade da estratégia não foi comparada através de estudos com grupos controle e distribuição aleatória dos sujeitos. Assim, não foram observadas diferenças significativas entre os tratamentos supervisionado e auto-administrado. Embora recomenda-se a observação direta da ingestão de medicamentos, esta pode ser considerada como autoritária e manipuladora pelo paciente e, assim, pode influenciar na relação com o paciente e sua auto-estima. Se for o caso, estes resultados seriam contrários às ações de saúde que buscam como um de seus objetivos promover a otimização dos recursos e o auto-cuidado dos indivíduos. Talvez seja melhor dar suporte ao paciente no cumprimento do tratamento sem uma vigilância estrita do mesmo.

No estudo de Álvarez (2004), durante a análise das entrevistas e oficinas de educação em um planejamento de capacitação para o pessoal que atua no PPCT, encontrou-se a participação dos pacientes em reuniões de auto-ajuda por meio de bases teóricas e práticas para o diagnóstico e o tratamento da TB. Entre os temas abordados, pode-se mencionar os aspectos sociais, culturais e econômicos da TB. Também encontrou-se que os médicos da região enfocavam nas suas atividades a medicina curativa, mais do que a medicina preventiva. Esta situação pode ser parcialmente explicada pela pressão administrativa, em que devem ser realizadas até 30 consultas por dia, com preenchimento dos formulários de diagnóstico e notificação. A visão institucional transfere a um segundo plano o contexto cultural, social e afetivo em que se envolvem os pacientes. Os pesquisadores observaram uma atitude colaboradora e de compreensão da utilidade

de se participar nos grupos de auto-ajuda. Foi comprovada a necessidade dos programas de prevenção e controle de doenças como a TB considerarem os interesses e a participação dos doentes para alcançar melhores resultados no tratamento.

No mesmo estudo, o cumprimento do tratamento foi maior no grupo que recebeu a intervenção (97,7%), contra 81,4% no grupo controle. Este estudo foi realizado com o propósito de avaliar outras estratégias que abrangem tanto os doentes como os serviços de saúde com vistas a modificações comportamentais, já que isto pode ter um impacto maior em longo prazo.

Demora entre a data do diagnóstico e o início do tratamento

Um aspecto relevante no estudo foi o tempo transcorrido entre a data em que se efetuou o diagnóstico e o início do tratamento. Da população estudada, 28% iniciou o tratamento com uma variação de 31 a 365 dias após o recebimento do diagnóstico definitivo, dados estes diretamente relacionados com a demora dos pacientes para comparecer oportunamente aos serviços de saúde. Também considera-se importante destacar casos com início do tratamento antes do diagnóstico confirmatório (8%).

Álvarez (2001) relata que, em pacientes estudados no estado de Chiapas, México, houve um atraso no diagnóstico, com variação de três meses a três anos (média de um ano), o que geralmente é atribuído a um “descuido” por parte dos pacientes e à não percepção da necessidade de serem atendidos pelos serviços de saúde, optando primeiramente pelo atendimento de “curandeiros” e “yerberos” (medicina tradicional). Uma situação semelhante acontece com os profissionais

médicos ao não associar a TB como possível diagnóstico e prescrever tratamento para outras doenças que a TB.

Ressalta-se que, na população do estudo, não houve nenhum paciente sob a estratégia TAES. Muitos pacientes não manifestaram interesse em procurar o atendimento dos centros de saúde. Observou-se como principal razão da falta do interesse pela procura de centros de saúde as dificuldades do atendimento nesses serviços, referidas por familiares, trabalhadores de saúde e/ou amigos. Conseqüentemente, a medicina privada foi escolhida pelos pacientes como a primeira opção de atendimento.

Destacou-se como principal motivo da ausência e do não cumprimento do tratamento médico por parte dos pacientes suas necessidades de continuar trabalhando. Entre os pacientes mais afetados pela doença, encontraram-se membros da família que representavam a única fonte de renda para o sustento familiar, sendo essa (continuar trabalhando) a principal justificativa para a ausência do paciente nas consultas dos serviços de saúde, uma vez que a renda familiar dependia da quantidade de dias/horas trabalhadas. Assim, por exemplo, trabalhadores rurais, pedreiros, motoristas, donas de casa e mães solteiras foram as ocupações que apareceram com maior freqüência entre os pacientes com dificuldade de continuar o tratamento.

Num estudo do tipo caso controle, intitulado “Fatores de risco para resistência de drogas antituberculose em Chiapas, México”, onde participaram pacientes diagnosticados com TB pulmonar durante o ano de 1992, Álvarez (1995) observou um atraso importante entre o tempo referido pelos pacientes desde o início da doença e o tempo em que conheceram o diagnóstico de TB. Embora os indivíduos estudados foram notificados em 1991 e 1992, nove pacientes resistentes

(69,2%) e 21 controles (26%) relataram a doença por mais de três anos.

Galiano (2003) indica que, segundo a evolução do tratamento de TB no Chile, uma das principais causas do não cumprimento do tratamento é o falecimento dos pacientes, devido a (entre outras razões) a demora do diagnóstico, que impede o início de um tratamento adequado e oportuno. O autor ressalta que uma das causas de morte dos pacientes seria a demora do diagnóstico, que conseqüentemente impede o início de um tratamento oportuno. A demora do diagnóstico estaria relacionada com o tempo transcorrido entre o aparecimento dos sintomas, a primeira consulta e o diagnóstico definitivo. Soma-se a isso o tempo transcorrido entre o diagnóstico da doença e o início do tratamento (Galiano, 2003).

Abandono do tratamento

Observou-se 9% de abandono do tratamento, valor que supera o esperado (5%) de acordo com o PBN (SSA, 2001). Vale ressaltar que, embora a taxa de abandono ainda seja elevada, houve redução neste indicador nos últimos anos após a implantação do TAES.

