**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO PARA
MONITORAR A OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE RESISTENTE
ÀS DROGAS NA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
LESTE DE SÃO PAULO (SP)**

**SÃO PAULO
2018**

KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO PARA
MONITORAR A OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE RESISTENTE
ÀS DROGAS NA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE
LESTE DE SÃO PAULO (SP)**

Versão corrigida da Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde

Área de Concentração: Cuidado em Atenção Primária à Saúde

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Renata Ferreira Takahashi

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
2018**

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.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____.

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Santos, Kelly Cristina Lino dos

Avaliação da aplicabilidade de um instrumento para monitorar a ocorrência da tuberculose resistente às drogas na Coordenadoria Regional de Saúde Leste de São Paulo (SP) / Kelly Cristina Lino dos Santos. São Paulo, 2018.

121 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Renata Ferreira Takahashi

Área de concentração: Cuidado em Atenção Primária em Saúde

1. Tuberculose.
2. Vigilância epidemiológica.
3. Enfermagem. I. Título.

Nome: Kelly Cristina Lino dos Santos

Título: Avaliação da Aplicabilidade de um Instrumento para Monitorar a Ocorrência da Tuberculose Resistente às Drogas na Coordenadoria Regional de Saúde Leste de São Paulo (SP)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde no Sistema Único de Saúde, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências da Saúde

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu pai querido, homem guerreiro que teve que dividir seus estudos com o trabalho infantil, que concluiu o ensino médio quando já tinha os seus quatro filhos, que concluiu o Ensino Superior no mesmo ano em que sua primogênita ingressou na Universidade, que me ensinou desde pequenina a importância da busca por novos conhecimentos e que eles seriam para a vida inteira, você estava certo meu pai.

Esse título é nosso, meu Mestre.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

Aos amores da minha vida, meu companheiro Fernando Santos que me auxiliou nessa jornada. Meus pais João e Maria, irmãos Keyla, Kate e Kennedy Lino, aos sobrinhos Kevyn, Kayque, Clara e afilhado João Benício, sogros, comadre, cunhados, tios e primos que souberam compreender minhas ausências em alguns momentos durante essa jornada.

AGRADECIMENTO MAIS QUE ESPECIAL

À minha orientadora Profa. Dra. Renata Ferreira Takahashi, ou simplesmente Renata, como prefere ser chamada, uma pessoa carinhosa, compreensiva, amável e principalmente empática. Os meus mais sinceros agradecimentos.

Aprendi muito com você!

AGRADECIMENTOS

Minha caminhada em busca do conhecimento será eterna, tendo em vista que o processo de aprendizagem é contínuo, mesmo fora do meio acadêmico. Esta jornada não foi fácil, foi desafiador dividir-me entre os estudos, o trabalho e as atividades domésticas, mas foi prazeroso. Para a construção desse trabalho tive a ajuda de muitas pessoas que me acompanharam, guiaram e me apoiaram, espero não ser injusta, mas citarei algumas, sem vocês não teria sido possível. Deixo, portanto, os meus mais sinceros agradecimentos.

À Carolina Palopoli Perez e Maria Elizabet Pereira de Siqueira, minhas chefes na Unidade de Vigilância em Saúde (UVIS), que me incentivaram e ajustaram os meus horários para que fosse possível a realização das disciplinas do mestrado e entrevistas.

À Elianai Saturnino e Vanessa Marques, minhas companheiras de equipe de trabalho na interlocução de tuberculose na UVIS, que souberam entender minhas ausências.

A todos os meus colegas de trabalho da UVIS, não citarei nomes para não incorrer no risco de esquecer alguém.

À Nilce Magalhães, minha companheira no Comitê de Tuberculose de São Mateus, por me representar em algumas reuniões e pelo apoio.

Aos profissionais entrevistados, que dedicaram um tempo de suas atividades para me auxiliar nessa busca. Sem vocês não seria possível.

À Giovanna Mariah Orlandi, doutoranda que também dedica seus estudos às reflexões sobre as vulnerabilidade e necessidades das pessoas acometidas pela

Tuberculose, que me auxiliou na pesquisa com as entrevistas no território investigado nesse trabalho, sua ajuda foi fundamental.

A todos os profissionais do Programa Municipal de Controle da Tuberculose do Município de São Paulo, em especial Dra. Naomi, Coordenadora, e Regina, Responsável pelos Casos com Tuberculose Resistente e idealizadora do Instrumento MonitoraTBDR, que auxiliaram fornecendo os Bancos de Dados e esclarecendo todas as dúvidas.

À Dra. Vera Galesi, Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose, pela prontidão em fornecer os dados do Estado e que contribuiu com suas considerações no Exame de Qualificação e Defesa.

À Profa. Dra. Rita Bertolozzi pelas valiosas contribuições no meu Exame de Qualificação, apoio e carinho durante o Estágio do PAE.

Ao Prof. Dr. Sidney Bombarda pelas importantes ponderações no Exame de Qualificação.

Às meninas ou mulheres empoderadas da pós-graduação, Paula Barrios, Thaís Pola e Thaís Tenório, mulheres que atuam, estudam e defendem um SUS de qualidade para todos, vocês tornaram minha jornada mais leve e contribuíram com meu aperfeiçoamento.

As amigas de “toda uma vida”, Ana Cristina, Roberta e Michelle, e “do trabalho para a vida”, Celina e Iere, tivemos menos encontros, mas vocês souberam me entender.

Muitíssimo obrigada a todos!!!

A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar,
não seremos capazes de resolver os problemas causados
pela forma como nos acostumamos a ver o mundo

Albert Einstein

Santos KCL. Avaliação da aplicabilidade de um instrumento para monitorar a ocorrência da tuberculose resistente às drogas na Coordenadoria Regional de Saúde Leste de São Paulo (SP) [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: A tuberculose droga resistente continua sendo um problema de saúde pública grave e crescente. Dentre as medidas recomendadas para o seu controle, destacam-se o envolvimento de todos os profissionais e serviços de saúde no tratamento e a implementação de um sistema de monitoramento ativo dos casos.

Objetivos: descrever o perfil epidemiológico da tuberculose droga resistente na Coordenadoria Regional de Saúde Leste de São Paulo, no período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016 e analisar a percepção dos profissionais da saúde sobre o conteúdo e a aplicabilidade de um instrumento (MonitoraTBDR) para o monitoramento dos casos na Atenção Básica. **Metodologia:** trata-se de um estudo exploratório, de caráter aplicado, de abordagem quali-quantitativa, sendo entrevistados 24 profissionais de serviços de saúde e realizada a análise de conteúdo.

Resultados: 208 pacientes, 63,5% homens, 45,7% brancos, 82,2% entre 20 e 59 anos, 31,3% com 8 a 11 anos de estudo, 56,7% empregados, 51% procedentes do estado de São Paulo; 93,3% com forma clínica pulmonar, 51,8% primária, 52,4% monorresistentes, 41,8% multirresistentes, 4,4% polirresistentes e 1,4% *Extensively Drug-Resistant*, 61,1% com alta por cura; 23,6% eram alcoolistas, 21,2% usuários de drogas, 18,8% tinham HIV, 11,1% diabetes, 5,8% eram tabagistas; 75% sem informação da modalidade do tratamento, 18,2% dos contatos foram examinados e 6,4% adoeceram. A maior parte do conteúdo do instrumento MonitoraTBDR foi classificada como clara, pertinente, precisa, relevante e suficiente. O instrumento foi avaliado como viável para o monitoramento dos casos, no entanto foram constadas algumas limitações para sua aplicação, como a obtenção de algumas informações pela dificuldade de comunicação com o serviço de referência e o dispêndio de tempo para consultar várias fontes de dados. **Conclusões:** o MonitoraTBDR é uma ferramenta viável, que facilitará o monitoramento da tuberculose droga resistente, principalmente se for instituído um sistema informatizado integrado que envolva todos os serviços responsáveis pelo paciente. Além disso, constituir um instrumento de apoio à assistência de enfermagem poderá favorecer a adesão ao tratamento.

Palavras-Chave: Tuberculose. Tuberculose resistente a múltiplos medicamentos. Monitoramento epidemiológico. Enfermagem. Vigilância epidemiológica.

Santos KCL. Evaluation of the applicability of an instrument to monitor the occurrence of drug-resistant tuberculosis at Eastern Health Regional Coordination in Sao Paulo (SP) [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: Drug-resistant tuberculosis remains a serious and growing public health problem. Among the measures recommended for its control, the involvement of all health professionals and services in the treatment and the implementation of an active case monitoring system stands out. **Objectives:** to describe the epidemiological profile of drug-resistant tuberculosis in the Regional Health Coordination East of São Paulo, from January 1st, 2007 to December 31st, 2016, and to analyze the perception of health professionals about the content and applicability of an instrument (MonitoraTBDR) to monitor cases in Primary Care. **Methodology:** it is an exploratory study, of an applied character, of a qualitative-quantitative approach, 24 professionals of health services have been interviewed and carried out the analysis of content. **Results:** 208 patients, 63.5% men, 45.7% white, 82.2% between 20 and 59 years, 31.3% with 8 to 11 years of schooling, 56.7% employed, 51% from the state from São Paulo; 93.3% were clinically pulmonary diagnosis, 51.8% were primary, 52.4% were monoresistant, 41.8% were multiresistant, 4.4% were polyresistant and 1.4% extensively Drug-Resistant, 61.1% with hospital discharge due to healing ; 23.6% were alcoholics, 21.2% were drug users, 18.8% had HIV, 11.1% were diabetics, 5.8% were smokers; 75% without information on the treatment modality, 18.2% of the contacts were examined and 6.4% became ill. Most of the content of the MonitoraTBDR instrument was classified as clear, relevant, accurate, relevant and sufficient. The instrument was evaluated as feasible for the monitoring of the cases, however some limitations were found for its application, such as obtaining some information due to the difficulty of communication with the referral service and the time spent in consulting several data sources. **Conclusions:** MonitoraTBDR is a viable tool that will facilitate the monitoring of drug-resistant tuberculosis, especially if an integrated computerized system is established, that involves all services in charge of the patient. In addition, establishing an instrument to support nursing care may increase adherence to treatment.

Keywords: Tuberculosis. Tuberculosis Multidrug-Resistant. Epidemiological Monitoring. Nursing. Epidemiological Surveillance.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Número de casos, segundo o grau de resistência, dentre as pessoas com TBDR testados com teste de sensibilidade, no Brasil, em 2013, 2014 e 2015	27
Quadro 2	Resultados dos tipos de resistência dos casos de TBDR, testados com teste de sensibilidade, no estado de São Paulo nos anos de 2013, 2014 e 2015	28
Quadro 3	Número de casos segundo o grau de resistência das pessoas com TB que realizaram o teste de sensibilidade, no município de São Paulo, nos anos de 2013, 2014 e 2015.....	28

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo. 2018	44
Figura 2	Distribuição dos casos de TBDR(1), por tipo de resistência as drogas, da região Leste de São Paulo, 2007 a 2016.....	53
Figura 3	Diagrama da avaliação dos contatos das pessoas com TBDR, CRSL, São Paulo, 2007 a 2016.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição do número de casos de TBDR na CRSL e seus desfechos segundo o ano de incidência. São Paulo, 2017	51
Tabela 2	Distribuição do número de casos de TB, TBDR e TBDR com tratamento anterior na CRSL, segundo o ano de incidência. São Paulo, 2017.....	52
Tabela 3	Distribuição do número de casos de TBDR, com resultado do teste de sensibilidade, no município de São Paulo e na CRSL, segundo o tipo de resistência às drogas, no período de 2013 a 2015. São Paulo, 2017	52
Tabela 4	Distribuição do número de casos de TBDR na CRSL, com resultado do teste de sensibilidade, segundo o tipo de resistência, nos períodos de 2007 a 2016. São Paulo, 2017	54
Tabela 5	Distribuição do número de casos de TBDR na CRSL segundo agravos associados e adesão ao tratamento. São Paulo, 2017	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AE	Ambulatório de Especialidade
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Ambulatório Médico Especializado
BMAC	Boletim Mensal de Acompanhamento dos Casos
CEP	Código de Endereçamento Postal
CI	Coeficiente de Incidência
CM	Coeficiente de Mortalidade
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COVISA	Coordenação de Vigilância em Saúde
CRSL	Coordenadoria Regional de Saúde Leste
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
DASIS	Departamento de Análise da Situação de Saúde
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short course</i>
DRVS	Divisões Regionais de Vigilância em Saúde
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Estado de São Paulo

FNI	Ficha de Notificação e Investigação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAL	Instituto Adolfo Lutz
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAVS	Programação das Ações de Vigilância em Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPI	Programação Pactuada e Integrada
RT	Referência Terciária
SIGA SAUDE	Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde
SINAN	Sistema de Informações e Agravos de Notificação
SITE-TB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
STS	Supervisão Técnica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TBDR	Tuberculose Drogarresistente
TBMDR	Tuberculose Multidrogarresistente

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM	Teste Rápido Molecular
TSA	Teste de Sensibilidade aos Antibióticos
UNITAID	Fundo Internacional para Compra de Medicamentos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UF	Unidade Federativa
UVIS	Unidade de Vigilância em Saúde
VE	Vigilância Epidemiológica
XDR	<i>Extensively Drug-Resistant</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE	19
1.2 POLÍTICA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	21
1.3 A TUBERCULOSE RESISTENTE ÀS DROGAS	25
1.4 ADEÇÃO AO TRATAMENTO	31
1.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE	33
2 OBJETIVOS.....	41
2.1 OBJETIVO GERAL.....	42
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
3 MÉTODOS.....	43
3.1 TIPO DE ESTUDO	44
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO	44
3.3 FONTE DE DADOS.....	45
3.4 GRUPO DE ESTUDO	46
3.5 COLETA DOS DADOS.....	46
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
3.7 ANÁLISE DOS DADOS.....	48
4 RESULTADOS	49
4.1 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE RESISTENTE ÀS DROGAS NA CRSL NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS.....	50
4.2 A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O INSTRUMENTO E SUA UTILIZAÇÃO PARA MONITORAR OS CASOS DE TUBERCULOSE RESISTENTE ÀS DROGAS	56
4.3 INSTRUMENTO MONITORATBDR REVISTO	64
5 DISCUSSÃO.....	66
6 CONCLUSÕES.....	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
APÊNDICES.....	99
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	100
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	105
ANEXOS	106
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-EEUSP	107
ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – SMS/SP	110
ANEXO 3 – INSTRUMENTO MONITORATBDR (VERSÃO 1)	114
ANEXO 4 – INSTRUMENTO MONITORATBDR (VERSÃO 2)	118

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE

Apesar de decorridos 136 anos desde a identificação do bacilo de Koch, a tuberculose (TB) ainda é o agravo infectocontagioso que mais mata pessoas no mundo, por essa razão é considerada uma emergência global. Estima-se que, em 2015, 10,4 milhões de pessoas foram acometidas pela TB no mundo, sendo que 1,8 milhão foram a óbito e 0,4 milhão eram soropositivas ao HIV (WHO, 2016).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2014 mostram que oito países tiveram aumento na incidência da TB em relação a 2005: Myanmar (116%), Indonésia (67%), Paquistão (49%), África do Sul (39%), Moçambique (23%), Tailândia (20%), Nigéria (14%) e Afeganistão (13%). O mesmo ocorreu com a mortalidade: Myanmar (253%), Nigéria (28%), Afeganistão (26%) e Bangladesh (9%) (WHO 2007a, 2015a).

Em países com alta prevalência de TB/HIV, Tuberculose multidrogarresistente (TBMDR) e de novas linhagens do *Mycobacterium tuberculosis*, as taxas de TB têm se mantido elevadas (Souza, 2010).

Segundo a OMS, em 2015 os principais fatores de perpetuação da doença são decorrentes da ausência de novos medicamentos, de testes diagnósticos e de vacinas, da crescente desigualdade social, da ocorrência da aids e do envelhecimento da população (Brasil, 2016a).

O Brasil ocupa a última posição entre os 30 países com a maior carga de TB (WHO, 2017). Nos últimos 25 anos houve uma redução de 38,9% do coeficiente de mortalidade, que em 1990 era de 3,6/100 mil hab. e que em 2014 foi de 2,2/100 mil hab. A taxa de incidência também foi reduzida em 34,1%, de 51,8 para 34,1/100 mil hab., respectivamente. Em 2015, a taxa de incidência foi de 30,9/100 mil hab. no país (Brasil, 2016a).

O Relatório Global sobre Tuberculose 2015 da OMS apontou que o Brasil atingiu três metas internacionais dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e da Parceria Stop TB: reduzir a incidência por tuberculose até 2015 e reduzir pela metade a prevalência e mortalidade pela TB tomando por base o ano de 1990 (Brasil, 2016a; WHO, 2015a).

Estudo sobre a incidência da TB no Brasil, no período de 2001 a 2014, realizado pelo Ministério da Saúde (MS), mostrou que cada aumento de 20% na Estratégia Saúde da Família (ESF) levou a uma redução de 3,8% no Coeficiente de Incidência (CI) e cada incremento de 20% no Tratamento Diretamente Observado (TDO) levou a uma redução de 0,7% no CI. No entanto, para cada novo caso de aids houve um aumento de 1,5% na incidência da TB (Brasil, 2016a).

Ainda no Brasil, considerando o período de 2006 a 2015, a região Nordeste apresentou a maior redução do CI por TB (24%) e a região Sul a menor (5%)*.

Em relação ao coeficiente de mortalidade (CM), no período de 2006 a 2015, a redução foi de 15% no país, tendo sido mais expressiva na região Centro-Oeste (28%), já a região Norte apresentou um aumento de 4%†.

No que se refere aos dados das UF para o mesmo período, verifica-se um discreto aumento do CM nos estados do Amazonas (3%) e Rio de Janeiro (2%). O estado de São Paulo apresentou uma queda de 2,3 para 1,9 (17%)‡.

Em 2015, 36,6% dos casos novos foram diagnosticados nas capitais brasileiras. Manaus-AM (98,3/100 mil hab.), Porto Alegre - RS (88,8/100 mil hab.), Recife-PE (78,3/100 mil hab.) e Rio de Janeiro - RJ (66,8/100mil hab.) apresentaram indicadores que são pelo menos o dobro do apresentado no país (Brasil, 2016a). A concentração do número de casos no Rio de Janeiro se deve ao número de comunidades, à grande ineficiência do sistema público de saúde, à exclusão social e à falta de acesso aos serviços de saúde (Dalcolmo, 2008).

No estado de São Paulo (ESP) houve um aumento de 2% do CI, de 37,4 para 38,3 nos anos de 2006 e 2015‡. Na capital passou de 53,4 para 51,1, entretanto, o indicador de 2006 considerou a população sem residência fixa na população geral, diferentemente de 2015, no qual ocorreram 420 casos novos nesse tipo de população e que não foram computados junto à população geral, provavelmente esses casos contribuíram para o aumento do CI do estado de São Paulo§.

No município de São Paulo, durante o período de 2006 a 2015, constatou-se uma redução da incidência em todas as regiões, exceto na zona sul, que apresentou

* **Fonte:** Sinan/SVS/MS atualizado em maio de 2016 (Dados preliminares sujeito a revisão).

† **Fonte:** MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM atualizado em 20/06/2016 (Dados preliminares sujeito a revisão).

‡ **Fonte:** Sinan/SVS/MS atualizado em maio de 2016 (Dados preliminares sujeito a revisão).

§ **Fonte:** Boletim TB - COVISA 2011 e 2016.

discreto aumento de 1% (de 48,6 para 51,1/ 100 mil hab.). A zona central apresentou uma queda expressiva de 37% (São Paulo, 2016), a maior parte dessa redução resultou da qualificação do preenchimento nas fichas de notificações, uma vez que, recorrentemente, as notificações de moradores de rua ou de pacientes sem endereço eram registradas com o Código de Endereçamento Postal (CEP) da região central da cidade. O CM também diminuiu, exceto nas zonas norte e oeste, que teve um aumento de 16% e 71%, respectivamente^{*†}.

As características do município de São Paulo, como número elevado de habitantes (11.967.825) e migrantes, pessoas vivendo em más condições ambientais, contrastes socioculturais e desigualdades sociais, favorecem a ocorrência da TB. Apesar dos avanços no controle da doença, há muitas dificuldades para implantar e manter as ações assistenciais, de vigilância epidemiológica e de gestão do programa descentralizado em 100% dos serviços de saúde, de maneira que se assegure a integralidade do cuidado às pessoas com TB nesta capital (São Paulo, 2016).

De acordo com a publicação Boletim TB – Cidade de São Paulo (2016), para o município de São Paulo atinja o objetivo proposto pela 68ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada entre 18 a 26 de maio de 2015, em Genebra - Suíça, de redução de 95% das mortes e 90% da incidência para 2035, tendo como base o ano de 2015, será necessário estabelecer políticas públicas sociais de apoio aos grupos vulneráveis visando garantir o acesso aos serviços, ao diagnóstico, ao tratamento, e dessa forma conduzir à cura.

1.2 POLÍTICA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Em 1993, a OMS declarou a TB como uma emergência mundial e recomendou a estratégia *Directly Observed Treatment Short course* (DOTS), que pode ser entendida como um conjunto de práticas para controlar a TB que se fundamenta em cinco componentes (WHO, 1994, 2009):

* **Fonte:** Boletim TB - COVISA 2011 e 2016.

† **Fonte:** Tabnet acesso 03/10/2016.

1. compromisso político fortalecendo o desenvolvimento de recursos humanos para tratar a TB, garantia de recursos financeiros e planos de ação com metas, prazos e responsabilidades, além da mobilização social;
2. diagnóstico precoce de casos através de baciloscopia de qualidade;
3. tratamento padronizado, supervisionado e de acordo com as necessidades do paciente;
4. fornecimento eficaz de medicamento;
5. sistema de monitoramento eficiente que possibilite o acompanhamento dos casos desde a notificação até o seu encerramento.

A OMS, por meio do Plano Global de Combate da Tuberculose, lançou em 2006 o Stop TB, com metas para o período de 2006-2015. As metas, que visam eliminar a TB como problema de saúde pública até 2050 (com <1 caso/1 milhão de habitantes ao ano), estão direcionadas para a diminuição da incidência de TB, reduzindo pela metade sua prevalência e taxas de mortalidade, tendo como referencial os níveis de 1990. Tais metas seriam alcançadas por meio do desenvolvimento dos seguintes objetivos: possibilitar acesso universal e de qualidade para todas as pessoas que contraíssem TB; proteger as pessoas com TB resistentes a medicamentos e com HIV; desenvolver ações de prevenção, cuidados e controle de pessoas com TB, além de reduzir o sofrimento humano e socioeconômico associados com este agravo (WHO, 2015a).

Em maio de 2014, durante a 67ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada em Genebra (Suíça), representantes de 54 países, dentre eles o Brasil, aprovaram a “Estratégia Global e metas para a prevenção, cuidado e controle da TB pós-2015” ou estratégia “Fim da TB” (End TB), com o objetivo de eliminar a TB até 2050. Uma das metas contidas nesta estratégia para 2035 é a redução da incidência para menos de 10 casos/100 mil habitantes e a redução dos óbitos em 95%, em relação aos valores de 2015 (Maciel, 2016).

Os três pilares dessa estratégia são (WHO, 2015b):

1. integração dos cuidados e prevenção centradas no paciente, desde o diagnóstico precoce, o teste de sensibilidade às drogas antituberculose universal, o controle dos contatos e populações vulneráveis, o tratamento de

- todos os casos de TB, inclusive a TBMDR, o acompanhamento dos casos de TB/HIV, a quimioprofilaxia para pessoas com risco elevado e vacinação eficaz;
2. políticas ousadas oferecendo recursos adequados para o cuidado e a prevenção, sistemas de informação integrados, notificação dos casos, uso racional dos medicamentos, ações de proteção social aos pacientes, acesso universal à saúde, redução da pobreza e ações sobre os determinantes da tuberculose;
 3. intensificação das pesquisas e ações de inovação, bem como a incorporação de novas tecnologias no desenvolvimento de ferramentas para as investigações, intervenções e estratégias.

Desde a declaração da TB como emergência mundial, o Brasil tem se posicionado frente às novas perspectivas para o seu controle. Em 1994 instituiu o Plano Emergencial para o Controle da TB, quando 230 municípios foram eleitos prioritários, pois concentravam a maioria dos casos do país. Cada município elaborou um plano de ação e metas para diagnosticar no mínimo 70% dos casos e curar 85%. Apesar da recomendação do DOTS pela OMS em 1993, a recomendação formal do Tratamento Supervisionado no Brasil ocorreu somente em 1999, devido às dificuldades na descentralização do atendimento, que ainda era realizado em ambulatórios especializados (Brasil, 2006; Hijjar et al., 2007).

Em 2003, visando ao cumprimento das metas globais de controle da TB, o Brasil passou a considerá-la uma das cinco doenças prioritárias na proposição de políticas públicas, de forma que uma série de ações e pactuações foram definidas entre o governo federal e os estados, como o Pacto pela Vida, a Programação das Ações de Vigilância em Saúde (PAVS) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Atenção Básica (Brasil, 2015a).

Em 2006, o país recebeu uma missão oficial da parceria Stop TB, que trouxe contribuições para o alcance das metas e o MS criou o Fórum de Parceria contra a Tuberculose, que representou um marco para o controle da doença, pois reconheceu a importância da mobilização social. No mesmo ano, após essa iniciativa o país obteve um financiamento de US\$ 27 milhões do Fundo Global contra a Aids, TB e Malária para um período de cinco anos (Dalcolmo et al., 2007).

A partir de então, o PNCT (Programa Nacional de Controle da Tuberculose) acolheu o Plano Estratégico para o Controle da TB e elaborou seu plano para o período de 2007-2015, a fim de alinhar-se com as recomendações da OMS. Os objetivos eram: implementação do DOTS com qualidade a todos os pacientes; diminuir a incidência de TB em portadores de HIV/AIDS e a incidência de HIV em pacientes com TB; prevenir e controlar a TBMDR; diagnóstico e controle bacteriológico de qualidade; incorporar todos os serviços de saúde provedores do Sistema Único de Saúde (SUS) no controle da TB; melhorar o acesso dos pacientes, reduzindo o estigma e a discriminação com apoio de divulgação, comunicação e mobilização social; desenvolver os recursos humanos estaduais para fortalecer o PNCT. As metas correspondentes eram identificar e notificar 70% dos casos novos bacilíferos; curar 85% dos casos e reduzir em 50% a prevalência e mortalidade em 2015, tomando por base os indicadores de 1990 (Brasil, 2006).

Para estar alinhado à Estratégia End TB da OMS e reafirmando a importância da articulação intra e intersetorial para o enfrentamento do agravo, o PNCT elaborou o “Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose”, construído em conjunto com as esferas estaduais, municipais, academias, sociedade civil, profissionais de saúde, de assistência social e da justiça, entre outros. O Boletim Epidemiológico de 2016, em que se analisou a situação da doença no país de 2001 a 2014, subsidiou a definição das prioridades e metas a serem alcançadas até 2035 (Brasil, 2016a).

A TB é um exemplo de doença reconhecida pela determinação social, que afeta os grupos menos favorecidos economicamente (Breilh, 2011). O acesso aos serviços de saúde, a adesão ao tratamento, o aumento de casos de TB com resistência e o comprometimento da imunidade celular são condições que influenciam o quadro epidemiológico da TB no mundo (Bertolozzi et al., 2014).

A queda na incidência, principalmente nos países desenvolvidos no início da década de 1980, fez com que se acreditasse que a doença estava controlada. Entretanto, nessa mesma década houve aumento expressivo de casos de TB devido ao surgimento da aids, aos tratamentos medicamentosos mal conduzidos, à baixa adesão ao tratamento, aos processos migratórios e ao aumento de resistência do bacilo aos medicamentos (ICN, 2015).

Para Dalcolmo (2007), o grande desafio no controle da doença é assegurar a adesão ao tratamento desde o início, com um acompanhamento adequado até o final

de seis meses. A medicação é muito eficaz e ocasiona uma melhora rápida dos sinais e sintomas do agravo, contribuindo para o abandono do tratamento, que impede a cura e é uma das principais causas da TBMDR, assim como a ingestão irregular da medicação, que neste caso é ainda mais grave. (Dalcolmo, 2008).

Ao contrário do que se pensava, estudos recentes sugerem que bacilos resistentes têm maior poder de transmissibilidade em relação aos sensíveis, acarretando a preocupação da possibilidade do aumento de casos de TBMDR e de uma reemergência da TB em condições de difícil controle (Luciani et al., 2009; Abubakar et al., 2013).

1.3 A TUBERCULOSE RESISTENTE ÀS DROGAS

A resistência do *Mycobacterium tuberculosis* à droga foi identificada pela primeira vez em 1940, quando foi introduzida a estreptomicina no tratamento da TB (Brasil, 2011).

Na década de 1970, após a introdução da rifampicina nos esquemas terapêuticos básicos, ocorreu um aumento do número de casos de TB com multirresistência às drogas antituberculose. Esses casos (TBMDR) são de grande preocupação, pois apresentam resistência aos dois medicamentos mais importantes no tratamento da doença, a rifampicina e a isoniazida (Brasil, 2015b).

A TBMDR continua a ser um grave problema de saúde pública, pois temos lacunas desde a detecção até o tratamento, estima-se que 480 mil pessoas no mundo adoeceram por ela em 2015, sendo que a Índia, China e Rússia respondem por quase metade desses casos. Além disso, uma em cada cinco pessoas não tem acesso ao tratamento e as taxas de cura continuam baixas, 52% globalmente (WHO, 2016).

Os primeiros trabalhos relatando casos de XDR-TB (Extensively drug-resistant TB) foram publicados em 2006, após uma epidemia na África do Sul em que as pessoas com TB desenvolveram resistência a diversas drogas (rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol, estreptomicina, canamicina, amicacina e a todas as quinolonas testadas). Sendo que 98% dos casos foram a óbito em menos de um mês após o diagnóstico (Brasil, 2007).

No Brasil em 1994 foi notificado o primeiro caso de TBMDR e em 2000 foi implantado o Sistema de Vigilância desses casos. Progressivamente foram implantadas ou habilitadas unidades de tratamento e laboratórios para o diagnóstico e tratamento correto e os casos foram descentralizados (Brasil, 2007).

A resistência às drogas pode ser classificada em natural, primária ou adquirida. A primeira ocorre quando há uma mutação genética no processo de multiplicação do bacilo. No caso em que as pessoas foram infectadas por bacilos resistentes e não têm história de tratamento anterior da TB, a resistência é denominada primária. A resistência adquirida ou secundária ocorre quando as pessoas apresentam história de tratamento inadequado, decorrente de prescrição ou do uso incorreto dos medicamentos. A identificação do padrão de resistência do bacilo através do teste de sensibilidade fundamenta outra classificação: em monorresistência, se for referente a um só fármaco; em polirresistência, quando envolve dois ou mais fármacos, exceto a combinação rifampicina e isoniazida; em multirresistência, se refere a pelo menos duas drogas específicas e associadas - rifampicina e isoniazida; em resistência extensiva (XDR), quando a resistência abrange a rifampicina, isoniazida, uma fluoroquilona (ofloxacina, levofloxacina ou moxifloxacina) e uma droga injetável (amicacina, canamicina ou capreomicina) (Brasil, 2011).

No Brasil, os técnicos do PNCT atribuem o surgimento das cepas ao uso inadequado dos medicamentos de primeira linha para o tratamento da TB (Brasil, 2007).

Para Alcaidea e Santín (2008), a mutação cromossômica da TBMDR ocorre devido tratamentos inadequados, derivados de baixa adesão ao tratamento, prescrições medicamentosas erradas, má absorção intestinal do medicamento, falhas no acompanhamento e fatores ligados à pobreza, como a falta de acesso ou má qualidade dos medicamentos.

No estudo de Coelho (2014) na cidade de Santos foi observado que de 263 casos de TBMDR, 8,7% tinham diabetes, o etilismo ocorreu em 13,7% e o HIV em 18,2%. Além disso, verificou-se associação entre a multirresistência e o tratamento anterior, pois 55,6% teve pelo menos um tratamento anterior. No município de São Paulo em 2015, dos 121 casos detectados com TB resistente, 18,2% tinham HIV, 31,4% apresentavam alcoolismo, 33,9% drogadição e 9,9% diabetes (São Paulo, 2016).

Um das dificuldades do tratamento da TBMDR diz respeito ao uso de medicamentos alternativos, menos eficazes e com maiores riscos de eventos de intolerância, necessitando de um regime terapêutico mais prolongado reduzindo as chances de êxito (Alcaidea, Santín 2008).

As condições de imunidade dos pacientes com XDR-TB influenciam as altas taxas de morbidade e mortalidade, podendo em alguns casos ser incurável (Matteelli et al., 2014). Em 2009, 48% dos casos MDR do mundo foram tratados com sucesso, 15% foram a óbito e 28% tiveram falência ou abandono. No mesmo período foram analisados os desfechos de 200 pacientes XDR em 14 países, 33% tiveram cura e 26% foram a óbitos, mostrando que o fracasso e mortalidade são mais comuns nos casos XDR (Glaziou et al. 2013).

Em 2015, foram registrados no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose (SITE-TB), 1.027 casos de TBDR no Brasil, sendo que o estado de São Paulo só informa no SITE-TB os casos de multirresistências e resistência extensiva (Brasil, 2016a).

Quadro 1 – Número de casos, segundo o grau de resistência, dentre as pessoas com TBDR testados com teste de sensibilidade, no Brasil, em 2013, 2014 e 2015

Ano	Monorresistência	Polirresistência	Multirresistência	XDR	Total
2013	148	50	525	21	744
2014	260	81	374	56	771
2015	476	72	442	8	998

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico 2014, 2015 e 2016. Brasília; 2016

Observa-se no Quadro 1 que no Brasil houve um aumento progressivo da monorresistência desde 2013 e uma diminuição da multirresistência dos casos de TBDR testados com teste de sensibilidade.

Para Barreira (2015), a distribuição de antibióticos através do governo federal para tratamento da TB constitui a maior “fortaleza” da estratégia nacional para o controle da doença, além de possibilitar o controle desses fármacos e o monitoramento dos casos.

A baixa ou média gravidade da TBDR no Brasil se deve à associação da rifampicina e isoniazida em um mesmo comprimido, à existência de um protocolo para o tratamento e à distribuição gratuita das medicações evitando a sua comercialização em farmácias particulares e a prescrição inadequada (Dalcolmo, 2008).