O estudo realizado por Álvarez (1998) sobre TAES para TB mostrou que o abandono do tratamento foi de 18% para tratamento auto-administrado, 15,7% para supervisão intermitente e 6,5% para TAES. Bustamante (1996) encontrou que mais da metade da população estudada tinha abandonado o tratamento pelo menos uma vez. No estudo realizado por Sassaki (2003), observou-se que os pacientes tinham abandonado o tratamento duas vezes ou mais. Vale destacar que a autora mencionou ter encontrado uma taxa de abandono de apenas 4%.

Meza (1999) relata 25% de abandono do tratamento em Chiapas (México)

no ano de 1994. A idade dos pacientes variou entre 20 a 40 anos, com predomínio do sexo masculino, do estado civil “convívio” (62%), ensino básico incompleto (58,3%) e trabalho rural como aspectos que causaram o maior abandono do tratamento (34,4%). Observou-se que, entre os pacientes que abandonaram o tratamento, 73% tinham renda menor ou igual a um salário mínimo e 27% maior que um salário mínimo, 51,4% moravam em casas alugadas ou emprestadas, 45,9% consumavam bebidas alcoólicas, 19% eram fumantes e 70,7% tiveram mais de um ano de evolução da doença. O conglomerado de pessoas no domicílio foi elevado (81%) e o abastecimento incompleto dos medicamentos foi de 40,5%. Quanto à distância entre o local de moradia e a UBS, não foram encontradas diferenças no número de casos de abandono do tratamento. A falta de informação sobre a utilidade dos serviços e o conhecimento sobre a doença e suas consequências indicam que os trabalhadores de saúde responsáveis pelo manejo e controle dos casos não estariam executando as ações estabelecidas pelo programa, o que conseqüentemente estaria deteriorando a qualidade da atenção médica (MEZA, 1999).

Motivos de abandono do tratamento

Foram encontrados como motivo de abandono do tratamento: melhora dos sinais e sintomas (33%) e efeitos secundários dos medicamentos (33%). Faltou o registro do motivo de abandono em 34% dos casos. No estudo realizado por Bustamante (1996), foram encontrados como motivo de abandono do tratamento: não gostar de ir até o centro de saúde (33%), medo das pessoas conhecerem sua condição de doente (37%) e medo de ser visto recebendo o medicamento (19%).

García (1988) relata 18% de abandono do tratamento, de tratamentos subseqüentes (28%) e nível socioeconômico baixo (47%) como os principais fatores associados com o abandono do tratamento.

A OMS (1999) declara que o abandono e a adesão ao tratamento são fatores diretamente relacionados com a diminuição e o controle da TB. A adesão do paciente ao tratamento estaria relacionada com a identificação do paciente com os trabalhadores de saúde que administram o tratamento. Entre outros fatores que propiciam a adesão do paciente ao tratamento encontram-se: tratamento grátis, ótima relação entre os trabalhadores do centro de saúde e o paciente, qualidade do atendimento, acessibilidade dos serviços para o tratamento, tranqüilidade e sigilo sobre o cuidado e tratamento por parte dos trabalhadores responsáveis do centro de saúde e flexibilidade nos horários do centro de saúde com relação aos horários do paciente. Cabe ressaltar que entre os países da América Latina com maior taxa de abandono do tratamento encontra-se Nicarágua, com 9,4% (OMS, 1999).

Já no estudo realizado por Álvarez (2001), os motivos de abandono de tratamento foram: a falta de recursos no serviço, efeitos colaterais como gastrite e tonturas, via de administração do medicamento e falta de comunicação entre o médico e o paciente. Em 2004, a mesma autora encontrou que o deficiente relacionamento entre o médico e paciente e o estigma da doença também seriam motivos de abandono do tratamento ou dos pacientes procurarem assistência médica em um centro de saúde mais afastado.

Em um estudo realizado no Chile, Galiano (2003) encontrou um abandono de 13,51% (570 pacientes) e, como causas relacionadas, a má atenção ao paciente, falta de informações sobre a doença, tratamento e cura, longas esperas, horários inadequados para o paciente, problemas administrativos e burocráticos, entre outras.

As causas de abandono do tratamento encontradas por Galiano (2003) foram: sentir-se bem, consumo de álcool, intolerância aos medicamentos, entre outros. A idade dos pacientes que abandonam o tratamento varia 12 a 76 anos. Os pacientes que não contam com o atendimento com seguro social apresentam um risco três vezes maior de abandono do tratamento. As pessoas com escolaridade baixa apresenta 1,69 vezes mais risco de abandono que os com ensino superior. As variáveis com valores estatisticamente significantes de associação foram: morar sozinho e não ter moradia. A variável mais associada com o abandono do tratamento seria os antecedentes de abandonos de tratamento (61%). Existem certas condições que agravam o perfil das pessoas que abandonam o tratamento, como: homens, solteiros, sem trabalho estável e alcoolismo.

Galiano (2003) relata que, entre as patologias associadas como o alcoolismo, 29,8% abandonam o tratamento e, entre os consumidores de drogas, o abandono corresponde a 60%. Já o perfil do paciente que abandona o tratamento corresponde a um indivíduo sem previsão social, consumidor de bebidas alcoólicas e/ou de drogas, com antecedentes de abandono do tratamento e que mora sozinho. Isto representa uma chance de 95,1% de abandonar o tratamento (GALIANO, 2003).

Morte por tratamento de tuberculose

Foram encontrados três óbitos (9%) no decorrer do tratamento dos pacientes com TB. As causas foram: uma associada à TB (Hepatopatia por Etambutol), uma não associada com TB (Pneumonia e Choque Séptico) e um terceiro caso de causa desconhecida.