Quadro 2 – Resultados dos tipos de resistência dos casos de TBDR, testados com teste de sensibilidade, no estado de São Paulo nos anos de 2013, 2014 e 2015

Ano	Monorresistência	Polirresistência	Multirresistência*	XDR*	Total
2013	293	36	105	10	444
2014	232	17	67	10	326
2015	140	37	75	1	253

Fonte: TBWEB – Dados setembro/2016

*Dia Mundial da Tuberculose 2018

No estado de São Paulo, no período de 2013 a 2015, observa-se diminuição gradual de todos os tipos de TBDR, com exceção da polirresistência e multirresistência que aumentaram em 2015, referentes a 2014, mas mantiveram-se próximos ou abaixo do ano de 2013.

Quadro 3 – Número de casos segundo o grau de resistência das pessoas com TB que realizaram o teste de sensibilidade, no município de São Paulo, nos anos de 2013, 2014 e 2015

Ano	Monorresistência	Polirresistência	Multirresistência	XDR	Total
2013	117	16	29	0	162
2014	67	9	24	0	100
2015	74	19	28*	2	122

Fonte: TBWeb – Dados setembro/2016

*Boletim TB/2016

Já no município de São Paulo, observa-se que todos os tipos de resistência diminuíram em 2014, frente a 2013, exceto os casos de TBXDR, e em 2015 todos os tipos de resistência apresentaram aumento, tomando por base 2014, diferentemente do que ocorreu no estado.

O município de São Paulo, em 2015, detectou 121 casos de TB com alguma resistência às drogas do tratamento e, destes, 28 casos eram MDR (23,1%) e 86 (71,1%) eram residentes no município. Mais de um terço destes casos de TB com alguma resistência está concentrado nas zonas leste e sudeste de São Paulo, sendo 20 (16,5%) em cada uma delas (São Paulo, 2016).

Em 2015, foram identificados 103 casos com resistência à rifampicina através do teste rápido molecular (TRM). Simultaneamente, em 77 destes 103 casos, realizou-se o teste de sensibilidade às drogas através do exame de cultura e, diferentemente do resultado do TRM, 22 (21,4%) apresentaram multirresistência, 7 (6,8%) monorresistência à rifampicina, 5 (4,9%) resistência a outras drogas e 43 (41,7%) sensibilidade a todas as drogas. A discordância entre os resultados dos dois tipos de exames ainda não foi elucidada, mas está sendo alvo de investigação do Núcleo de Micobacteriose do Instituto Adolfo Lutz (IAL) (São Paulo, 2016).

As ações de controle e prevenção da TBMDR têm dois focos: impedir o aparecimento de cepas resistentes, a partir de cepas sensíveis, como nos casos de repetidos abandonos de tratamento e/ou tratamento inadequado e impedir a transmissão da TBMDR, quando essa já estiver instalada, para tanto são necessários diagnóstico e tratamento imediato, visando à interrupção da cadeia de transmissão, além da instituição do TDO aos pacientes (Alcaidea, Santín 2008).

De acordo com a OMS (2011, 2015), para a prevenção e o controle da TBMDR é necessário garantir (WHO, 2011, 2015c):

1. acesso rápido ao diagnóstico por meio do teste molecular rápido e teste de sensibilidade aos pacientes com maior risco de TBMDR;
2. tratamento e monitoramento adequado dos casos de TB;
3. investigação de contatos e outros grupos considerados de risco;
4. acesso aos cuidados de comorbidades que interferem no tratamento da TB, como HIV, diabetes, uso do tabaco e álcool;
5. cuidado centrado no paciente, oferecendo apoio emocional, educacional e econômico para permitir sua adesão e cura, interação e envolvimento de todos os profissionais e serviços de saúde no tratamento de TBMDR;

6. tratamento ambulatorial, dado os seus benefícios: redução de recursos, (em hospitais, o custo pode ser 90% maior) e mortes. Pode ser necessária a internação, na fase intensiva, de pessoas que pertençam aos grupos de risco, como crianças, para monitoramento da evolução;
7. implementação de sistema de monitoramento ativo dos casos de TBMDR e XDR, incluindo os resultados do tratamento e eventos adversos.

A OMS recomenda o monitoramento da resposta ao tratamento da TBMDR por meio da realização mensal de baciloscopia e cultura, de teste de sensibilidade às drogas a cada três meses. Além disso, avaliar uma vez ao mês a resposta ao tratamento através do exame físico e anamnese, controle do peso, realizar semestralmente radiografia de tórax, identificar e manejar os eventos adversos e oferecer incentivos para o TDO, que deve ser realizado por todos os pacientes (WHO 2008a, 2011).

Acresce-se às restrições socioeconômicas vivenciadas pelas pessoas com TB, a necessidade de comparecer diariamente ao serviço de saúde para o TDO e reconhecendo a importância do suporte nutricional para a cura, o PNCT passou a orientar os estados e municípios sobre a importância de fornecer incentivos como cesta básica, vale transporte e café da manhã aos pacientes em TDO, como medidas suplementares para auxiliá-los no processo de adesão ao tratamento (Pinto et al., 2006).

Em nosso país recomenda-se, por meio do PNCT, que os pacientes com TBMDR devem ser acompanhados em serviço de Referência Terciária (RT), além de manter o TDO durante todo o tratamento. Ainda, orienta que devido à distância geográfica entre a residência dos pacientes e os serviços de saúde terciários, que a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ter participação ativa no tratamento, principalmente na realização do TDO (Brasil, 2011).

Ballesterio et al. (2014) observaram em seu estudo sobre TBMDR e TDO, em um Centro de Referência Ambulatorial no interior do estado de São Paulo, que há casos em que apesar da duração de um ano de TDO no mesmo serviço de saúde, o usuário não tinha vínculo com os profissionais, o que expressa a fragilidade da assistência integral dos indivíduos e da rede de serviços. Os discursos evidenciaram engessamento das posturas dos profissionais, pouco espaço de negociação,

descontinuidade da assistência e ausência do atendimento das necessidades das pessoas em acompanhamento na instituição.

De acordo com o MS, em 2000, o índice de cura da TB no Brasil foi de 75% dos casos tratados, mas poderia chegar a 95% se não houvesse deficiências no sistema de assistência e controle da doença. (Brasil, 2000).

1.4 ADESÃO AO TRATAMENTO

Dalcolmo (2007., p. 21) afirma que “não existe paciente difícil de ser tratado, como um fenômeno social isolado, existe serviço ineficiente”, evidenciando que os profissionais não estão qualificados. A formação profissional na área da saúde, na maioria das vezes, é insuficiente para que os alunos desenvolvam as competências necessárias para diagnosticar precocemente, tratar adequadamente, prevenir o abandono e evitar o aparecimento da resistência medicamentosa, além de realizar ações de vigilância epidemiológica. A TB é uma doença intimamente ligada ao uso de drogas e/ou desinserção social e parte dos que são acometidos por este agravo tem dificuldades para comparecer aos serviços de saúde, devido ao longo tempo de tratamento. Os pacientes, muitas vezes, não são bem recebidos, acompanhados e tratados nas UBS, não aderindo ao tratamento. A existência de equipes multidisciplinares, capacitadas e comprometidas em acolher os usuários, o acesso aos exames laboratoriais e a disponibilização de incentivos de transporte e nutricional são condições que evitam o abandono (Dalcolmo, 2008).

Barreira (2015), gerente técnico de tuberculose da UNITAID, afirmou que em estudos internos realizados pelo MS observou-se que 50% dos profissionais de saúde não sabiam diagnosticar ou tratar a TB.

Bertolozzi (2005) aponta que na Epidemiologia Clássica a não adesão ao tratamento está vinculada a atitudes do sujeito e não é colocada em seu contexto de desenvolvimento de vida na sociedade. Para ela, a adesão deve ser interpretada levando em consideração três planos que possibilitarão entender o processo saúde-doença de forma integral, não limitando somente às questões de ordem física, clínica e biológica.

No primeiro, a forma como a pessoa entende o seu adoecimento irá fazê-la conduzir suas atividades diárias de maneira mais ativa ou não. O entendimento desse

processo relacionado com a vida social auxiliará o indivíduo na transformação de sua realidade através do reconhecimento das vulnerabilidades e das carências. Dessa forma, o sujeito emerge como protagonista do seu processo e não como um mero cumpridor de tarefas, possibilitando a ele o seu enfrentamento (Bertolozzi, 2005; Bertolozzi et al., 2009).

No segundo plano está a forma como este indivíduo se insere na sociedade que determina seu acesso ao trabalho, moradia, serviços de saúde, alimentação, vestuário, escolaridade, informação, transporte, lazer e outros que podem conduzir para o enfrentamento ou desgaste do cotidiano (Bertolozzi, 2005; Bertolozzi et al., 2009).

No terceiro plano está a organização dos processos de trabalho dos serviços de saúde, que devem enfatizar a transformação do objeto, mudando os perfis epidemiológicos em busca de uma vida saudável. Para tal é necessário a atuação de equipe multiprofissional que entenda a realidade de vida da população sob sua responsabilidade, identificando as necessidades de saúde através da escuta qualificada, vínculo e uma relação não dominadora (Bertolozzi, 2005; Bertolozzi et al., 2009).

Ferreira (2014) ao analisar a adesão ao tratamento da TBMDR utilizou os estudos desenvolvidos por Bertolozzi (2005), que apontaram várias questões interdependentes que também podem levar ou não à adesão ao tratamento da TBMDR, relacionadas ao desejo de viver, ao apoio nas dimensões físicas, emocional/psicológica e financeira e as relacionadas à forma como os serviços de saúde se organizam para o tratamento. Verificou que o desejo de viver estava ligado a um projeto de vida, que se encontrava intimamente envolvido no contexto familiar.

O apoio físico, emocional e financeiro foi necessário para as ações cotidianas, dadas as fragilidades físicas que podem acometê-los, assim como o acompanhamento às consultas e TDO; o apoio psicológico foi importante devido ao estigma e isolamento. Constatou ainda que o afastamento do trabalho levou à redução da renda, sendo o suporte financeiro muito importante, pois muitos contaram com ajuda de familiares, auxílio do INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), auxílio contemplado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), cesta básica e vale transporte, os dois últimos condicionados a realização do TDO (Ferreira, 2014).

A organização dos serviços de saúde, desde a gratuidade da assistência, a regularidade e distribuição dos medicamentos e o TDO nas UBS próximas ao domicílio, contribui para a adesão, mas algumas práticas, como o TDO obrigatoriamente realizado nos serviços de saúde, as consultas mensais no serviço de referência, a distribuição irregular de auxílio transporte e ausência de alimentação nos dias da consulta, precisam ser consideradas. Além disso, as equipes precisam estar atentas às necessidades clínicas, biológicas, sociais e psicológicas dos doentes, que muitas vezes podem não ser expressas em palavras (Ferreira, 2014).

Em 2007, o Ministério da Saúde publicou que 95,9% dos casos de TBMDR notificados no país entre 1994 e 2006 apresentaram resistência adquirida, ou seja, resultante de tratamento irregular e abandono, evidenciando a problemática de tratamentos anteriores mal conduzidos, seja pelo usuário ou pelas deficiências dos serviços de saúde (Brasil, 2007).

O abandono do tratamento permanece como problema para o controle da TB. Em 2014, no Brasil, 26,1% dos casos de retratamento de TB pulmonar tiveram esse desfecho, percentual quase três vezes maior do que os casos novos (11%), o que pode sugerir repetições de abandonos e risco para TB resistente devido ao uso inadequado de medicamentos (Brasil, 2007). Portanto, a assistência integral a esses pacientes pelas equipes de saúde é necessária e vai ao encontro a um dos pilares da estratégia “Fim da TB”, que orienta a integração dos cuidados centrado no paciente (WHO, 2015b).

1.5 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE

Uma das diretrizes do SUS é a organização dos serviços de saúde que deve ser pautada na integração, ou seja, a coordenação e cooperação do cuidado através de ações e serviços prestados por diferentes profissionais e estabelecimentos de saúde, abrangendo os níveis de complexidade do sistema, de maneira conjunta, articulada e contínua para assegurar a assistência integral ao paciente e família, abrangendo a prevenção, promoção e recuperação (Hartz, Contandriopoulos, 2004).

Ballesterio et al. (2014) observaram, em seu estudo sobre integralidade da atenção à saúde dos pacientes com TBMDR, que é necessário repensar a organização e coordenação da atenção, tendo em vista que falta comunicação entre o serviço de

referência e a UBS. O estudo verificou ainda que o paciente é o agente da comunicação entre os dois serviços, e que esta é permeada pelos seus julgamentos e valores, podendo comprometer a realização adequada do tratamento em virtude da descontinuidade do cuidado e da fragmentação da assistência. Os autores afirmam que uma rede de serviços coordenada de forma apropriada compartilha as informações sobre os usuários para promover a assistência integral nos serviços dos diferentes níveis da atenção.

Para Starfield (2002) a integralidade é um conjunto de serviços prestados pelos profissionais de saúde que abrange a promoção, prevenção, cura, cuidado e reabilitação. Deve ser aplicada em qualquer problema de saúde e em qualquer estágio do ciclo de vida dos pacientes, buscando satisfazer as suas necessidades, devendo ser continuada, ao longo da vida e envolver os diversos serviços.

Mendes (2011) descreve que o alcance da integralidade ocorrerá com a constituição e articulação em rede dos diversos serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, de forma horizontalizada, em que cada um tem o seu papel de importância.

Autores de um estudo sobre a coordenação da assistência no controle da TB, relatam que doentes de agravos crônicos como este necessitam de cuidados prestados ao longo do tempo, de maneira continuada e integrada, visando garantir a adesão ao tratamento. Evidenciaram que faltam informações nos formulários enviados da UBS para a Unidade de Referência e vice-versa e que a ausência de registros dificulta as condutas a serem tomadas. Constatou-se também que o município do estudo não tinha um sistema de informação integrado entre os serviços, o que dificultava o monitoramento dos pacientes, revelando a necessidade de organizar os fluxos das informações de modo ininterrupto (Assis et al., 2012).

A vigilância epidemiológica (VE) da TB tem por objetivo conhecer a magnitude da doença (morbidade e mortalidade) em uma determinada população, sua distribuição, fatores de risco e tendências no tempo, subsidiando as ações de controle do agravo. Suas principais ações são a definição, investigação e notificação do caso, bem como seu acompanhamento e encerramento, realizar visita domiciliária e convocação dos faltosos, investigar os contatos, organizar fluxo de atendimento nos serviços de saúde desde a busca ativa, referenciar e contrarreferenciar os casos quando necessário e realizar vigilância em instituições de longa permanência como abrigos, albergues,

asilos e outras (Brasil, 2011). Deve monitorar a situação e a tendência da doença para recomendar, executar e avaliar as atividades de controle, possibilitando a interrupção da cadeia de transmissão do agravo. Para tanto, a qualidade das informações é imprescindível, pois sua baixa qualidade não permite identificar o impacto das ações realizadas na vigilância do agravo (Braga, 2007; Brasil, 2000).

Para Braga (2007), a VE é constituída por dois tipos de dados. O primeiro compreende os dados de notificação da enfermidade que subsidiam a avaliação da capacidade de detecção e notificação dos casos, já segundo permite o acompanhamento e encerramento dos mesmos no sistema.

Em 2006, a OMS criou um grupo de trabalho (*Task Force*) para assegurar que os objetivos estabelecidos para 2015, relativos à prevalência e mortalidade por TB, fossem cumpridos. O grupo tinha três estratégias: reforçar a vigilância em todos os países para medir a incidência e mortalidade do agravo; realizar estudos de prevalência nos 22 países, dentre eles o Brasil, com maiores cargas da doença e rever periodicamente e atualizar as ferramentas de informações de vigilância e levantamento de dados de TB (WHO, 2015a).

O Brasil, assim como seus países vizinhos, comprometeu-se a aprofundar o controle da TB através da expansão da Estratégia DOTS, para tanto lançou seis componentes para o Plano Estratégico 2007-2015, sendo o último relativo ao desenvolvimento da capacidade de investigações epidemiológicas, operacionais e clínicas do Programa de Controle da doença. A partir daí passou-se a mensurar a incidência, prevalência e mortalidade pelo agravo, pois os estados brasileiros produziam dados sobre a incidência da TB notificada, mas desconheciam a incidência e prevalência real do agravo, assim como a mortalidade, a resistência às drogas e a coinfeção TB-HIV. Isto foi possível com a contratação de um grupo-tarefa composto por 30 profissionais, cujo objetivo era capacitar, assessorar, monitorar e avaliar os Programas Estaduais de Controle da TB, de forma a assegurar dados fidedignos sobre esses indicadores (Brasil, 2006).

Em 2012, a OMS recomendou um conjunto mínimo de indicadores para a gestão da TBMDR, agrupados em quatro categorias, (OMS, 2012).

A primeira categoria contempla indicadores de diagnóstico e mede o teste de sensibilidade aos antimicrobianos (TSA) para rifampicina e isoniazida, precocemente. Está voltado aos pacientes com risco de terem adquirido cepas resistentes e visa

garantir a administração adequada e precoce do esquema medicamentoso, reduzir a amplitude da resistência e expandir a probabilidade de sucesso terapêutico. Além disso, o TSA também deve ser realizado para fluoroquinolonas e injetáveis de 2ª linha durante o manejo dos casos MDR. Ainda foram incluídos nesta categoria os indicadores de total de pacientes com TB com risco de TB resistente que tiveram realizados o resultado do TSA para rifampicina e isoniazida; o total de casos de TBMDR detectados entre os pacientes com TB com TSA para isoniazida e rifampicina; os casos de TBMDR que realizaram TSA para fluoroquinolona e injetáveis de 2ª linha e demora no diagnóstico de TBMDR (OMS, 2012).

Os indicadores da segunda categoria sinalizam se os casos suspeitos ou confirmados de TBMDR tiveram seus tratamentos adequados no menor tempo possível, o início de tratamento precoce irá reduzir o risco de amplificação da resistência medicamentosa. Estão entre os indicadores o total dos pacientes suspeitos ou confirmados como TBMDR e inseridos em tratamento de TBMDR; casos confirmados de TBMDR inscritos em tratamento para TBMDR; casos confirmados de TBMDR e inscritos em tratamento para TBMDR; retardamento em início de tratamento da TBMDR (OMS, 2012).

Na terceira categoria estão os resultados preliminares, ela avalia a conversão da cultura, que deve ocorrer no sexto mês de tratamento, e irá indicar uma previsão em relação ao desfecho do caso, que ocorre de dois a três anos após o início do tratamento. Também estão elencados nessa categoria os abandonos e óbitos, dentre eles estão o total de casos de TBMDR com cultura negativa no 6º mês de tratamento; casos em tratamento de TBMDR que foram a óbito até o 6º mês de tratamento; abandonos de tratamento dos casos de TBMDR nos primeiros seis meses; casos que tratavam de TBMDR, mas não eram TBMDR; casos em tratamento para TBMDR que não eram de TBMDR (OMS, 2012).

Na última categoria estão os resultados finais, que são primordiais para avaliação da efetividade dos programas de controle da TB, e podem se distinguir entre seis tipos de resultados: cura; tratamento completo; óbito; falência; abandono e casos de TBMDR em tratamento sem nenhum dos outros resultados (OMS, 2012).

No Brasil a instalação completa de um sistema informatizado, em que é possível registrar dados dos casos segundo a classificação em monorresistente, polirresistente, multirresistente ou extensivamente resistente, SITE-TB, ocorreu

somente em julho de 2013, até então havia o Sistema TBMDR, em que se notificava somente os casos confirmados ou prováveis de multirresistência, antes desse período não se dispunha de um sistema nacional informatizado com todas as classificações (Brasil, 2015a). Dessa forma, os dados em nosso país são escassos (Coelho, 2014).

O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), implantado de maneira gradual no Brasil entre 1990 e 1993, tinha por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação compulsória, dentre eles a TB, em todos os municípios do país. Foi concebido para armazenar as informações provenientes de fichas de notificação e investigação (FNI), preenchidas manualmente pelos profissionais de saúde e enviadas para as vigilâncias regionais, que analisam e inserem os dados no sistema. Ele permite a identificação da magnitude dos eventos e suas possíveis causas em uma determinada população, dando subsídios para o planejamento e a tomada de decisão dos gestores federais, estaduais e municipais, além dos profissionais de saúde (Brasil, 2016b; IBGE, 2016).

Nessa ocasião, verificou-se que o SINAN não atendia a todas as demandas do sistema de vigilância do estado de São Paulo para o monitoramento dos casos de TB, uma vez que dados como a descoberta de casos e resultados dos testes de sensibilidade não eram contemplados. Assim sendo, em 1996, o Programa Estadual de Controle da Tuberculose de São Paulo criou e passou a utilizar o sistema EPI-TB e acordou com o MS que seus dados seriam convertidos e enviados periodicamente para o SINAN. Houve problemas nessa conversão, ocasionando duplicidade de casos e divergências nos desfechos. Entretanto, devido à iniciativa e ao encerramento de 90% dos casos, o PNCT premiou o estado na ocasião e o sistema EPI-TB permaneceu sendo utilizado até 2006, quando um sistema informatizado em tempo real, via internet, para o cadastro e monitoramento dos casos de TB, o TBWeb, foi implementado. O objetivo deste sistema é a vigilância dos casos através de registro único e seu acompanhamento do início ao encerramento do caso, possibilitando o registro de vários tratamentos do mesmo paciente, se necessário. Além disso, emite comunicados automáticos relativos a transferências, hospitalizações e comunicado de resistência medicamentosa dos casos para os diversos níveis de vigilâncias. O sistema parece ser adequado para a realidade desse estado, e sua confiabilidade e oportunidade tem melhorado ano a ano, pois dos 15.700 casos novos do ano de 2006,

somente 1.412 (9%) não estavam encerrados até outubro de 2007 (Galesi, 2007; São Paulo, 2008).

Apenas em 2003 ocorreu o processo de municipalização do Sistema de Vigilância na cidade de São Paulo, quando foi criada a Coordenação de Vigilância em Saúde (COVISA), com a finalidade de coordenar, planejar, supervisionar e avaliar o Sistema de Vigilância em Saúde do município, além de elaborar normas técnicas e protocolos para assegurar a qualidade de vida da população. Face à extensão deste município, foi necessário criar seis Divisões Regionais de Vigilância em Saúde (DRVS): Norte, Sul, Oeste, Sudeste, Centro e Leste, sendo esta última responsável por sete UVIS, cada uma localizada em uma área que corresponde a uma prefeitura regional, cabendo-lhe coordenar as atividades de vigilância em saúde do seu território, através do planejamento, monitoramento e avaliação; promover a capacitação técnica dos profissionais no âmbito da vigilância; utilizar e estimular o uso dos dados epidemiológicos para identificar as necessidades de saúde e subsidiar o planejamento das ações; dar publicidade as ações desenvolvidas em seu campo de atuação e enviar à COVISA os dados epidemiológicos e as ações desenvolvidas na sua área de abrangência. Às UVIS competem as mesmas ações das DRVS em seu território (São Paulo, 2017a, 2017b). As atividades desenvolvidas pelas UVIS abrangem a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, sendo que para cada uma delas há técnicos responsáveis pela interlocução dos dados e ações desenvolvidas nas Unidades de Atenção Básica, Referências Secundárias e Terciárias de seu território, que são compartilhados e discutidos com as DRVS e a COVISA.

A TB é um dos agravos monitorados pela UVIS que recebe as notificações dos casos pelas UBS, Pronto Atendimento, Hospitais e demais serviços de saúde do seu território. Há três anos sou interlocutora na UVIS da prefeitura regional de São Mateus para a TB e, dentre as minhas atividades, sou responsável pelo monitoramento da TB na região e pela inserção dos dados de notificação e de Boletins Mensais de Acompanhamento dos Casos (BMAC), encaminhados mensalmente pelos serviços de saúde, no Sistema Informatizado de Notificação e Acompanhamento dos Casos de TB do Estado de São Paulo (TBWeb).

Nos Boletins constam os seguintes dados: data do último comparecimento do paciente na UBS para consulta médica, exames realizados e o TDO. O monitoramento dos casos de TB envolve a análise da realização e dos resultados de exames de

escarro (baciloscopia, cultura e teste de sensibilidade, da sorologia ao HIV) para diagnóstico e controle de tratamento, bem como a análise da situação atual do paciente (mudança de diagnóstico, transferência, faltoso, abandono, em tratamento, óbito, em tratamento internado, falência, cura), do número de dias de TDO, controle de contatos, tempo, mudança de tratamento. Na análise, os resultados dos exames laboratoriais, constantes nas notificações e nos boletins, são confrontados com os disponíveis em três sistemas informatizados, sendo um municipal – Matrix – e dois do Instituto Adolfo Lutz* – GAL (Gerenciador de Ambiente Laboratorial) e SIGWEB (Sistema de Informação e Gerenciamento do IAL na WEB). Além disso, são analisadas as observações em que estão descritas intercorrências (encaminhamento para internação, apresentação de efeitos colaterais à medicação, entre outros).

A cidade de São Paulo conta com cinco laboratórios municipais, que foram reformados em 2015 para a conclusão da automação do sistema Matrix e Siga Saúde (Sistema Integrado de Gestão e Assistência à Saúde), visando agilizar o registro, assim como o laudo dos exames, que podem ser consultados pelas UBS através da internet (São Paulo, 2015).

Observei em meu cotidiano algumas situações que dificultam o monitoramento: a inconsistência de dados de notificação e de boletins e a ausência de dados sobre os casos de TBDR encaminhados e acompanhados pelo serviço de saúde denominado RT. Ademais, o controle de contatos é de responsabilidade da UBS de origem da pessoa com TBDR, devido a sua localização próxima da residência das famílias. Esta atividade tem baixa frequência de realização e não é registrada no Sistema TBWeb, tendo em vista que o acesso de digitação fica a cargo da RT.

O BMAC das UBS (instância municipal) não contém os dados destes casos de TBDR, pois embora o TDO seja realizado na unidade de origem do paciente, o acompanhamento clínico e laboratorial é efetuado na RT (instância estadual). Além disso, o Comitê Municipal definiu que cabe às UBS a realização mensal dos exames laboratoriais e a avaliação dos contatos, caso os pacientes não tenham condições de ir ao Serviço de RT, o que gera duplicidade de exames. Muitas vezes, a UBS não informa sobre o TDO e não solicita e nem recebe informações sobre o

* O Instituto Adolfo Lutz é reconhecido internacionalmente, colaborador da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) e credenciado pelo MS como Laboratório Nacional em Saúde Pública, conta com doze Laboratórios no ESP, atuando em ações de vigilância epidemiológica, ambiental e sanitária.

acompanhamento do caso ou se o recebe não dá a devida importância, percebe-se então a falta de vínculo bem como a descontinuidade da assistência integral aos pacientes. Sendo o monitoramento dos casos frágil e falho, há situações em que pessoas com TBDR recebem alta da RT sem a realização do exame de escarro para o controle de tratamento, seja na UBS ou na RT, conforme preconizado pelo PNCT.

Face às dificuldades para o monitoramento dos casos de TBDR, a COVISA e a RT definiram um fluxo de atendimento e as responsabilidades de cada serviço para a assistência aos casos de TBDR. Assim, cabe à UBS preencher e encaminhar mensalmente o impresso sobre o TDO e registrar no prontuário as informações sobre datas da próxima consulta, resultados dos exames realizados e dias de tratamento supervisionado e autoadministrado. Após a consulta médica, o prontuário deverá ser encaminhado ao setor de Vigilância Epidemiológica da RT, para o monitoramento e ações dos casos de TBDR. Este setor da RT é responsável pela inserção dos dados no Sistema TBWeb e SITE-TB, visando o acompanhamento clínico, exames, contatos, retorno dos casos, medicação em uso e análise dos exames.

Simultaneamente, a COVISA elaborou o instrumento MonitoraTBDR para subsidiar o monitoramento dos casos de TBDR (Anexo 3) pela UBS e UVIS. A UBS deverá preenchê-lo, anexá-lo ao prontuário e encaminhá-lo mensalmente à UVIS, para subsidiar a análise epidemiológica da TBDR no território com a Divisão Regional e COVISA e, posteriormente, com o Comitê de Tuberculose Regional.

Diante do exposto, foi proposta a realização do presente estudo visando avaliar se o Instrumento MonitoraTBDR atende a sua finalidade, se o seu conteúdo é pertinente para monitorar os casos de TBDR e as facilidades e dificuldades encontradas na sua aplicação.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção dos profissionais sobre o conteúdo e a aplicabilidade de um instrumento para o monitoramento epidemiológico da tuberculose resistente às drogas.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil epidemiológico da tuberculose resistente às drogas na CRSL no período de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016.
- Identificar a opinião dos profissionais sobre a utilização do instrumento para monitorar os casos de tuberculose resistente às drogas.
- Identificar as facilidades e dificuldades na utilização do instrumento.
- Adaptar o instrumento de acordo com as sugestões dos profissionais e dificuldades identificadas.

3 Métodos

3 MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter aplicado, de abordagem qualitativa e quantitativa. Esta modalidade de pesquisa visa atender a necessidade de solucionar problemas emergentes no cotidiano de serviços e tem uma finalidade prática (Tobar, Yalour, 2001). No caso, a finalidade prática consiste em verificar se o instrumento MonitoraTBDR, atualmente em uso, permite o monitoramento dos casos de tuberculose resistente às drogas e se a sua utilização é viável nas UBS e UVIS da Coordenadoria Regional de Saúde Leste do município de São Paulo.

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

Foi realizado na região Leste do município de São Paulo. O decreto nº 57.857, de 05 de setembro de 2017, da cidade de São Paulo, reorganizou e dividiu a cidade em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) a Leste, a Centro, a Oeste, a Norte, a Sul e a Sudeste (São Paulo, 2017a). Cada CRS é formada por Supervisões Técnicas de Saúde (STS), totalizando 27 no município. A Coordenadoria Regional de Saúde Leste (CRSL) conta com sete STS: Cidade Tiradentes, Ermelino Matarazzo, Guaianases, Itaim Paulista, Itaquera, São Mateus e São Miguel Paulista, sendo que para cada uma delas há uma UVIS

Figura 1 – Coordenadorias Regionais de Saúde do Município de São Paulo. 2018

Fonte: Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, Coordenadorias de Saúde. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/organizacao/coordenadorias_saude/index.php?p=6541; acessado em 10/03/2018.

A CRSL ocupa uma área de, aproximadamente, 194 km², com uma população estimada no censo demográfico de 2010 de 2.380.783 habitantes e densidade demográfica de 12.272 hab/km², com taxa de crescimento de 0,52% ao ano. A região apresenta a distribuição de renda mais desequilibrada do município, 72% recebe até 2 salários mínimos (São Paulo, 2012a).

Além disso, o censo de 2010 deixa evidente que essa região apresenta o menor percentual de domicílio com bens duráveis, tem o maior percentual de jovens (15 anos ou mais) que possuem apenas o ensino fundamental completo (23,9%), o menor percentual de adultos jovens (25 anos ou mais) com ensino superior (8,0%), apresenta a maior taxa de analfabetismo em idosos (15,5%), superior à taxa municipal (8,9%) e mais de 1/3 das pessoas ocupadas gastam mais de uma hora até duas horas no deslocamento casa-trabalho (São Paulo, 2012b).

A região possui 184 equipamentos públicos de saúde, sendo 87 Unidades Básicas de Saúde; 3 Ambulatórios de Especialidades (AE); 25 AMA/UBS Integrada, 7 Unidades de DST/AIDS (Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Assistência Especializada); 23 Unidades de Saúde Mental (Centro de Apoio Psicossocial Adulto, Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas, Centro de Apoio Psicossocial Infantil, Centro de Convivência e Cooperativa), 1 Centro de Referência a Saúde do Trabalhador; 1 Laboratório; 6 Unidades de Saúde Bucal; 10 Unidades de Reabilitação; 3 Unidades Especializadas (Casa SER e Centro de Referência de Medicina Tradicional, Homeopatia e Práticas Integrativas de Saúde); 5 Unidades de Assistência Médica Ambulatorial (AMA); 2 Ambulatórios Médicos Especializados (AME); 3 Hospitais Dia da Rede Hora Certa; 4 Prontos Socorros e Prontos Atendimentos e 4 Hospitais (São Paulo, 2013a).

3.3 FONTE DE DADOS

Na identificação das pessoas notificadas com TBDR, residentes na CRSL, no período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2016, utilizou-se como fonte de dados dois bancos de dados: o da TBWeb e o de TB Resistente do Programa de TB da Cidade de São Paulo, que são sistemas de acompanhamento dos casos de TB.

3.4 GRUPO DE ESTUDO

Para identificar os profissionais que fizeram parte do grupo de estudo verificou-se, primeiramente, no Banco de Dados de TB Resistente do Programa de Tuberculose da Cidade de São Paulo (06/06/2017 e disponibilizado em 09/08/2017) os casos de TBDR em tratamento na CRSL, no período de janeiro a junho de 2017, com indicação das UBS, uma vez que os profissionais destes serviços teriam utilizado o formulário em análise. Foram constatados 33 casos em tratamento cooperados em 29 UBS, acompanhados por 29 profissionais e monitorados por outros nove das sete UVIS e DRVS.

Crítérios de exclusão: profissionais das UBS e UVIS que utilizaram o instrumento de monitoramento menos de duas vezes.

3.5 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada em duas etapas.

Etapa 1: após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP e da SMS de São Paulo, foi solicitado à COVISA o Banco de Dados de TB Resistente do Programa de Tuberculose da Cidade de São Paulo, bem como o banco do TBWeb, que foram disponibilizados agosto de 2017, para identificar e caracterizar o perfil epidemiológico dos casos de TBDR na CRSL no período de 2007 a 2016, com as seguintes variáveis: sexo, raça/cor, faixa etária, escolaridade, situação empregatícia, procedência, situação de vulnerabilidade, número e avaliação dos contatos, tipo de caso, desfecho, tipo de resistência às drogas, os agravos associados e tipo de tratamento. Foi realizada a correlação deste banco com o da TBWeb* para identificar a distribuição dos casos por região e excluir casos de outras regiões.

No Banco de Dados de TB Resistente do Programa de Tuberculose da Cidade de São Paulo, havia 213 casos na CRSL, mas quando os dados foram confrontados com os dados do TBWeb, em uma planilha do Excel®, verificou-se que um caso havia sido notificado em 2017, três foram diagnosticados no sistema prisional e

* O TBWeb é um Sistema de Notificação e Acompanhamento dos Casos de Tuberculose do Estado de São Paulo.

um tinha sido transferido de Bauru, mas não iniciou o tratamento na região. Assim, cinco casos foram excluídos, ficando 208 casos novos de TBDR.