Com relação aos óbitos de pacientes com TB, Bustamante (1996) encontrou que 90% dos familiares de pacientes reconheceram a TB como a causa de morte dos seus familiares. Sassaki (2003) encontrou 5 óbitos (3,5%), cuja causa básica de morte não foi a TB e Álvarez (2004) encontrou 6,3% de óbitos cuja causa de morte foi a TB.

Entre os países da América, Honduras é o país com a maior proporção de óbitos que têm como causa básica de morte a TB (7%) (OMS, 1999).

Doenças associadas à tuberculose

Do total de casos no presente estudo, encontraram-se registros de doenças associadas à TB em 45% dos prontuários. Ressalta-se que alguns dos pacientes apresentaram mais de um problema de saúde, razão pela qual foi identificado um total de 52 problemas, distribuídos da seguinte forma: 10% desnutrição; 10% anemia; 8% *diabetes mellitus*; 6% HIV/AIDS, 4% obesidade e 38% outras. Bustamante (1996) encontrou uma alta proporção de casos com índice elevado de consumo de bebidas alcoólicas. 46% da amostra tinham alguma outra doença, encontrando-se com maior frequência a desnutrição, diabetes e cirroses hepáticas. O mesmo autor relata que os pacientes com doenças associadas à TB precisam de maior cuidado.

Sassaki (2003) encontrou uma associação entre a TB e o HIV de 16,4% e a TB com o alcoolismo 15%. Em um estudo que teve como objetivo conhecer a associação entre HIV e TB, García (1995) encontrou 8,3% de co-infecção, encontrando também que a tuberculose era a terceira infecção apresentada pelos pacientes no momento da notificação de infecção pela AIDS.

Multiresistência às drogas

Não foram encontraram registros nos prontuários de casos de multiresistência. Porém, existem evidências da existência de casos: registros de abandono de tratamento.

Álvarez (2004) encontrou 1,6% de casos de multiresistência no grupo de intervenção.

Alternativas para a melhora do PPCT

Propõe-se as seguintes alternativas:

- Desenvolver uma campanha de conscientização e capacitação dos trabalhadores da saúde com relação à tuberculose pulmonar, especialmente no nível primário de atendimento à saúde, destinada a melhorar a qualidade da atenção (atitude dos médicos para com os pacientes, envio de baciloscopias, registro de dados clínicos nos prontuários, seguimentos, comunicação e acessibilidade dos serviços pelos grupos mais vulneráveis), desenvolver um programa de avaliação permanente da qualidade do atendimento, além de desenvolver uma campanha de educação para a saúde dirigida à população em geral (OMS, 2004).
- Embora a estratégia DOTS continuará sendo parte essencial da política de luta contra a tuberculose, é necessário um esforço maior nas atuais intervenções do programa e na proposta de novas intervenções que visem reduzir o número de casos de tuberculose nos países mais

afetados pelo HIV/AIDS (OMS, 2004).

- A informação, educação e comunicação (IEC) são estratégias contra a tuberculose, que facilitam o Programa Nacional de Saúde e proporcionam à população: 1. ter acesso à informação. 2. conhecer e vir a conhecer suas experiências (pacientes); e 3. envolver os pacientes nos distintos processos de tomada de decisões. As ações do IEC sustentam-se na mobilização social, informática pública, comunicação educativa e na orientação (OMS, 1999).
- A estratégia DOTS e suas variações devem ser desenvolvidas e melhoradas a partir da observação de melhores práticas em saúde, da diversidade da literatura, da análise dos resultados do programa da tuberculose nos últimos 30 anos e no que diz respeito às situações culturais (DALMO, 2000).
- Desenhar um programa de treinamento contínuo para capacitar os trabalhadores de saúde e os serviços gerais.
- Garantir o tratamento completo e gratuito dos pacientes.
- Executar um plano de supervisão regular de estratégias nos níveis regional e local.
- A pesquisa operacional deverá ser um componente integral da execução da estratégia DOTS/TAES, orientada para a identificação dos problemas operacionais e o descobrimento de soluções práticas e acessíveis para a realidade local (OPS, 2004).
- O PPCT deve propor estratégias criativas que melhorem a adesão ao tratamento dos pacientes de nível sócio-econômico baixo, tendo em vista que o seguimento estrito da norma não será suficiente (NOM),

pois essa recomenda que o tratamento se administre nas instituições de saúde, que sejam os trabalhadores de saúde que supervisionem a administração dos medicamentos e que essa não considere os fatores econômicos (transporte e perda de dias de trabalho). Na verdade, acaba sendo mais cômodo para os trabalhadores de saúde que para o próprio paciente (ÁLVAREZ, 2002).

Os resultados obtidos no presente estudo a partir da revisão de prontuários médicos e das entrevistas realizadas com pessoas diretamente envolvidas com o PPCT foram de acordo com os objetivos propostos.

Com relação à avaliação da informação dos prontuários médicos dos casos notificados de tuberculose na jurisdição, foram encontrados falta de organização interna da informação, problemas de legibilidade, sub-registros importantes e a falta de informação de dados gerais (história clínica) e específicos do programa. A falha nos registros foi de toda a equipe de saúde envolvida no programa. Esse ponto evidencia a falta no cumprimento das Normas Oficiais Mexicanas que regulam o funcionamento do PPCT, e também que a falta de informação e sub-registro resulta na falta de veracidade dos sistemas de informação nos níveis local e nacional e de confiabilidade dos resultados de pesquisas em saúde.

Quanto à situação epidemiológica da tuberculose na jurisdição, observou-se que a proporção de tuberculose extrapulmonar (principalmente das vias urinárias), comparada com a tuberculose pulmonar, extrapola os índices geralmente aceitos, provavelmente devido à maior parte dos casos serem detectados no nível terciário de atendimento, onde se conta com recursos humanos, materiais e tecnológicos altamente especializados para seu diagnóstico. Esta situação não foi observada nos baixos índices de HIV encontrados, o que poderia indicar uma sub-notificação de casos de tuberculose associados com HIV.