A distribuição espacial dos casos de TBDR foi realizada utilizando-se o software Google Earth™ e a informação de endereço dos casos foi obtida na base de dados TBWeb.

Etapas 2: correspondeu às entrevistas com os profissionais de todas as Unidades Básicas de Saúde das sete STS da Região, com o objetivo de caracterizá-los, identificar suas opiniões sobre a utilização do instrumento para monitorar os casos de TBDR, além das facilidades e dificuldades na utilização do mesmo. As entrevistas foram realizadas segundo um roteiro (Apêndice A), contendo questões abertas e fechadas, foram gravadas, mediante autorização das entrevistadas, e transcritas. Uma pesquisadora de campo realizou as entrevistas com os profissionais das UBS na região em que a pesquisadora atuava. Dos 38 profissionais, 24 foram entrevistados e 14 foram excluídos pelos seguintes motivos: um recusou-se a participar, um tinha usado o instrumento MonitoraTBDR apenas uma vez, sete nunca o tinham utilizado, quatro o desconheciam e um era a própria pesquisadora.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme a resolução 466/2012, este estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), conforme Parecer de número 2.157.195 (Anexo 1), no dia 05/07/2017, e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, conforme Parecer 2.203.164 (Anexo 2), no dia 06/08/2017.

Após as devidas autorizações, o projeto foi apresentado aos profissionais das UVIS, DRVS, COVISA, STS e UBS através de e-mails. Posteriormente houve um agendamento de horário, via telefone, para as entrevistas e os profissionais foram convidados a participar do estudo mediante ciência do TCLE (Apêndice B).

Para a utilização dos dados contidos no banco de dados do TBWeb, foi solicitada autorização junto a Coordenação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sobre o perfil epidemiológico da TBDR foram inseridos em um banco de dados, utilizando-se o programa Excel®, a partir do qual foram elaboradas tabelas/gráficos/figuras, apresentadas em frequência absoluta e percentual. Os dados qualitativos sobre a percepção dos enfermeiros foram analisados tendo como base a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2011), em que foram definidos temas orientados pelos itens integrantes do instrumento em foco. Assim, primeiramente cada profissional foi identificado por uma letra e um número, após se iniciou uma leitura flutuante a fim de identificar e codificar as unidades, recortes do texto, como palavras, frases ou temas. Em seguida, agruparam-se as unidades que tinham características semelhantes, por meio de leituras repetidas e, por fim, procedeu-se a análise propriamente dita. Após a análise dos depoimentos dos entrevistados o instrumento MonitoraTBDR foi revisto com base nas sugestões apresentadas.

4 Resultados

4 RESULTADOS

4.1 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE RESISTENTE ÀS DROGAS NA CRSL NOS ÚLTIMOS DEZ ANOS

No período de 2007 a 2016 foram notificados 208 casos de TBDR na Coordenadoria Regional de Saúde Leste da cidade de São Paulo, 132 (63,5%) eram do sexo masculino e 76 (36,5%) do sexo feminino; a maioria, 95 (45,7%), era da raça/cor branca, seguida pelos pardos, 62 (29,8%), pretos, 18 (8,7%), amarelos, 2 (1,0%) e em 31 (14,9%) essa característica era ignorada; 171 (82,2%) pertenciam ao grupo em idade produtiva, que abrange as idades de 20 a 59 anos, mas a faixa etária de 20 a 29 anos prevaleceu, sendo igual a 57 (27,4%).

Em relação à escolaridade, 65 (31,3%) tinham de 8 a 11 anos de estudos, 55 (26,4%) de 4 a 7 anos, 23 (11,1%) de 1 a 3 anos, 20 (9,6%) de 12 a 14 anos, 4 (1,9%) não tinham nenhuma escolaridade, 4 (1,9%) estudaram mais de 15 anos e, em 37 (17,8%) não havia informação sobre esse atributo. Quanto à situação empregatícia, 39 (18,8%) estavam desempregados, 13 (6,3%) eram aposentados, 13 (6,3%) eram donas de casa, 4 (1,9%) eram detentos e, dos 139 que estavam trabalhando, 2 (1,0%) eram profissionais da saúde, 118 (56,7%) tinham outras ocupações e 19 (9,1%) estavam em branco. A maioria, 106 (51,0%), era procedente do estado de São Paulo, 39 (18,8%) de outros estados, 2 (1,0%) de países da América do Sul e o restante, 61 (29,3%), estavam em branco ou ignorado.

Quanto às características clínico-epidemiológicas, verificou-se que o número de casos ocorridos em 2010 (35) foi superior à média anual (20) de casos registrada no período de 2007 a 2016. A forma clínica pulmonar ocorreu em 194 (93,3%) casos e 20 (9,6%) destes tinham também uma forma extrapulmonar.

Em relação ao desfecho dos casos, constatou-se que a cura ocorreu em mais da metade, 127 (61,1%), o abandono em 26 (12,5%), o óbito pela TB em 14 (6,7%), 20 (9,6%) continuam em tratamento, 18 (8,7%) foram a óbito por outras causas e a transferência para outros estados/país em 3 (1,4%). (Tabela 1). Daqueles que abandonaram o tratamento, 21 (80,8%) eram do sexo masculino.

O ano de 2010 nos chama a atenção novamente, pois foi alcançada a maior taxa de cura (77,1%) e nenhum óbito, sendo que nos anos seguintes essa taxa diminuiu.

Tabela 1 – Distribuição do número de casos de TBDR na CRSL e seus desfechos segundo o ano de incidência. São Paulo, 2017

Ano de Incidência	TBDR		Cura		Abandono		Óbito TB		Em Tratamento	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2007	19	9,1	11	57,9	4	21,1	2	10,5	0	0,0
2008	26	12,5	17	65,4	2	7,7	2	7,7	0	0,0
2009	24	11,5	18	75,0	5	20,8	1	4,2	0	0,0
2010	35	16,8	27	77,1	3	8,6	0	0,0	2	5,7
2011	26	12,5	15	57,7	3	11,5	2	7,7	0	0,0
2012	14	6,7	8	57,1	4	28,6	2	14,3	0	0,0
2013	18	8,7	10	55,6	3	16,7	3	16,7	0	0,0
2014	13	6,3	8	61,5	0	0,0	0	0,0	4	30,8
2015	20	9,6	10	50,0	2	10,0	1	5,0	5	25,0
2016 ⁽²⁾	13	6,3	3	23,1	0	0,0	1	7,7	9	69,2
Total	208	100,0	127	61,1	26	12,5	14	6,7	20	9,6

Fonte: TBWeb e Banco de Dados de TB Resistente do Programa de Tuberculose de São Paulo (SP). Dados junho/2017

⁽¹⁾ Os desfechos não incluídos na tabela foram de Transferência ou Óbito por outras causas.

⁽²⁾ Dados provisórios.

Observa-se na tabela 2 que, proporcionalmente, tivemos uma média anual de 1,4% de casos de TBDR na CRSL, em relação a todos os casos TB. Novamente nos chama a atenção o ano de 2010 com 35 (2,3%) casos de TBDR, sendo o maior no período de dez anos e, o menor 13 (0,8%) foi no ano de 2016. Quase metade dos pacientes, 97 (48,2%), já havia tratado de TB anteriormente. Observa-se ainda que nos primeiros cinco anos ocorreram 130 casos e nos últimos cinco foram 78, isso representa um decréscimo de 40% na ocorrência dos casos de TBDR.

Tabela 2 – Distribuição do número de casos de TB, TBDR e TBDR com tratamento anterior na CRSL, segundo o ano de incidência. São Paulo, 2017

Ano	Casos de TB	TBDR	% TBDR em relação aos casos de TB	TBDR com tratamento anterior	% TBDR com tratamento anterior
	N	N	%	N	%
2007	1286	19	1,5	11	57,9
2008	1422	26	1,8	11	42,3
2009	1445	24	1,7	6	25,0
2010	1538	35	2,3	17	48,6
2011	1486	26	1,7	13	50,0
2012	1384	14	1,0	11	78,6
2013	1471	18	1,2	9	50,0
2014	1451	13	0,9	9	69,2
2015	1588	20	1,3	6	30,0
2016	1533	13	0,8	4	30,8
Total de casos	14604	208	1,4	97	48,2

Fonte: TBWeb e Banco de Dados de TB Resistente do Programa de Tuberculose de São Paulo (SP). Dados junho/2017

Na cidade de São Paulo, a modalidade de resistência preponderante foi a monorresistente, já na CRSL o número de casos com monoresistência foi quase igual ao de multirresistência. Ainda na CRSL, a porcentagem de TBMDR foi mais que o dobro (43,1) do total de casos com resistência registrados no município de São Paulo (20,9). (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição do número de casos de TBDR, com resultado do teste de sensibilidade, no município de São Paulo e na CRSL, segundo o tipo de resistência às drogas, no período de 2013 a 2015. São Paulo, 2017

Tipo de resistência às Drogas	TBDR São Paulo		TBDR CRSL	
	N	%	N	%
Monorresistência	258	67,5	23	45,1
Multirresistência	80	20,9	22	43,1
Polirresistência	44	11,5	6	11,8
Total	382	100,0	51	100,0

Fonte: TBWeb e Banco de Dados de TB Resistente do Programa de Tuberculose da Cidade de São Paulo – Dados junho/2017

A distribuição geográfica dos casos com TBDR, de acordo com os endereços das pessoas com TBDR, abrangeu todas as STS da região Leste da cidade de São Paulo, mas a região de São Mateus é a que apresentou maior número de casos (25) de TBMDR, distribuídos de forma dispersa, seguida por Itaquera com 21 casos. Ainda na região de Itaquera, houve um maior número (55) de casos de TBDR, seguida por São Mateus (36). Observa-se ainda um aglomerado de casos em uma pequena área de Itaquera, em sua maioria de casos monorresistentes, e um menor número em Ermelino Matarazzo.

Figura 2 – Distribuição dos casos de TBDR⁽¹⁾, por tipo de resistência as drogas, da região Leste de São Paulo, 2007 a 2016

Fonte: Google Earth™

TBWeb - Dados junho/2017

⁽¹⁾ Cada ponto representa um caso

No período de dez anos a proporção de casos em relação ao tipo de resistência às drogas foi semelhante, sendo a maioria, 109 (52,4%), monorresistente, seguido por 87 (41,8%) multirresistente, 9 (4,4%) polirresistente, exceto os 3 (1,4%) XDR diagnosticados nos primeiros 5 anos. (Tabela 4)

Tabela 4 – Distribuição do número de casos de TBDR na CRSL, com resultado do teste de sensibilidade, segundo o tipo de resistência, nos períodos de 2007 a 2016. São Paulo, 2017

Tipo de resistência às drogas	TBDR 2007 a 2011		TBDR 2012 a 2016		Total TBDR 2007 a 2016	
	N	%	N	%	N	%
Monorresistência	70	53,8	39	50,0	109	52,4
Multirresistência	55	42,3	32	41,0	87	41,8
Polirresistência	2	1,5	7	9,0	9	4,4
XDR	3	2,4	0	0,0	3	1,4
Total	130	100,0	78	100,0	208	100,0

Fonte: TBWeb e Banco de Dados de TB Resistente do Programa de Tuberculose da Cidade de São Paulo – Dados junho/2017

A drogadição e o alcoolismo foram os dois agravos mais presentes entre os TBDR que não aderiram ao tratamento. (Tabela 5)

Tabela 5 – Distribuição do número de casos de TBDR na CRSL segundo agravos associados e adesão ao tratamento. São Paulo, 2017

Agravos ¹ Associados	TBDR (N=208)		Não adesão (N=26)		Adesão (N=182)	
	N	%	N	%	N	%
Diabetes	23	11,1	1	4,3	22	95,7
Drogadição	44	21,2	11	25,0	33	75,0
HIV	39	18,8	6	15,4	33	84,6
Alcoolismo	49	23,6	12	24,5	37	75,5
Tabagismo	12	5,8	0	0,0	12	100,0

Fonte: TBWeb e Banco de Dados de TB Resistente do Programa de Tuberculose da Cidade de São Paulo – Dados junho/2017

⁽¹⁾Alguns pacientes apresentam mais de um agravo.

Quanto à situação de vulnerabilidade, 7 (3,4%) deles estiveram encarcerados em algum momento da vida, sendo que 2 (28,6%) não aderiram ao tratamento.

Em 156 (75,0%) não havia informação sobre a realização de TDO e apenas 42 (20,2%) o realizaram, 10 (4,81%) o fizeram na modalidade autoadministrado. Entre os pacientes que abandonaram o tratamento, 2 (7,7%) realizaram TDO e 24 (92,3%) constavam como sem informação.

Figura 3 – Diagrama da avaliação dos contatos das pessoas com TBDR, CRSL, São Paulo, 2007 a 2016

Fonte: TBWeb e Banco de Dados de TB Resistente do Programa de Tuberculose da Cidade de São Paulo – Dados junho/2017

A figura 3 mostra que dos 208 pacientes com TBDR, em 152 (73,1%) não havia registro de qualquer ação realizada sobre o controle dos comunicantes. Dos 56 em que houve o levantamento, 47 (22,6%) apresentaram 236 contatos e 9 (4%) não tinham nenhum. Dos 236 contatos identificados, apenas 43 (18,2%) foram

examinados, sendo que 15 (6,4% dos contatos identificados e que representa 34,9% dos examinados) adoeceram.

4.2 A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE O INSTRUMENTO E SUA UTILIZAÇÃO PARA MONITORAR OS CASOS DE TUBERCULOSE RESISTENTE ÀS DROGAS

Foram entrevistados 24 profissionais (enfermeiros, dentista, estagiária e auxiliar de enfermagem), sendo 17 (70,8%) lotados em UBS e 7 (29,2%) nas UVIS e Divisão Regional de Saúde. O enfermeiro foi o profissional preponderante com 21 (87,5%) entrevistados. Os outros profissionais (dentista, estagiária da área de enfermagem e auxiliar de enfermagem) representaram três (12,5%) entrevistados. A totalidade, 24 (100%), era do sexo feminino; a faixa etária prevalente foi de 30 a 60 anos, com média de 38,2 anos. Quase a metade, 11 (45,8%), informou realizar atividades de controle da TB entre 1 e 5 anos e 19 (79,2%) receberam treinamento sobre o controle da TB. Em relação ao local de trabalho, 10 (41,6%) desenvolviam atividades em UBS sem ESF, 7 (29,2%) com ESF e 7 (29,2%) em UVIS e Divisão Regional de Vigilância em Saúde.

A média do tempo de utilização do instrumento foi de 6 meses, sendo que 12 (50,0%) o utilizaram entre 6 e 12 meses e 3 (12,5%), não souberam referir o tempo, assim 9 (37,5%) o utilizaram mais de 5 vezes e 13 (54,2%) o utilizaram com mais de um paciente; 16 (66,7%) informaram ter recebido o instrumento parcialmente preenchido pela COVISA ou pela UVIS.

Em relação ao tempo de preenchimento do instrumento, 8 (33,3%) levaram menos de 30 minutos para preenchê-lo pela primeira vez que o utilizaram, mas dessas, sete o tinham recebido parcialmente preenchido; 11 (45,8%) levaram de 30 a 60 minutos, 2 (8,3%) de 60 a 120 minutos, 1 (4,2%) mais de 120 minutos e 2 (8,3%) não se enquadram, uma por estar na DRVS e a outra, por ser enfermeira de UBS, foi orientada pela UVIS a não preencher, pois a UVIS iria fazê-lo. Já na segunda vez, 13 (54,2%) empregaram 10 a 30 minutos para preenchê-lo, sendo que dessas, 10 (77%) o tinham recebido parcialmente preenchido, 2 (8,3%) levaram até 5 minutos, 3 (12,5%) de 5 a 10 minutos, 2 (8,3%) de 1 a 2 horas, 2 (8,3%) não tiveram retorno do

instrumento para preenchê-lo novamente e 2 (8,3%) não se enquadram (como na anterior).

Há demora para preencher o instrumento devido tanto à dificuldade para coletar as informações dos prontuários ou de outras fontes de informação, como ao tempo despendido para tal, também foi apontada como uma justificativa da inviabilidade do uso do instrumento (H8, T20, F6, W23, U21, E5, N14, Q17, S19, X24), conforme os depoimentos abaixo:

“acho que demora meia hora ou mais, por que você tem que pegar informações do prontuário, mais informações do Matrix Net, Sistema GAL e na TBWeb algumas informações, então demorou um pouquinho, acho que uns 30 minutos, por aí” (X24).

“os sistemas são desintegrados” (T20, I9, H8).“

“baixamos as fichas do TBWeb, fomos ao sistema para alimentar...ele é trabalhoso e a resolutividade é ruim, tendo o prontuário preenchido que o Hospital não vê, eu tenho que juntar...o dado daqui não bate com o que tem lá” (T20).

Na avaliação geral da viabilidade do instrumento, 16 (67%) dos profissionais consideraram que o uso do instrumento no cotidiano dos serviços de saúde é viável e 8 (33%) o consideraram inviável:

“acredito que sim, por que ele é um paciente diferenciado, então é muito bom ter na mão o que ele está usando, pra gente fica mais fácil da gente visualizar os exames que ele fez, qual é a próxima consulta, a quantidade de dias que ele está fazendo” (M13).

“é viável, tranquilo e sucinto de preencher, as informações tem em prontuário, nenhuma informação que ele exija que o enfermeiro não deva saber... informações básicas, nada além do que você tenha e que não deva ter em um tratamento de TBMDR” (K11).

“envolve procurar prontuário, uns 30 minutos, procurar dentro do prontuário, verificar junto com a farmácia...eu não acho viável não” (Q17).

“não acho viável, por que todas as informações a gente já tem, inclusive no prontuário, no sistema TBWeb, a gente acaba olhando todos os sistemas para poder preencher” (X24).

“neste momento não acho viável, algumas informações aqui são repetitivas...essa parte de consultas do Clemente Ferreira a gente não tem acesso”(O15).

Na avaliação do conteúdo dos nove itens que compõem o instrumento verificou-se que o primeiro - “Quadro dos Resultados de Testes de Sensibilidade” - foi classificado como claro para 20 (83,3%), pertinente para 24 (100%), preciso para 21 (87,5%), relevante ou muito relevante para 22 (91,6%) e suficiente para 19 (79,2%).

O “Quadro de Esquema de Tratamento” foi classificado como claro para 17 (70,8%), pertinente para 24 (100%), preciso para 23 (95,8%), relevante para 14 (58,3%), sendo muito relevante para 10 (41,7%) e suficiente para 16 (66,7%).

Quando avaliado o item “Dados da Referência/ UBS Cooperada”, 24 (100%) o consideraram claro, pertinente e preciso, 23 (95,8%) o avaliaram como relevante ou muito relevante e 21 (87,5%) o consideraram suficiente.

A totalidade dos profissionais avaliaram o item “Doenças associadas” como claro, pertinente e relevante ou muito relevante, 22 (91,7%) como preciso e 23 (95,8%), como suficiente.

O conteúdo das “Situações de Vulnerabilidade” foi julgado claro e pertinente para 24 (100%), preciso para 23 (95,8%), relevante ou muito relevante para 24 (100%) e suficiente para 19 (79,2%).

O conteúdo da “História da Tuberculose” foi considerado claro para 23 (95,8%), pertinente para 22 (91,7%), preciso para 20 (83,3%), relevante ou muito relevante para 21 (87,5%) e suficiente para 19 (79,2%).

No item “Quadro de Registro do TDO na Unidade”, o conteúdo foi analisado por 19 (79,2%) dos entrevistados como claro, por 21 (87,5%) como pertinente, por 18 (75%) preciso e suficiente, por 22 (91,7%) como relevante ou muito relevante.

Na avaliação do item “Quadro de Registro dos Exames de Controle de Tratamento”, 22 (91,7%) o classificaram como claro, 23 (95,8%) como pertinente, 22 (91,7%) como preciso, 22 (91,7%) como relevante ou muito relevante e 20 (83,3%) como suficiente.

Na opinião de 23 (95,8%) dos profissionais o item “Avaliação de Contatos dos Casos TB Resistentes” foi claro, pertinente para 24 (100%), preciso para 17 (70,8%), relevante ou muito relevante para 21 (87,5%) e suficiente para 19 (79,2%).

Quanto à avaliação das fontes de informação e acesso ao conteúdo dos nove itens anteriormente avaliados, 22 (91,7%) dos entrevistados indicaram o Laboratório

como fonte de dados para o “Quadro dos Resultados de Testes de Sensibilidade”, sendo que para 12 (50%) o acesso era fácil.

Os dados necessários para preencher o “Quadro de Esquema de Tratamento”, segundo 20 (83,3%) dos entrevistados foram extraídos do Serviço de Referência, que também consideraram ser de fácil acesso os dados, uma vez que o paciente apresenta na UBS a prescrição de medicamentos recebida no serviço de referência. Em relação aos “Dados da Referência/UBS Cooperada”, 11 (45,8%) consideraram que as informações também foram advindas do Serviço de Referência e UBS, para 5 (20,8%) é a UVIS, para 3 (12,5%) seria o prontuário, 2 (8,3%) o TBWeb, 1 (4,3%) relatou não ter acesso/fonte, 2 (8,3%) relataram ser outras fontes e 19 (79,2%) julgaram que o acesso foi fácil.

Metade dos entrevistados (12) indicou que a fonte de informação para o preenchimento do quadro de “Doenças associadas” foi o Agente Comunitário de Saúde ou a própria pessoa com TBMDR, sendo que os dados foram obtidos durante um atendimento na UBS ou em uma visita domiciliar, 7 (29,2%) indicaram o prontuário, para 6 (25,0%) seria a ficha de notificação, para 4 (16,7%) o TBWeb, 8 (33,3%) a UBS, e 1 (4,2%) o Laboratório. O total foi superior a 100% devido à escolha de duas ou mais opções. O acesso foi considerado fácil para 17 (70,8%).

A fonte de informação para preenchimento do item “Situações de Vulnerabilidade”, segundo 19 (79,2%) entrevistados foi o Agente Comunitário de Saúde ou a própria pessoa com TBMDR ou seus familiares e o acesso às informações foi considerado fácil por 13 (54,2%) indivíduos. Da mesma maneira, para 20 (83,3%) dos entrevistados as fontes de informações para a “História da Tuberculose” foram as mesmas, exceto o ACS e 14 (58,3%) consideraram o acesso fácil.

Na opinião de 19 (79,2%) dos entrevistados, a fonte de informação para o “Quadro de Registro do TDO na Unidade” foi o prontuário e o acesso foi considerado fácil para 22 (91,7%). Já para o “Quadro de Registro dos Exames de Controle de Tratamento”, 19 (79,2%) dos entrevistados consideraram que a fonte foi o Laboratório e 14 (58,3%) o julgaram de fácil acesso. O prontuário também foi considerado fonte de informação para 14 (58,3%) dos entrevistados quando analisado o item “Avaliação de Contatos dos Casos TB Resistentes”, que também o julgaram ser de fácil acesso.

Os entrevistados foram unânimes em afirmar que cabe à UBS e à UVIS o monitoramento dos casos de TBDR.

Os enfermeiros afirmaram que a UBS e a UVIS devem monitorar os casos, pois esses serviços são responsáveis pela assistência aos moradores do território da área de abrangência desses serviços, por conhecer a magnitude e as características epidemiológicas da TB e assim identificar a população com maior risco de adoecer (S19, A1, V22, W23, R18, Q17, N14):

“o paciente está em tratamento na Referência, mas não deixou de morar na minha área de abrangência, então ele pode estar contaminando pessoas por aqui, por isso a gente tem que ver se ele está aderindo, se ele continua fazendo o tratamento e também por conta dos familiares que já teve esse contato com ele, não deixando de ser nosso paciente, apesar de estar indo fazer a consulta em outro local, ele tem que permanecer com vínculo na Unidade” (V22).

“... é um caso muito claro de que isso acontece mesmo, por que ..., a mãe tinha acabado de receber alta por cura e ela procurou um Pronto Atendimento por conta da tosse, fez um raio X e o médico diagnosticou pneumonia, ... receitou um remédio caro, o Clavulin, aí ela veio até mim, por que a gente tinha vínculo e disse: eu vim pra você trocar pra mim por que eu não vou ter condições de comprar.... Não é TB, eu disse, mas se a gente considerar a sua mãe isso aí pode ser e perguntei: ele coletou o seu escarro lá? Não. Você falou para ele que a sua mãe teve Tuberculose? Não falei. Eu troco a receita para você, mas se você colher o escarro pra mim...com quatro dias eu consegui puxar ... e foi detectado TB...” (W23).

Além disso, consideraram que é necessário monitorar os casos de TBDR para controlar a transmissão da doença (X24, K11, B2, U21, J10, O15, I9), pela dificuldade de adesão, tendo em vista que o tratamento é longo (X24, K11, L12), além de avaliar a resposta ao tratamento através dos exames laboratoriais (E5, F6):

“a UVIS deve monitorar os casos de TB Resistente... para que o bacilo resistente não se propague,... e principalmente ter o conhecimento da questão da Tuberculose Resistente Primária Adquirida,... para poder controlar a doença...” (I9).

“...é um tratamento mais prolongado e oneroso, sofrido pro paciente, sofrido pra equipe, ele gera um custo gigantesco pro Estado ...”(K11).

“precisa ver se ela está evoluindo, não tem que evoluir depois da medicação? Não tem que ser feito outros exames pra ver se melhorou? Então eu acho que tem que ter isso, e ela teve alta né” (E5).

Segundo 7 (29,2%) dos enfermeiros, o instrumento teve como finalidade congregar informações essenciais para o acompanhamento da evolução clínico-laboratorial e do tratamento da pessoa com TBMDR, assim como das ações de vigilância epidemiológica desenvolvidas, de forma a orientar a assistência (W23, S19, P16, B2, A1, M13, C3).

Na avaliação de 20 (83,3%) dos entrevistados o instrumento está possibilitando o monitoramento dos casos de TBDR, visto que facilitou o acesso dos profissionais às informações sobre a pessoa de maneira mais rápida e resumida:

“é viável,... bem completo, porque serve para nortear o tratamento desse paciente que tem que ter uma atenção melhor” (F6).

“o médico que atende consegue enxergar melhor como está a situação do paciente, inclusive tem dados que a gente traz da Referência. Eu não tinha muito vínculo com a referência e em virtude do instrumento consegui criar um vínculo melhor...” (W23).

“ele é um ótimo instrumento, inclusive quando a gente pensa que os profissionais que atendem o paciente não vão voltar nas evoluções anteriores dos prontuários, então com o monitoramento ele consegue bater o olho e ter acesso ao que está acontecendo com o paciente e a partir daí continuar a consulta. Não precisa ter preguiça de ler todo o prontuário, por que as informações estão bem resumidas e o que ele precisa saber está bem claro e não gasta muito tempo para consulta” (W23).

“quando ele é encaminhado para referência, muitas vezes a UBS se esquece dele, ah ele está na Referência, então ele está bem. Então é meio difícil assim para a gente também, as vezes para o paciente vir aqui, ir lá depois, o instrumento nos ajuda a ver se ele está fazendo certo, ... se ele está ganhando peso, se está tudo bem com os exames, o histórico dele. ..” (B2).

Para 4 (16,7%) ele não estava auxiliando o monitoramento, conforme os depoimentos abaixo:

“Não ajuda, ele dá mais trabalho, eu acho que deveria se pensar uma forma que otimizasse, por exemplo, quando eu liguei lá para pedir os dados eles falaram, Ah, mas a UVIS tem acesso a tudo isso...eu tenho muitos pacientes, não vou ficar correndo atrás de informações.... Eu falei, mas calma...” (D4). (referindo-se ao dia que ligou na Referência para ter algumas informações do paciente).

“Na prática a gente acaba, querendo ou não, ficando sem contato com eles, com os pacientes, o contato que a gente tem é com planilha, é através do papel, esse é o nosso paciente” (L12) (relatado por um profissional de UVIS).

No que tange a questão de utilização do instrumento, 9 (37,5%) dos profissionais relataram que o uso do instrumento é importante e válido no cotidiano (G7, I9, B2, A1, E5, R18, T20, H8, K11) e que auxilia os profissionais a refletirem sobre o processo de trabalho, pois através dele as informações são organizadas e sistematizadas, subsidiando a avaliação da assistência e o controle do agravo (H8).

Em relação ao fluxo de informações do instrumento entre os serviços envolvidos na assistência e na vigilância epidemiológica dos casos de TBDR, 12 (50%) dos entrevistados consideraram que há um fluxo de informações entre a UBS e UVIS (D4, V22, W23, P16, B2, C3, M13, A1, S19, X24, K11, F6) e desses, 5 (20,8%) afirmaram que a UVIS encaminha a informação para a COVISA (D4, V22, W23, P16, B2), mas 10 (41,7%) disseram não haver nenhum fluxo estabelecido e 2 (8,3%) relataram desconhecer o fluxo, conforme atesta o depoimento em seguida:

“ele vem da UVIS, aqui da Supervisão Técnica de Saúde, ... ele vem previamente preenchido e, mensalmente, a cada fechamento do acompanhamento dos casos de Tuberculose, a gente entrega ele pra UVIS também alimentar as planilhas deles e, dali as informações vão pra COVISA...” (W23).

O instrumento foi considerado inviável por oito (33%) enfermeiros, fundamentando a avaliação nos seguintes aspectos: alguns dos dados já constavam do prontuário ou de outros sistemas, como TBWeb e/ou SITE-TB (I9, T20, X24, O15), há dificuldade de comunicação entre a UBS e o Serviço de Referência para obtenção de dados (D4, J10, K11). Alguns profissionais das UBS afirmaram que o instrumento contém termos técnicos sobre a TB que torna complexo o seu preenchimento e também consideraram que a alta rotatividade de profissionais dificulta o seu preenchimento devido à falta de conhecimento sobre os pacientes (J10, G7).

“não acho viável, por que todas as informações a gente já tem, inclusive no prontuário, no sistema TBWeb, e aí a gente acaba olhando todos os sistemas para poder preencher o instrumento, então é uma informação a mais a ser registrada...” (X24).

“o único problema que eu vejo é que eu não tenho muita resposta da Referência pra preencher e tem alguns campos que ficam em branco” (K11).

“Não é viável pelo perfil das nossas UBSs não, roda muito, estamos tentando deixar uma pessoa para cuidar da TB, se conseguirmos dá...a pessoa que preencher tem que conhecer a tuberculose mesmo, tem que estar a fundo do paciente, pegamos poucas UBSs que saibam, uns ainda tem dificuldade técnica do TRM” (J10).

Dos profissionais entrevistados, sete (29,2%) tiveram dificuldades para preencher o instrumento devido à falta de acesso a algumas informações (P16, O15, X24, D4, U21, C3, V22), sete (29,2%) deles apontaram a necessidade de treinamento para conhecerem sua finalidade e serem orientados sobre como preenchê-lo (N14, L12, F6, V22, S19, J10, B2).

Frente às dificuldades encontradas no uso do instrumento, foram apresentadas algumas sugestões para modificar seu conteúdo, tais como inserir campo de consultas na Referência e UBS, a data da chegada dos medicamentos na UBS, tendo em vista que os mesmos vêm através da CRSL por carga (F6). Outros profissionais sugerem que se utilize um sistema informatizado e integrado do instrumento (T20, I9, H8).

Os enfermeiros que consideraram o preenchimento do instrumento “trabalhoso” e repetitivo (G7, D4, J10, T20, B2) indicaram a sua inserção no Prontuário Eletrônico do Paciente (G7, T20), no TBWeb e SITE-TB de forma integrada (I9).

Além disso, três entrevistadas sugeriram que o monitoramento das pessoas com TBMDR deve ser realizado por uma equipe multiprofissional (R18, J10, T20):

“a gente percebe que a demanda do paciente de TB é principalmente do multidroga ou drogaresistente não é só biológica, a gente não dá conta! É um movimento que temos feito no território de tentar mostrar que o paciente tem de ser da equipe multi, pois tem demanda social e psicológica e o enfermeiro tem que ficar cuidando do tratamento ..., se tem farmacêutico em toda a rede. ... , o assistente social não monitora!” (T20).

Outras sugestões: inserção no instrumento de campos para inserção do número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e dos prontuários na UBS e na Referência, do nome do profissional enfermeiro responsável pelo paciente no Serviço de Referência e descrição do peso do paciente no exame de controle de tratamento (M13). Ainda,

foi proposto que o instrumento seja aplicado para pacientes que já tiveram alta, mas têm contatos em avaliação ou acompanhamento (W23).

Visando à assistência com qualidade à pessoa com TBDR, seus familiares e outros contatos, por parte das UBS, UVIS e Serviço de Referência, 8 (33%) entrevistados afirmaram ser necessário haver um canal de comunicação entre esses serviços (K11, P16, E5, N14, H8, R18, W23, X24), para que os mesmos compartilhem informações, tais como, agendamento de consultas, exames, comparecimento às consultas, evolução do tratamento, internações hospitalares, terapêutica medicamentosa, contexto social, realizações de visitas domiciliares, resultados de exames radiológicos e laboratoriais, avaliação dos comunicantes, data e motivo de alta do tratamento, transporte para as consultas, mudança de tratamento e justificativa e quimioprofilaxia, conforme o depoimento abaixo:

“a gente precisava ter um trabalho em conjunto com o Serviço de Referência, por que muitas vezes o paciente ou até a família é avaliada lá e a gente não tem esse feedback, então ... o paciente falou que os filhos passaram lá e já estão fazendo quimioprofilaxia, mas aqui a gente não tem essa informação. ..., a UVIS orienta o Clemente do que está acontecendo aqui. Então se avaliou o contato a gente manda pra eles lá, mas não acontece o contrário ..., inclusive se o paciente está faltoso lá, a gente não fica sabendo, a UBS que avisa que o paciente não foi ao Clemente, ... falta uma comunicação, um canal mais aberto entre a UVIS e o Clemente, eles são acessíveis, mas não tem esse fluxo: ah vamos informar a UVIS que ele não está vindo, ... inclusive sobre quimioprofilaxia, por que quem faz a quimio é a Unidade e, as vezes, a gente não está nem sabendo que está fazendo ..., seria importante discutir nesse canal a avaliação dos contatos e do paciente, tem exames que eles fazem lá e a gente não tem acesso aos resultados, não tem na TBWeb..., paciente que é TBRM que dá alterado, aí elas dizem, aqui está liberado, mas como assim está liberado, não tem nenhum relatório, em que conste o resultado do exame . E aí, a gente libera ele aqui ou não, não pode dar alta por telefone! Tem que ser documentada, mas a contrarreferência está faltando” (X24).