Com relação à situação operacional do PPCT, conclui-se que existem problemas de comunicação entre os níveis de assistência envolvidos no programa, falta de coordenação entre os diferentes sistemas de saúde (seguro social, assistência social e medicina privada), problemas no sistema de referência e falta do cumprimento das funções estabelecidas com relação à responsabilidade de cada nível dentro do programa.

Observa-se uma reprodução do modelo biomédico no PPCT, observado diretamente na centralização de programas, principalmente no nível terciário de atendimento.

A tuberculose continua sendo uma doença estigmatizante, tanto para o paciente quanto para os trabalhadores de saúde, identificando-o com a idéia de que a cura da doença será possível somente nas unidades altamente especializadas e com o temor dos trabalhadores de serem contagiados.

O PPCT sustenta-se nas normas da APS, o que não corresponde à sua parte operacional. Existe verticalidade e, às vezes, imposição do programa nos locais onde não existe participação ativa dos pacientes, além de uma falta de pressão política dos grupos afetados, situação manifestada na prerrogativa da solução dos problema do sistema de saúde sobre as necessidades físicas, psicológicas, sociológicas e econômicas dos pacientes afetados pela tuberculose.

Também foram encontrados problemas econômicos e de transporte por parte dos serviços de saúde para realizar a supervisão, além dos pontos de vista diferentes entre quem realiza a supervisão e quem é supervisionado.

Identificaram-se carências temporais de insumos para o funcionamento do PPCT, além de uma lentidão no processo de análise das baciloscopias nos laboratórios das UBS (obtenção da amostra até entrega dos resultados). Foi

observada confusão no entendimento dos termos DOTS e TAES, o que origina a falta de clareza na operacionalização do programa. Além, disso, permanece a dúvida na administração dos medicamentos, isto é, se foi tratamento supervisionado ou auto-administrado.

Com relação ao sistema de vigilância epidemiológica, conclui-se que há falta na detecção de casos de tuberculose nas UBS, tanto nos trabalhadores das comunidades quanto dos serviços particulares. Evidenciou-se um grande déficit na detecção de casos na população não protegida pelo sistema de seguro social. Além disso, detectou-se um grande déficit na detecção de casos em função da população não protegida pelo sistema de seguro social. Percebeu-se também a falta de confiança nos resultados laboratoriais das UBS por parte das pessoas que trabalham no PPCT.

Houve associação estatística entre o número de casos detectados de TB por UBS e a existência de laboratório em cada uma das Unidades, o que quer dizer que houve maior número de casos detectados nas Unidades onde existe laboratório. Não sendo assim, a associação entre a distância, as UBS, a jurisdição e o número de casos detectados significa que o fato de estar próximo ou distante da Ua da jurisdição não afeta o número de casos detectados.

Com relação à descrição dos casos detectados durante o período de estudo, nos leva a concluir que a população estudada corresponde a um perfil de pessoas de baixo nível sócio-econômico e educacional, com alta proporção de mulheres do lar, a maioria originários do estado de México e do DF, com baixa presença de pacientes que saíram de seus lugares de origem para irem viver com algum familiar na zona de estudo, enquanto encontravam um lugar para o tratamento adequado de sua doença. A maior parte da população afetada estava em

grupos de idade produtiva.

Encontrou-se na maioria tratamentos iniciais, primários, administrados por TAES (aparentemente). No entanto, uma grande proporção de casos iniciaram o tratamento um certo tempo depois da data do diagnóstico da doença, ao mesmo tempo em que se encontraram casos que iniciaram o tratamento sem ter o diagnóstico da tuberculose confirmado.

O estudo do “Programa de Prevenção e Controle da Tuberculose” é uma temática complexa, que envolve uma diversidade de variáveis, entre as quais encontram-se as políticas de saúde, a organização dos serviços, a relação entre os distintos níveis de atenção envolvidos, a infra-estrutura, os recursos humanos, financeiros, os sistemas de informação, os organismos internacionais, os aspectos relacionados aos próprios pacientes e seus familiares, entre outros. Todos são fatores importantes, mas com diferentes participações e importâncias dentro do programa, sendo que todos esses fatores interagem obtendo resultados com suas funções, interagem para dar resultados para uma situação que de alguma forma foi resultado do presente trabalho. Mas qual é a contribuição de cada um dos elementos enunciados? E quais deles têm maior peso?

Estas perguntas, assim como outras, aparentemente podem depreender-se a partir do presente trabalho.

Por esta razão, os resultados do estudo pretendem contribuir com o conhecimento da operacionalização do programa (PPCT) no Estado do México e disponibilizar novas informações que possibilitem novos questionamentos e respostas às hipóteses explicativas propostas durante o desenvolvimento do estudo, além de fazer uma reflexão que vise a procura de uma melhor qualidade dos serviços dos trabalhadores de saúde e que busque em todo momento espaços de reflexão para propor uma melhor qualidade no serviço oferecido pelos trabalhadores de saúde envolvidos no processo aos pacientes afetados pela Tuberculose. Espera-

se que não somente sirva para melhorar a detecção e cura, mas também para delinear novas formas de conscientização, promoção e educação para prevenir a doença e na busca de melhores formas de relacionar-se e comunicar-se entre trabalhadores, pacientes e seus familiares.

Ensinar cada sujeito envolvido no processo sobre como podem ajudar na luta contra a tuberculose apresenta-se agora como nosso grande desafio.

Muitos dos recursos contra a doença estão agora disponíveis, mas o problema é ter acesso a eles. Não somente são assuntos fora do alcance da equipe de saúde, mas muitos deles também dependem das próprias pessoas e são mais difíceis de se conseguir. Assim, por exemplo, o desejo de fazer bem as coisas, de trabalhar em equipe, de trabalhar pelos demais, a necessidade de superação e educação permanente e o desejo de investigar são assuntos que dependem das atitudes e da vontade dos homens; aspectos de grande desafio, porém, não impossíveis de conseguir.

Basta que o presente trabalho seja consultado, difundido, analisado e criticado pelas pessoas diretamente envolvidas no processo estudado (autoridades, profissionais, técnicos, estudantes e todos aqueles que lutam, porque os sonhos, às vezes, se convertem em realidades) para alcançar o objetivo.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO/UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL
DE TUBERCULOSIS, EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA DE
TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, 2000-2002
INSTRUMENTO I

CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

(Información recopilada del expediente del paciente)

Instructivo: Lee con detenimiento cada una de las preguntas y anota en la casilla o renglón el número de la respuesta elegida o contesta la pregunta si es abierta de acuerdo a la información obtenida en el expediente del paciente.

Esta información es confidencial y tiene fines académicos, por lo que te rogamos anotes la información con veracidad para obtener calidad en el estudio.

UNIDAD APLICATIVA: _____**DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE**

No. de caso _____	No. de expediente _____	Año de registro del paciente _____
Nombre del paciente _____	Domicilio actual _____	Tiempo de residir en el lugar actual _____

1. Variables sociodemográficas

1. Edad: _____	2. Sexo M () F () _____	3. Lugar de procedencia _____														
4. Escolaridad _____ 1. Nula 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria incompleta 4. Primaria completa 5. Sec. Incompleta 6. Secundaria completa 7. Bachillerato incompleto 8. Bachillerato completo 9. Carrera técnica 10. Carrera profesional 11. Postgrado 12. Otra 13. No refiere	5. Ocupación <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Ama de casa</td> <td style="width: 50%;">7. Campesino</td> </tr> <tr> <td>2. Técnico</td> <td>8. Estudiante</td> </tr> <tr> <td>3. Comerciante</td> <td>9. Desempleado</td> </tr> <tr> <td>4. Trabaja por su cuenta</td> <td>10. Subempleado</td> </tr> <tr> <td>5. Profesionista</td> <td>11. Pensionado</td> </tr> <tr> <td>6. Obrero</td> <td>12. Jubilado</td> </tr> <tr> <td></td> <td>13. Otro</td> </tr> </table>		1. Ama de casa	7. Campesino	2. Técnico	8. Estudiante	3. Comerciante	9. Desempleado	4. Trabaja por su cuenta	10. Subempleado	5. Profesionista	11. Pensionado	6. Obrero	12. Jubilado		13. Otro
1. Ama de casa	7. Campesino															
2. Técnico	8. Estudiante															
3. Comerciante	9. Desempleado															
4. Trabaja por su cuenta	10. Subempleado															
5. Profesionista	11. Pensionado															
6. Obrero	12. Jubilado															
	13. Otro															
6. Estado Civil: _____ 1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Unión Libre	7. Religión _____ <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1. Católica</td> <td style="width: 50%;">4. Testigo de Jehová</td> </tr> <tr> <td>2. Protestante</td> <td>5. Otra</td> </tr> <tr> <td>3. Evangelista</td> <td>6. No refiere</td> </tr> </table>		1. Católica	4. Testigo de Jehová	2. Protestante	5. Otra	3. Evangelista	6. No refiere								
1. Católica	4. Testigo de Jehová															
2. Protestante	5. Otra															
3. Evangelista	6. No refiere															
7.1. ingreso económico familiar (mensual en pesos) _____																

7.2 Descripción de hábitos higiénicos _____	7.3 Descripción de hábitos dietéticos _____
---	---

7.4 Propiedad de la vivienda: 1. Propia ____ 2. Rentada ____ 3. Prestada ____

2.- Variables relacionadas al diagnóstico

(Se puede marcar uno o varios paréntesis)

Fecha de diagnóstico: _____

8. Diagnóstico bacteriológico _____

1 Examen microscópico directo de esputo

2 Cultivo de Bacilo de Koch

3 Examen radiológico

4 Examen clínico

5. Otros

Cuáles: _____

9. Formas clínicas de presentación de la enfermedad y localización de la tuberculosis _____

1 Pulmonar

2 Meníngea

3 Pleural

4 Ganglionar periférica

5 Ósea

6 De vías urinarias

7 Genital

8 Intestinal

9 Oftálmica

10 de Piel

11 Laríngea

12 Miliar

13 Diseminada

14 Otras

15 Sin información

10. Lugar donde se realizó la detección _____

1 Consulta externa

2 Pesquisa

3 Por contacto

4 Referido

De donde _____

3. Variables relacionadas con el tratamiento**11. condiciones del tratamiento** _____

1 Tratamiento Inicial (Caso Nuevo)

2 Retratamiento de recidiva

3 Retratamiento posterior a abandono

4 Retratamiento por falla del mismo

11.1. Tipo de paciente _____

1 Caso nuevo

2 Recaida

3 Reingreso

4 Fracaso

5 Referido

12. Esquema de tratamiento _____

1 Primario

2 Retratamiento

3 Primario reforzado

4 Especial

13. Tipo de Tratamiento _____

1 Autoadministrado

2 Supervisado

3 Autoadministrado seguido por supervisión

4 Supervisado, seguido por autoadministración

5 No se especifica

14. seguimiento del tratamiento _____

1 Regular

2 Irregular

3 No refiere

15. Personal que supervisó el tratamiento _____

1 Médico

2 Enfermera

3 Auxiliar de enfermería

4. Promotor de salud

5. Familiar del paciente

6. Otro

7. No se especifica

4. Variables relacionadas al tratamiento cuyo resultado evolucionó hacia la curación y alta del paciente

16. Fecha de inicio del tratamiento _____
17. Fecha de término del tratamiento _____
18. fecha de alta _____

19. Motivos de alta del paciente _____
1 Cura

20. Método diagnóstico utilizado para apoyar el alta del paciente _____

- 1 Rayos X
- 2 Baciloscopía de esputo
- 3 Cultivo
- 4 Rayos X y Baciloscopía
- 5 Rayos X y Cultivo
- 6 Baciloscopía de esputo y cultivo
- 7 Ninguno
- 8 No se especifica