4.3 INSTRUMENTO MONITORATBDR REVISTO

As sugestões relatadas pelos profissionais entrevistados sobre instrumento MonitoraTBDR foram: inserção de novos campos como o número do CNS, data da consulta no serviço de referência, data do recebimento dos medicamentos na UBS, número do prontuário na UBS e no Serviço de Referência, nome do profissional

enfermeiro responsável pelo paciente no Serviço de Referência e descrição do significado de cada tipo de encerramento e cada droga utilizada no tratamento. Como o instrumento já descreve as drogas utilizadas, esse campo não foi alterado, somente reorganizado. Com base na recomendação da OMS, sugeriu-se a inserção de um campo sobre eventos adversos. Considerando tais sugestões e as dificuldades no seu preenchimento, procedeu-se a revisão do instrumento. (Anexo 4).

5 Discussão

5 DISCUSSÃO

A discussão do perfil epidemiológico da TBDR se faz necessária para explicitar sua extensão e a relevância do seu monitoramento para o controle da TB.

Assim sendo, no período de 10 anos ocorreram 208 casos de TBDR na CRSL, somente em 2010 o número de casos (35) foi superior à média anual (20) no período de 2006 a 2017.

De acordo com dados do Boletim da COVISA sobre a TB, a partir de 2008 a Busca Ativa foi pactuada como indicador de monitoramento entre a Atenção Básica e os parceiros da ESF na cidade de São Paulo, quando ocorreu um aumento na descoberta de casos pulmonares bacilíferos. No ano de 2010 foram realizadas 46.304 culturas de escarro, comparando-se ao número de procedimentos realizados em 2007 (34.670), verifica-se que houve um incremento de 33% na realização do exame. O maior número culturas poderia justificar o aumento do índice da detecção da doença em 2010, apesar de a quantidade de teste de sensibilidade realizada não ser mencionada (São Paulo, 2011; São Paulo, 2016).

Algumas características sociodemográficas do grupo social estudado se assemelharam às encontradas em outros estudos, como sexo e idade, em que a maioria era homem e tinha de 20 a 29 anos (Coelho, 2014; Belo et al., 2010; Ferreira et al., 2011; Vieira et al., 2007).

Estudos sugerem que o agravamento da TB acometa mais os homens devido ao maior risco de exposição ao *Mycobacterium tuberculosis*, seja nos ambientes de trabalho ou em suas atividades de lazer, tendo em vista que por muitos anos ele foi o provedor da família em diversas sociedades (Long et al., 1999).

De acordo com Weiss et al. (2006), estudos realizados em Bangladesh, Índia, Malawi e Colômbia sugeriram que as dificuldades geográficas, socioeconômicas, culturais e de acesso das mulheres aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento seriam as responsáveis pela diferença da ocorrência da TB entre os dois sexos.

Belo et al. (2010) verificaram em estudo realizado no município de Duque de Caxias (RJ) que, embora a maioria dos casos de TB tivesse ocorrido em homens, em relação à forma clínica, o acesso à assistência médica e demora no diagnóstico

fornecido aos pacientes não apresentou diferença significativa entre homens e mulheres.

Contudo, comprovadamente, no Brasil as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens, fato que se contrapõe ao estudo anteriormente citado sobre a falta de acesso das mulheres a tais serviços. Pesquisa nacional realizada pelo IBGE em 2013, relativa à utilização dos serviços de saúde, aponta que 78% das mulheres entrevistadas haviam passado em consulta médica nos últimos 12 meses, enquanto que a proporção entre os homens foi de 63,9% (IBGE, 2015).

Na sociedade contemporânea, vive-se um período de muitas transições sociais, especialmente no que diz respeito ao homem e a mulher. Há algumas décadas a mulher vem conquistando mais espaço no âmbito profissional e mesmo na vida em sociedade, sendo que hoje lhe são atribuídas responsabilidades que anteriormente eram quase que exclusivamente masculinas (Teykal, Rocha-coutinho, 2007). Ainda não há na literatura científica algum estudo que explique por que tais mudanças não se refletem em mudança do perfil epidemiológico da TB.

O impacto financeiro do acometimento de pessoas na faixa etária produtiva abrange tanto os cofres públicos, quanto suas famílias e, no caso de TBMDR, a gravidade da situação se acentua tendo em conta que o tratamento é mais longo (Ballesteros et al., 2014; Coelho, 2014; Ferreira, 2014; Vieira et al., 2007). No presente estudo 82,2% tinha entre 20 e 59 anos.

Apesar de o tratamento ser gratuito, um estudo realizado em um município de médio porte no nordeste brasileiro constatou que a pessoa com TB tinha um custo médio mensal de R\$ 519,90 com transporte, alimentação, exames complementares. Esse valor representava 77% do salário mínimo na época (R\$ 678,00), comprometendo aproximadamente 48% da renda familiar mensal, pois as famílias tinham renda mensal de até dois salários mínimos. O dano na renda devido à incapacidade temporária foi o fator que mais desequilibrou o orçamento familiar. Enquanto que o custo médio dos sistemas de saúde foi de R\$ 323,19 para cada paciente assistido pela ESF (Arruda, 2014).

No final da década passada, o custo médio de um tratamento completo de um caso novo de TB para os serviços de saúde era de R\$185,93, enquanto que de um caso multirresistente chegava até R\$ 4.966,66 em um ano, levando-se em conta que a duração é em média 2 anos, o seu custo foi 52 vezes maior. Já para as famílias o

custo médio era de R\$ 481,03 para os casos novos e R\$ 603,23 ao ano para os pacientes com TBMDR (Costa et al., 2005).

Por outro lado, os resultados relativos à raça, escolaridade e situação empregatícia se mostraram diferentes de outros estudos, pois a maioria era de raça branca (45,7%), tinha de 8 a 11 anos de estudo e somente 18,0% estava desempregado (Vieira et al., 2007).

Na cidade de São Paulo, o Programa Municipal de Controle da TB oferece alguns subsídios sociais, como bilhete de transporte público para comparecer às consultas agendadas e para a realização de coleta de material para exames laboratoriais dos pacientes e seus contatos e àqueles que aderem ao contrato de adesão ao tratamento é fornecido uma cesta básica mensal. Ademais, todos os exames para diagnóstico e controle são gratuitos (São Paulo, 2016).

Em 2012, o Congresso Nacional Brasileiro criou a Frente Parlamentar pela Luta Contra a TB. O grupo, cujo objetivo é engajar novos deputados nas ações relacionadas ao agravo, tem debatido a necessidade da implantação de benefícios aos pacientes, através da transferência de renda* e gratuidade do transporte público (Brasil, 2014a).

Apesar das iniciativas de apoio financeiro ao paciente adotadas na cidade de São Paulo e pelo Governo Federal, ainda não se cumpriu a meta descrita na Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da TB, para o período após 2015, que indica que o orçamento da família da pessoa com TB não deve ser alterado devido gastos com essa enfermidade (WHO, 2015b), pois se considera que o maior custo das famílias se deve à incapacidade temporária devido desemprego ou redução salarial, proveniente da licença por saúde (Arruda 2014). Considera-se que esta meta ainda não foi alcançada, pois seriam necessárias medidas mais profundas como, por exemplo, leis para não reduzirem os salários durante o afastamento do trabalho.

A maior proporção deles (51%) era oriunda do Estado de São Paulo, enquanto os estrangeiros representavam 1% e os ignorados 29,3%. As grandes capitais apresentam os maiores indicadores de incidência da TB e no estado de São Paulo não é diferente, em 2017 foram notificados 17.767 casos, desses, 6.062 foram

* Os programas de transferência de renda advêm de políticas públicas adotadas no Brasil, desde a década de 90, para reduzir a pobreza extrema, como pessoas que vivem com R\$ 2,36 por dia, em que o governo federal transfere renda diretamente as famílias beneficiadas.

notificados na capital, representando um terço dos casos. Apesar dos muitos casos ignorados, observa-se que a maioria não vem de outros estados ou países.

A região Leste tem uma alta densidade demográfica, baixa renda e escolaridade, características semelhantes às encontradas em outros estudos que relacionam o agravamento à situação de pobreza (Bertolozzi, 2005; Coelho, 2014; Ferreira, 2014). Apesar de 17,8% dos casos não terem informação relativa à escolaridade, merece destaque o fato de que a maioria tinha de 8 a 11 anos de estudo, divergindo de dados encontrados em outras investigações. (Vieira et al., 2007; Nogueira et al., 2008; Ferreira et al., 2011).

Quanto às características clínico-epidemiológicas, os casos de TBDR representaram em média 1,4% dos casos durante os dez anos analisados, exceto em 2010, quando foram identificados 35 casos resistentes, o que representou 2,3% dos casos sensíveis, desses 35, 18 (51%) eram TBMDR (São Paulo, 2011). No mesmo ano, 2010, em São Paulo (SP) foram identificados 6.810 casos de TB e 164 de resistentes, o que corresponde a 2,4% dos casos e representa um aumento de 10,1% de casos resistentes em relação ao ano anterior (São Paulo, 2011). Já no estado de São Paulo, 16.241 casos de TB foram notificados e desses, 108 tinham monorresistência ou polirresistência, 117 MDR e 6 XDR, que correspondem a 1,4% dos casos de TB (Brasil, 2012; Galesi, Fukasava, 2015; Oliveira, 2018). No Brasil foram diagnosticados 71.790 casos novos e 611 casos de MDR, 48% mais se comparados a 2009, esse incremento foi relacionado com o aumento do número de exames de cultura realizados no ano de 2010 (Brasil, 2012).

Em 2010, a proporção de casos de TBDR na CRSL e no município foi próxima, sendo, respectivamente, 2,3% e 2,4%. Os índices apresentados foram maiores do que o do estado de São Paulo (1,4%), corroborando com os achados da literatura, de que nos grandes centros a prevalência do agravamento é maior.

No Brasil há grandes dificuldades em acessar os dados de TBDR, mesmo por que o SITE-TB só foi instituído em 2013, mas alguns autores relatam uma variação de 1% a 8% de TBMDR nos casos novos e de 3% a 13% entre os casos tratados anteriormente (Brito et al., 2010; Santos et al., 2010), tomando por base esses indicadores, além dos mundiais, a TBDR está controlada na região, no município e no estado.

Para Ortblad et al. (2015), a TB está intimamente associada a exclusão social, desnutrição, superlotação e falta de ventilação nos interiores dos imóveis e sua manifestação é mais frequente em grandes centros urbanos e em regiões com más condições ambientais. Considerando a estimativa de que em 2030 haverá 2 bilhões de pessoas vivendo em cortiços no mundo, mais que o dobro das 924 milhões que existiam em 2001, a TB continuará como um grande desafio a ser enfrentado na sociedade mundial, principalmente nos grandes centros urbanos. (Ortblad et al., 2015; Brasil, 2016a).

Observa-se que até 2010 o número de casos de TBDR foi crescente e, a partir daí, houve um decréscimo, sendo que nos últimos cinco anos este foi mais acentuado (40%), passando de 130 para 78 (Tabela 1).

A média anual de TBDR na CRSL foi de 20 casos, no ano de 2010 foram diagnosticados 35 casos, o que equivale a um aumento de 75%. O estabelecimento de um indicador de monitoramento da TB e a busca ativa de casos podem explicar tal aumento. Em São Paulo (SP), a partir de 2008, o indicador foi definido pela coordenação do Programa de Controle da TB e da Atenção Básica, em conjunto com os coordenadores das Organizações Sociais*. Um dos resultados dessa decisão foi o aumento da identificação de casos de TB pulmonares bacilíferos, pois em 2010 houve um incremento de 33% na realização do exame de cultura de escarro, quando foram realizados 46.304, enquanto que em 2007 foram efetuados 34.670. (São Paulo, 2011; São Paulo; 2016).

Embora o número de culturas de escarro realizadas tenha diminuído posteriormente no município de São Paulo, uma vez que em 2015 foram efetuadas 39.176 culturas, ou seja, 15,4% a menos que em 2010, na CRSL a média de identificação de casos de TBDR foi 20 nesse ano. Provavelmente a prática da busca ativa, a despeito da realização da cultura, tenha contribuído para manter tal índice, assim como a instituição do TRM-TB, que teve início no final de 2014. Ainda tendo em vista que o MS orienta a realização da cultura para todos os casos detectados, foi possível realizá-la para todos os detectados e os laboratórios começaram a monitorar e questionar se esses casos deveriam ou não ser enviados para o teste de sensibilidade. Além disso, o próprio teste já identifica a resistência a rifampicina, que

* Instituições privadas, sem fins lucrativos, contratadas pelo poder público como parceiras para fazer a gestão da assistência à saúde.

está associada à TBMDR. Assim, nas capacitações das equipes de saúde é necessário incluir a sensibilização para a investigação de pessoas em situação de risco para a TBDR, para a realização do diagnóstico precoce da resistência, tendo em vista a redução na solicitação de cultura do escarro nos últimos anos.

Estudo de coorte, realizado no Espírito Santo, verificou que de 15.851 casos notificados, 178 tinham alguma resistência, o que equivale a 1,1% dos casos. Dos 178 pacientes, 67 (37,6%) tinham monorresistência, 26 (14,6%) polirresistência e 85 (47,8%) multirresistência, valores semelhantes ao nosso estudo (Fregona et al., 2017).

Para se compreender a distribuição dos casos segundo o grau de resistência é necessário realizar outros estudos na CRSL como, por exemplo, a genotipagem, a fim de se identificar as fontes de infecção e por quanto tempo a bactéria está circulando no território.

A distribuição geográfica dos casos com TBDR, com maior número de casos nas regiões de São Mateus e Itaquera, não se explica somente pela característica social da TB, uma vez que em 2002 São Mateus era a STS com a quarta maior média de renda salarial (R\$ 1.035, 20) e Itaquera era a quinta maior renda da região (R\$ 958,60). É provável que outros elementos relacionados à vulnerabilidade individual, programática e social condicionaram tal distribuição geográfica, mas somente outros estudos poderão reiterar essa hipótese (Fundação SEADE, 2002).

No período de 2013 a 2015, a porcentagem de TBMDR em relação à TBDR na CRSL (43,1%) foi mais que o dobro do ocorrido no município de São Paulo (20,9%). Será necessário realizar estudos para identificar as causas dessas diferenças e o elevado índice nessa região.

No presente estudo pouco mais da metade dos pacientes, 51%, desenvolveram a resistência primária. Há alguns anos alguns autores têm alertado sobre o maior poder de transmissibilidade dos bacilos com resistência às drogas (Fregona et al., 2017; Günther et al. 2015; Luciani et al., 2009).

Tendo em vista que o bacilo da TBDR tem maior poder de transmissibilidade e a dificuldade dos serviços em rastrear e avaliar os comunicantes neste e em outros estudos (Coelho, 2014), considera-se que, possivelmente, os contatos estariam sendo investigados tardiamente, o que pode auxiliar a manutenção desses bacilos em nosso meio. Outra hipótese diz respeito à subnotificação dos casos que já teriam sido

tratados anteriormente, dessa forma não seriam classificados como TB primária, mas sim como tratamentos anteriores mal sucedidos. Estudo realizado por Medeiros et.al. (2012) identificou uma subnotificação de 6,4% nos casos novos de TB, comparando os achados nos livros de acompanhamento das UBS e o SINAN-TB (Sistema informatizado). As rotinas para a prevenção da TBDR nas Unidades deverão ser alteradas, seguindo as diretrizes propostas para assegurar a cura de todas as pessoas com TB sensível e TBDR, assegurar a avaliação dos contatos e o registro adequado dos dados aos serviços de VE.

Quanto à forma clínica, embora quase 10% dos casos tivesse uma forma extrapulmonar associada, a pulmonar esteve presente na maioria (93,3%) dos casos, da mesma forma que ocorreu em outros estudos realizados no Brasil (Brasil, 2011; Nogueira et al., 2008; Ferreira et al., 2011; Fregona et al., 2017). O caráter transmissível dessa forma clínica se torna motivo de maior preocupação, dada à gravidade na transmissibilidade de bacilos resistentes.

Em relação ao desfecho dos casos, 61,1% foram curados, 12,5% abandonaram o tratamento, 6,7% foram a óbito por TB e 9,6% continuam em tratamento. Esses resultados divergiram dos de estudos realizados nos estados do Espírito Santo e Paraíba (Nogueira et al. 2008; Fregona et al., 2017), em que a proporção de cura foi maior (77,0% e 41,0%), o abandono (6,0% e 0,0%) e o óbito por TB (3% e 9%) menores. Por outro lado, foram semelhantes aos achados de Ferreira et al. (2011), que constatou em um Centro de Referência para TB na capital paulista, que 66% das pessoas com TBMDR tiveram alta por cura, 17,7% abandono e 9,5% foram a óbito, sendo metade deles por TB, valores semelhantes ao nosso estudo (Ferreira et al., 2011).

Para Albuquerque et al. (2001) e Duarte Sá et al. (2007) as causas de desfechos desfavoráveis são múltiplas e envolvem aspectos relacionados às características ou hábitos dos próprios indivíduos, que contribuíram para o desenvolvimento da resistência medicamentosa, como o uso de bebida alcoólica, a coinfeção com o HIV, tratamentos anteriores irregulares, desconhecimento da doença, melhora dos sintomas, efeitos colaterais, quantidade de comprimidos, tratamento longo, o desemprego. Aspectos relacionados às instituições de saúde, como a organização dos serviços, a falta de monitoramento e cuidado centrado no paciente e familiares, entre outros, também são apontados.