5. Variables relacionadas con la baja del paciente**21. Causa de la baja del paciente** _____

1. Abandono del tratamiento	4. Muerte
2. Transferencias	5. Fracaso
3. Cambio de diagnostico	6. Otra

6. Variables relacionadas al tratamiento cuyo resultado evolucionó al abandono

22. Fecha de abandono _____

23. Motivos del abandono _____

1 Mejoría de signos y síntomas	6 Estigma de la enfermedad
2 Desaparición de signos y síntomas	7 Falta de apoyo familiar
3 Efectos colaterales de los medicamentos	8 Falta de medicamentos
4 Alcoholismo	9 No se especifica
5 Drogadicción	10 Otros

7.- Variables cuyo resultado evolucionó para la transferencia del paciente

24. Fecha de transferencia _____

25. Sitio de la transferencia _____

- 1 Hospital
- 2 Otro centro de salud
- 3 Otro municipio
- 4 Otra ciudad

26. Motivo de la transferencia _____

- 1. Por complicación de la tuberculosis
- 2. Hospitalización por otras causas
- 3. Cambio de residencia
- 4. Cambio de lugar de empleo
- 5. Otra
- 6. No se especifica

8. Variables relacionadas al tratamiento cuyo resultado evolucionó para la muerte**27. Fecha de la muerte** _____**28. Causa de la muerte** _____

1. Muerte por Tuberculosis como causa básica
2. Muerte por Tb asociada a VIH/SIDA, cáncer, diabetes mellitus, otra
3. Muerte no asociada a la Tb.

9. Variables relacionadas con enfermedades asociadas al tratamiento**29. Enfermedad asociada al tratamiento de tuberculosis** _____

1 VIH/SIDA	4 Enfermedad Mental	
2 Diabetes Mellitus	5 Hipertensión arterial	7 Otras
3 Alcoholismo	6 Obesidad	Cuáles _____

10. Variables relacionadas al tratamiento cuyo resultado evolucionó para el cambio de diagnóstico**30. Fecha de cambio de diagnóstico** _____**31. Diagnóstico Actual** _____**32. Examen utilizado para apoyar el cambio de diagnóstico** _____

1 Clínico	3 Radiológico
2 Laboratorio	4 Otros

11. Variables relacionadas con la drogorresistencia del paciente**33. Resistencia adquirida al tratamiento**

1. si _____ 2. no _____

34. El médico siguió las recomendaciones estandarizadas para el tratamiento _____

1. si _____ 2. no _____

35. El paciente siguió las recomendaciones para el tratamiento _____

1. si _____ 2. no _____

ANEXO B – Instrumento para Entrevista

UNIVERSIDAD DE SÃO PAULO/UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: “ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y
CONTROL DE TUBERCULOSIS, EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA DE
TLALNEPANTLA, ESTADO DE MÉXICO, 2000 – 2002”

INSTRUMENTO II

GUÍA DE ENTREVISTA PARA PERSONAL QUE TRABAJA EN EL PROGRAMA DE
TUBERCULOSIS EN LAS UNIDADES DE PRIMER NIVEL

Objetivo: El presente instrumento tiene la finalidad de recabar información sobre la operación del programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Unidades de Primer Nivel de Atención de la Jurisdicción de Tlalnepantla, ISEM.

Esta información es confidencial, anónima y sólo tiene fines académicos por lo que rogamos la mayor veracidad en la misma.

1. Nombre de la Unidad de Atención: _____
2. Cargo o función que desempeña en el programa: _____
- 3.- Tiempo que tiene realizando dicha función (años, meses): _____
- 4.- Nivel de preparación _____
1. Técnico 2. Licenciatura en _____ 3. Especialidad en _____ 4. Otra _____

5.- Cuales son los principales problemas que ha detectado en la operación del programa de Prevención y control de la Tuberculosis en su Unidad? _____

1. Administrativos 3. Carencia de recursos materiales
2. Técnicos 4. Carencia de recursos humanos
5. Otros Especificar cuales: _____

6. Describa brevemente la situación de la Tuberculosis en el Estado de México:

7. Describa brevemente la situación de la Tuberculosis en su comunidad:

8. ¿Cuál es la Norma Oficial Mexicana que trata sobre la operación del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis?

9. ¿Conoce el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis del Estado de México? _____

1. Si

2. No

10. ¿En qué consiste el Programa TAES/DOTS?

11. ¿Cuál es el tratamiento básico en el Programa TAES/DOTS?

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR:

Fecha de Aplicación: _____

¡Muchas gracias por su colaboración!

ANEXO C – Carta De Autorização

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ GGC, DORANTES, JJE, MOLINA, RD. La búsqueda de la atención para la tuberculosis en Chiapas, México. **Pan Am J Public Health**, v.9, n. 5, p. 285-293, 2001.

ALVAREZ, G.G.C.; ALVAREZ, G.J.F.; DORANTES, J.J.E. Estrategia educativa para incrementar el cumplimiento del régimen antituberculoso en Chiapas, México. **Rev. Panamericana de salud Pública**. Disponible em: <<http://www.scielo.org/scielo.php?>>. Acesso em: 17 abr. 2004.

ALVAREZ, G.G.C.; ALVAREZ, G.J.F.; DORANTES, J.J.E.; HALPERIN, F.D.. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas. **Rev. Salud Publica Mex**, v. 42, n. 6, p. 520-525, nov.-dic. 2000,

ÁLVAREZ, G.G.C.; DORANTES, J.J.E.. Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado para tuberculosis pulmonar. **Salud Pública Mex**, v. 40, n. 3, p. 272-275, maio-jun. 1998.

ÁLVAREZ, G.G.C.; HALPERIN, F.D.; BLANCARTE, M.L.; VÁZQUEZ, C.J.L.. Factores de riesgo para resistencia a drogas antifímicas en Chiapas, México. **Salud Pub de Mex**, v.37, n. 5, p. 408-416, Set-Out. 1995.

AVENA, A. (Coord. Nacional del Programa de Tuberculosis, Coordinadora de la Red Mexicana de Enfermería en tuberculosis). Conferência **Proceso enfermero al paciente con tuberculosis pulmonar**, presentada en el efectuado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, CD de México del 2 a 6 de agosto, 2004.

AVENA, A. Coordinadora Nacional del Programa de Tuberculosis, Coordinadora de la Red Mexicana de Enfermería en tuberculosis. Conferencia: **Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en el niño y en adulto**, presentada en el VIII Curso de Tuberculosis Cidade do México, nos dias 5-9 de julho, 2004 .

BAZ, DLG. Unidad de Atención Primaria a la Salud. Programa Operativo. Servicios de Salud en el estado de México, 1986

BISSELL, K. Conferencia **Transferencia de la estrategia TAES: análisis global, federal, estatal y municipal**, proyecto de investigación para comparar el desarrollo y los resultado del TAES en cuatro países: México-Brasil, Malawi-Zambia. México, Fundación Mexicana para la Salud, abril, 2004.

BUSTAMANTE, M.L.P.; BELLIDO, B.F.; RIOJAS, R.H., BORJA, A.V.H.; YÁÑEZ, V.L.; BECERRA, P.F.. Características sociodemográficas de personas que murieron

por tuberculosis pulmonar en Veracruz, México, 1993. **Salud Pública Mex**, v. 38, n. 5, p. 323-331, sept.-oct., 1996.

CASTELLANOS, H.G.J.; CASAS, Q.M.A. Factores condicionantes básicos en el autocuidado y apego al tratamiento con tuberculosis. **Desarrollo Cientif Enfer**. v 11, n. 5, p. 123-135, jun. 2003.

CIMAC (Comunicación e Información de la mujer). **Periodismo con Perspectivas de género. Mata la tuberculosis 7 mujeres por día en México**: Martha Martínez cimac/México, DF, 2003. Disponível em: <<http://www.cimacnoticias.com/noticias03ago/03082507.html>>. Acesso em: 23 nov. 2004.

CIUDAD de México: mapa regional. Disponível em: <www.mapasdemexico.net/mexico-city-region.shtml>. Acesso em: 23 nov. 2004.

CONAMED. El expediente clínico: documento de gran valor en la práctica médica. **Rev. CONAMED**, v., n.2, p.-23-29, 1997.

CONAPO (Consejo Nacional de Población). **Grado de Marginación por entidad federativa**. México, 2000, 2001

CONTRERAS, C.S. **Tlalnepantla. Una nueva realidad**. México: Contreras Cruz, 1996.

CURRENT TOPICS. Preventing and controlling tuberculosis along the Mexico-United States border. **Rev pan Am Public Health**, v. 9, n.3, 2001.

DA SILVA, L.C.; DA SILVA, L.M. Resistência do M. tuberculosis: como enfrentar o problema? **Rev. Mex. St. Casa**, v. 9, n. 6, 1998.

DALCOMO, M.M.P. **Regime de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado, como estratégia de redução do abandono no tratamento da tuberculose no Brasil**, 2000, 136 p. Tese Doutorado Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

FAJARDO, O.G.. **Atención médica. Teoría y práctica administrativa**. México: La Prensa Médica Mexicana, 1983.

FARGA, V. **Tuberculosis**. 2. ed. Chile: Mediterráneo, 1992. p. 225

GALIANO, G.M.A. **Abandono del tratamiento antituberculoso**. In: VIII COLOQUIO PANAMERICANO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA. Cidade do México, nov. 2002.

GARCÍA, G.M.L.; MAYAR, M.M.E.. Eficacia y eficiencia del tratamiento antituberculoso en jurisdicciones sanitarias de Morelos. **Salud Pub de Mex**, v. 40, p. 421-429, 1998.

GARCÍA, G.M.L.; VALDESPINO, G.J.L.; PALACIOS, M.M.; MAYAR, M.M.E.; GARCÍA, S.C.; SEPÚLVEDA, A.J. Tuberculosis y SIDA en México. **Rev. Salud Publica Mex**, v. 37, n. 6, p. 539-548, nov.-dic. 1995.

GAZETTA, C. E. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose em Sao José do Rio Preto-SP, de 1993 a 1998, a partir das notificações da doença em um hospital-escola.** 1999. 118 p. Dissertação Mestrado-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GREEN, A. **An introduction to Health Planning in Developing Countries.** 2nd. ed. Oxford: University Press, 1999.

HIDALGO, M.A.; APARICIO, R.A.; CEDILLO, N.M. Calidad de la atención médica en muerte perinatal, **1. Rev Med IMSS**; n. 33, p.161-166, 1993.

HOUSTON S.; FANNING A. Current and potential treatment of tuberculosis. **Drugs** v. 48, p. 689-708, 1994.

INEGI (Instituto Nacional de Geografía e Informática), México, 2002

ISEM. Diagnóstico jurisdiccional de Tlalnepantla. México, 2000

ISEM. Lineamientos operativos del TAPS. Programa de acción. México, 2002

MAPA de México. MÉXICO. SECRETARÍA DE RELACIONES EXTERIORES, 2004. Disponível em: <www.iwm.com.mx/mexinter/mexico.html_regionarea>. Acesso em: 23 nov. 2004.

MAPA de Tlalnepantla. México: GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO. Diagnósticos municipales, 2004. Disponível em: <<http://www.edomex.gob.mx/se/diagmuni.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2004.

MENDES, EV. **A Atenção Primária de Saúde no SUS.** Fortaleza, 2002.

MÉXICO, Secretaría de Salud. **Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Tuberculosis en la Atención Primaria de Salud,** 1993.

_____. **Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994, para la Vigilancia Epidemiológica,** 1994.

_____. **Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico,** 1998

_____. **Programa Binacional 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud,** 2001.

_____. **Programa de Acción: Tuberculosis,** 2001.

MEZA, HAY, ALTÚZAR, GM. Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. **Rev Enf IMSS**, v. 7, n. 1, p. 27-31, 1999.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Conferencia Internacional de Alma Ata.** Rússia, 1978

OMS (Organização Mundial da Saúde).. **Resumen. Anual de Tuberculosis** Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global_report/2004/01_summary/es/print.html>. Acesso em: 23 nov. 2004.

OMS/OPS. **Guía de enfermería para la aplicación de la estrategia DOTS/TAES.** Programa Regional de Tuberculosis, 1999. Rev. Enf. IMSS 2002; 10(1):31-43

OMS/OPS. Situación **epidemiológica de la tuberculosis en la Región de las Américas**, 2004. Disponível em: <<http://www.paho.org>>. Acesso em: 23 nov. 2004.

OPS. **La Salud de las Américas.** Vol. 1, edición del 2002, Publicación científica y técnica No. 587

OPS/OMS. **Atención Primaria de Salud:** Una revisión de prácticas y tendencias. Panamá, 2004.

OSTROSKY, M.D.; RANGEL, F.M.S.; GARCÍA, R.E., VÁZQUEZ, A.; IBARRA, M.J.; PONCE, L.R.S.. Tuberculosis en trabajadores de la salud: importancia de los programas de vigilancia y control. **Rev. Salud Pública Mex**, v. 42, n.51, 2000.

PADILLA, D.L.G. **Tlalnepantla de Baz. Monografía municipal. México.** Cidade do México: Instituto Mexiquense de Cultura, 1999.

PAVÓN, L.P.; GOGESCOECHEA, T.C.; RAMÍREZ, M.M.; LANDA, O.V. Evaluación del expediente clínico en la atención obstétrica. México, **Rev. CONAMED**, v.2, n. 1, 2002.

PEREIRA, MG. **Epidemiología: teoría e prática.** Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

PNUD. **Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.** ONU. Informe sobre Desarrollo Humano 2002, México, 2002

PNUD-ONU. **Informe sobre Desarrollo 2003.** Programa Nacional de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Ediciones Mundi-Prensa, 2003

QUEZADA, RM. **Diagnóstico de salud del Centro de Salud Urbano Cuauhtémoc,** Tlalnepantla, Méx., mimeo, 1999.

REDUCE México en 14.5 por ciento el número de nuevos casos de tuberculosis. México. Gaceta Biomédicas del Instituto de Ciencias Biomédicas de la UNAM. Disponível em: <www.biomédicas.unam.mx/gaceta.asp>. Acesso em : 23 nov. 2004.

RIBEIRÃO PRETO, **Lista telefônica da comunidade,** Brasil, 2004.

RICHARDSON, R.H. **Pesquisa Social. Métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo:Atlas, 1999. p. 334

RUFFINO-NETTO, A. Doenças emergentes o reemergentes? **Rev. Medicina de Ribeirão Preto**, v 30, n. 3, p. 405, 1997.

RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Rev. Soc. Bras. Méd. Tropical**, v.35, n. 1, p. 51-58, jan-fev, 2002.

SÁCHEZ, P.H.J.; FRISCH, D.H. Problemas de diagnóstico de tuberculosis pulmonar. El caso de la región fronteriza de Chiapas México. **Aten Primaria**, n.19, p. 237-242, 1997.

SASSAKI, M.C. **Tempo de tratamento da tuberculose de pacientes inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto-SP (1998-1999)**. 2003. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SCHLUGER, N.W. The impact of drug resistance on the global tuberculosis epidemic. **Int J Tuber Lung Dis**, n. 4, p. 71-75, 2000.

SMALL P.M.; SHAFER R.W.; HOPEWELL P.C.; SINGH, S.P.; MURPHY, M.J. Exogenous reinfection with multidrug-resistant M. tuberculosis in patients with advanced HIV infection. **N Eng J Méd**, n. 328, p.1137-1144, 1993.

STARFIELD, B. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, Brasil, 2002.

TAPIA, C.R.; RUIZ, M.C.; FERREIRA, G.E. **Epidemiología de la Tuberculosis en México**. México: Interamericana, 1998.

TEIXEIRA, G.M.. Da tuberculose e suas perspectivas no novo governo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, n. 10, p. 3-1, jul-dez 2002.

TEJADA, R.D. Alma Ata 25 años después. **Rev. Perspectivas de Salud/OPS**, v. 8, n.1, 2003

THE GLOBAL PLAN TO STOP TUBERCULOSIS, 2003.

TRIVIÑOS, A.N.S.. **Introdução a pesquisa em ciências sociais. A pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 175

UGARTE, A.J. Mortalidad materna hospitalaria en la ciudad de Oruro. **Rev Volví Ginecol Obstet**; v. 17, n. 2/3, p. 53-58, 1994.

ZWARENSTEIN, M.; SCHOEMAN, J.H.; VUNDULE, C.; LOMBARD C.J.; TATLEY M. Randomized controlled trial of self-supervised and directly observed treatment of tuberculosis. **Lancet**; n. 352, p. 1340-1343, 1998.