No momento da coleta de dados do presente estudo, 20 pessoas continuavam em tratamento, dois deles desde 2010, ou seja, há sete anos. Tal exemplo traz à tona situações que requerem a reflexão sobre a situação dessas pessoas, considerando as dificuldades inerentes à manutenção de um tratamento por tantos anos, com possibilidade de transmitir bacilos com resistência às drogas, contribuindo com a manutenção da prevalência da TBDR em nosso meio.

Ainda tendo em vista que 48,2% dos pacientes tinham história de tratamento anterior da TB, pode-se indagar sobre as condições dos serviços de saúde para assegurar uma assistência individualizada, centrada no indivíduo e família, identificando suas reais necessidades e melhorias desses indicadores, visando à adesão ao tratamento.

Em relação aos agravos associados, 23,6% era etilista, 21,2% fazia uso de drogas, 18,8% tinha HIV, 11,1% tinha diabetes e 5,8% era tabagista. Ferreira et al., 2011, também encontraram resultados semelhantes: 28% era tabagistas e 22,9% alcoolista. Estudo realizado na Paraíba, em 2008, identificou que 32% dos prontuários não tinham informação sobre tabagismo e etilismo, dentre os que tinham informação, 66% dos pacientes tinham tabagismo e etilismo, em 26% somente etilismo e 6% somente tabagismo (Nogueira et al., 2008).

Hábitos como o etilismo e o tabagismo são considerados fatores de risco para o desenvolvimento da TB e da TBDMR (Melo et al., 2003; Ruffino, 1979; Suárez-García et al., 2009). Para Arcavi e Benowitz (2004), o tabagismo aumenta o risco de TB, pois o mesmo altera o epitélio respiratório, ocasionando uma diminuição da resposta imunitária.

Estudo realizado na Universidade Estadual da Louisiana (EUA) investigou as consequências do consumo de álcool em animais infectados pela TB, eles observaram que houve uma diminuição dos linfócitos T CD4 e CD8, responsáveis pela resposta celular pulmonar durante uma infecção, além de os mesmos apresentarem maiores colônias bacterianas (Mason et al., 2004).

No relatório da OMS (2015) se afirmou que o consumo de álcool nas Américas é maior quando comparado aos outros continentes, sendo que os episódios de consumo excessivo (pessoas que consumiram no mínimo cinco doses típicas de bebida alcoólica ao menos uma vez em 30 dias) tiveram um acréscimo de 4,6% em 2005 para 13% em 2010, entre as mulheres, e de 17,9% para 29,4% entre os homens. Ainda em

populações menos favorecidas economicamente, esse hábito pode gerar maior carga de mortalidade e incapacidade, graças à dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou à exclusão social. Acresce-se, o fato de que 1,2% dos óbitos por TB nas Américas são atribuídos ao uso excessivo de álcool (WHO, 2015d).

Entre os países da América, em 2012, o Brasil estava em terceiro lugar no número de mortes de homens relacionadas ao uso de álcool. Apesar da redução de 5% desse número, se comparado a 2010, ele ainda é 20% maior que em 1990. Provavelmente, essa redução tenha se dado devido às políticas públicas estabelecidas mais recentemente no Brasil, como a restrição de publicidade, a taxaço de impostos e proibição de direção automobilística após o uso de bebida alcoólica (WHO, 2015d).

Segundo a OMS, mais de 20% dos casos de TB estão associados ao tabagismo, cuja prática quase triplica o risco de adoecer por esta enfermidade, além de elevar o risco de morte. Assim, recomenda a investigação rotineira do uso de tabaco nas pessoas com TB, a realização do aconselhamento e tratamento e promoção de ambientes livres do tabaco (WHO, 2007b). A implementação de políticas de controle do tabaco no Brasil, derivadas da adesão em 2005 à “Convenção-Quadro para Controle do Tabaco*”, certamente contribuiu para a queda de 46% no uso do tabaco no período de 1989 a 2010 (Brasil, 2014b, Levy et al., 2012).

O baixo índice de tabagistas encontrado no presente estudo pode ser decorrente da ausência de informação ou em virtude da mudança de hábito resultante da redução no uso do tabaco no Brasil. A avaliação dessa informação só será possível se for acrescido à ficha de notificação um campo relativo à informação sobre já ter sido fumante.

Os indicadores apontam que as políticas públicas adotadas no país reduziram o consumo de álcool e, principalmente, o do tabaco nos últimos anos, o que pode ter auxiliado na redução da incidência da TB. Entretanto, vale ressaltar que o consumo de álcool continua alto, 20 vezes maior que 1990, sendo mais elevado entre as mulheres, o que também vai ao encontro com a possibilidade de aumento do número de casos nesse grupo.

Em relação à modalidade do tratamento, apenas 20,2% foram informadas como sendo TDO. No estudo realizado por Vieira et al. (2007) 68,4% era supervisionado,

* Primeiro tratado internacional de saúde pública da OMS frente a crescente epidemia do tabaco no mundo em 2003.

enquanto que no realizado por Ferreira et al. (2011), 85,4% estava inserido nessa modalidade. No presente estudo, a falta de informação sobre essa variável foi maior, 75%, enquanto que 10% constava como autoadministrado. A falta de informação pode ser resultante da falha no fluxo de dados entre as UBSs, a UVIS e o Serviço de Referência, pois no esquema terapêutico da maior parte das pessoas com TBDR está inclusa pelo menos uma droga injetável, o que dificulta a realização do tratamento autoadministrado e favorece o TDO.

Tendo em vista que a TB é uma doença pautada pela determinação social, é necessário considerar o contexto social de inserção do paciente visando garantir sua adesão ao tratamento, pois este interfere na continuidade do mesmo. Para tanto, devemos conhecer e registrar as redes sociais de apoio, disponibilidade de alimento, liberação do trabalho para realizar o TDO, acesso à informação, bem como aos serviços de saúde (Breilh, 2011; Ferreira et al., 2011).

O TDO deve ir além da observação da tomada da medicação, deve estabelecer um vínculo e captar as necessidades dos sujeitos de acordo com seu contexto social, pois os acompanhamentos acabam por ser engessados, com pouco espaço para negociação e adequação às peculiaridades dos pacientes, estando os serviços organizados para atenderem suas próprias necessidades (Ballesteros et al., 2014).

Assim, é necessário que os serviços de saúde da Atenção Primária intensifiquem suas ações no que tange ao oferecimento e garantias do TDO com qualidade, bem como o seu registro, considerando que estudo realizado por Chaulk e Kazandjian (1998) mostrou que a chance de cura das pessoas que se submetem ao tratamento supervisionado estava acima de 90,0%.

Em relação à investigação dos contatos, somente 18,2% dos mesmos foram avaliados e 34,8% desses adoeceram, ficando explícita a dificuldade em realizar o controle de comunicantes, o que pode contribuir para o diagnóstico tardio e a manutenção da doença, e neste caso de forma mais grave.

A avaliação dos contatos é recomendada pela OMS como uma ação prioritária, não só por abranger procedimentos acessíveis e de baixo custo, mas também pela sua efetividade em interromper a cadeia de transmissão da bactéria, ao identificar e tratar precocemente a TB, prevenindo a ocorrência de novos casos. Em um estudo realizado em países de baixa e média renda, verificou-se que 4,5% dos contatos

domiciliares identificados já estavam acometidos pela TB no momento da investigação (WHO, 2008b).

O MS com o objetivo de ampliar as ações de vigilância em saúde, por meio da Portaria nº 1.708 de 16 de agosto de 2013, pactuou entre com os estados e municípios, a meta de examinar, no mínimo, 80% dos contatos de TB pulmonar bacilífero, no entanto, em 2016, a meta foi revista e diminuída para 70% (Brasil, 2013; Brasil, 2016c).

No controle dos contatos de TBDR, a prática da investigação epidemiológica adquire maior relevância diante da gravidade da transmissão de bacilos resistentes que poderá resultar em uma TB com resistência, principalmente nas pessoas mais próximas às pessoas com TBDR em fase bacilífera (Morrison et al., 2008). Em nosso estudo menos de $\frac{1}{4}$ das pessoas com TBDR tiveram seus contatos avaliados, conforme relato dos entrevistados. Observa-se que há uma falha na comunicação entre os serviços, pois às vezes a UBS avalia os contatos, mas não repassa a informação para a UVIS, que por sua vez não informa a Referência. Muitas vezes, o Serviço de Referência avalia os contatos, mas nem sempre insere as informações no sistema TBWeb. Ainda assim, acredita-se que o indicador avaliação de contatos seja baixo na CRSL, assim como foi verificado em outros estudos (Nogueira et al., 2008; Coelho, 2014). A alta proporção de contatos avaliados que adoeceram, 34,8% dos examinados, pode ser decorrente do baixo indicador de avaliados, uma vez que os serviços avaliam com mais frequência os que já estão doentes ou os sintomáticos que procuram espontaneamente serviços de saúde de Urgência e Emergência, devido à manifestação de sintomas.

A ausência de informações sobre diversas variáveis realizadas pelas UBS ou Centro de Referência nos sistemas de informação (TBWeb e SITE-TB) poderá ser suprida por um sistema integrado. Considerando que o município já iniciou a implantação do prontuário eletrônico em 2017 e que até 2020 ele deverá ser implantado em 100% das UBS, 70% dos hospitais e 50% dos ambulatorios (São Paulo, 2017c), a proposta da criação deste sistema visa integrar o registro de dados no Prontuário Eletrônico do Paciente com os sistemas informatizados laboratoriais (GAL e MATRIXNET), de monitoramento (Monitora TBDR) e de vigilância (TBWeb e SITE-TB), possibilitando o compartilhamento de informações uniformes, o

monitoramento epidemiológico da enfermidade no território e a assistência adequada a pessoa com TB e sua família.

O perfil dos entrevistados

O perfil dos entrevistados revela um grupo constituído predominantemente por mulheres adultas-jovens, enfermeiras, a maioria capacitada para realizar ações de controle da TB, atuando nessa área há mais de um ano, sendo dez delas em UBS, sete em ESF e sete em unidades de vigilância epidemiológica ou de coordenação regional.

Desde os tempos mais remotos, o cuidado da pessoa com enfermidade quase sempre foi realizado por mulheres, mas foi no final do século XIX, sob a influência de Florence Nightingale, que ocorreu a feminilização da profissão, tornando-a uma profissão essencialmente feminina como a encontrada neste estudo (Souza et al., 2014).

O fato de a maior parte do grupo estar lotada em UBS, associado à capacitação dos trabalhadores e ao seu tempo de atuação, permite afirmar que eram profissionais familiarizados com a TB e com as pessoas em tratamento da TBDR, portanto com condições de avaliar o instrumento em foco. Na CRSL, a Estratégia Saúde da Família foi implantada em apenas 41,8% do seu território (São Paulo, 2013b). Em especial para o controle da TB, essa Estratégia é a mais adequada por contar com equipes multiprofissionais, responsáveis pelo controle de saúde dos habitantes de uma área delimitada, definida de acordo com o risco e vulnerabilidade social, com vistas a uma assistência centrada no indivíduo e família. (Brasil, 2016a, 2017).

O tempo médio e o número de vezes em que os profissionais utilizaram o instrumento possibilitou-lhes avaliar seu conteúdo e uso, uma vez que puderam aplicá-lo várias vezes durante o período seis meses, no mínimo. Tal quadro possibilitou identificar as facilidades e dificuldades na sua utilização e sugerir modificações do seu conteúdo.

A aplicação do instrumento no cotidiano das UBS foi avaliada como viável pela maioria, tendo em vista que a assistência à pessoa com TBDR requer um vínculo maior que resulte na adesão não só aos medicamentos, mas também no enfrentamento do processo saúde-doença de forma integral, dada as peculiaridades do seu tratamento, que não estão restritas a sua duração e aos aspectos relacionados

aos medicamentos (quantidade, eventos adversos etc), mas que abrangem outras esferas, como, por exemplo, as representações da doença, o estigma, as limitações físicas muitas vezes presentes, o afastamento do trabalho ou desemprego, entre outras.

As entrevistadas manifestaram algumas dúvidas quanto ao preenchimento do instrumento, que poderiam ter sido sanadas em treinamento prévio e que também interferiram no tempo dispendido com a ação. Na primeira aplicação do instrumento pelas entrevistadas, o tempo dispendido variou entre menos de 30 minutos (8 profissionais), de 30 a 60 minutos (11), de 60 a 120 minutos até (2), até mais de 120 minutos (1), sendo que 2 profissionais não se enquadravam no item por não preencherem o instrumento, mas monitoravam os casos através do MonitoraTBDR mensalmente. Já os profissionais das UVIS foram treinadas, no entanto não realizaram o treinamento dos profissionais das UBS.

Na validação do conteúdo do instrumento adotou-se a proporção de concordância mínima da técnica Delphi de $\geq 70\%$ de consenso nas respostas, pois permite uma obtenção de resultados mais fidedignos. (Grant, Kinney, 1992).

Assim, oito dos nove itens integrantes do instrumento foram considerados claros, pertinentes, relevantes ou muito relevantes e suficientes para a maioria: Quadro dos resultados de testes de sensibilidade, Dados da referência/UBS cooperada, Doenças associadas, Situações de vulnerabilidade, História da TB, Quadro de registro do TDO na Unidade, Quadro de registro dos exames de controle de tratamento e Avaliação de contatos dos casos TBDR.

Embora o quadro para registro do esquema de tratamento tenha sido avaliado como pertinente, preciso e relevante ou muito relevante pela maioria, não foi considerado suficiente para 66,7%, que sugeriu incluir o nome da droga piridoxina e detalhar cada item do esquema de tratamento e descrever o que significa cada encerramento e respectivas drogas.

A piridoxina deve ser associada ao esquema medicamentoso das pessoas com TBMDR para prevenir efeitos adversos da terizidona e das fluoroquinolonas, motivo pelo qual não foi incluída como droga do esquema de tratamento específico para a TBDR (Brasil, 2011).

Quando o instrumento foi instituído, surgiram dúvidas sobre qual serviço deveria ser responsável pelo preenchimento de cada item do formulário, uma vez que a UBS,

as UVIS e a Coordenadoria inserem e utilizam dados para o monitoramento de casos. Da mesma forma que ocorre com o TBWeb, a UBS e a UVIS, pelo menos durante o período de coleta de dados, não tiveram acesso ao SITE-TB, por isso as entrevistadas foram indagadas sobre as fontes de informação e como seria o acesso a elas.

O consenso da maioria foi de que os Sistemas Matrix e Gal compõem as fontes de informação para o preenchimento do “Quadro dos Resultados de Testes de Sensibilidade”, com acesso considerado fácil e rápido. Desde 2014, as UBS têm acesso aos resultados dos exames laboratoriais, subsidiando as ações assistenciais e de controle, assim, em caso de TRM-TB o exame pode ser consultado no sistema no dia seguinte da coleta do material.

O Serviço de Referência obteve consenso enquanto fonte de informação para o “Quadro de Esquema de Tratamento”. Apesar de relatos de dificuldade de comunicação com a Referência, 83,3% considerou ser de acesso fácil, pois a pessoa com TBDR apresenta na UBS a prescrição recebida. No entanto, no item “Dados da Referência/UBS Cooperada” não houve consenso quanto à fonte de informação, 45,8% considerou ser a UBS, já 45% declarou ser o Serviço de Referência, mas houve consenso de que o acesso é fácil. Ficou evidente a dificuldade de comunicação entre os diferentes serviços envolvidos na assistência e no monitoramento dos casos de TBDR.

A falta de consenso quanto a fonte de informação do item “Doenças associadas” evidencia que esse registro se repete nos serviços de saúde envolvidos na assistência e nos sistemas, mas houve consenso de que o acesso a esses dados é fácil (70,8%).

A pessoa com TBDR, o Agente Comunitário de Saúde e/ou os familiares foram indicados, com consenso, como fontes de informação para os itens “Situações de Vulnerabilidade” e “História da Tuberculose”, porém o acesso não obteve consenso, sendo avaliado como difícil ou demorado por 54,2% para o primeiro e fácil para 58,3% na História da Tuberculose. Para as entrevistadas há dificuldades em questionar se há ou houve violência doméstica naquela família, envolvimento com tráfico, detenção penal, principalmente quando o profissional ainda não estabeleceu vínculo com os usuários.

Para o MS o acolhimento do usuário e sua família pelo profissional de saúde é fundamental para identificar suas necessidades de saúde e apoiá-lo no enfrentamento do processo saúde-doença, para tanto se faz necessária uma escuta qualificada para

a criação do vínculo, sem julgamentos, respeitando seus valores culturais, fornecendo-lhes as informações adequadas sobre o tratamento (Brasil, 2011).

No “Quadro de Registro do TDO na Unidade” houve consenso de que as informações são provenientes do prontuário (79,2%) e o acesso é fácil (91,7%). Considerando que, anteriormente, destacou-se a relevância dessa informação para o monitoramento, mas que neste estudo não havia registro sobre a modalidade do tratamento em 75% das pessoas com TBDR, é possível que a comunicação entre os serviços ou o registro dos dados nos sistemas de informação tenha sido falha ou insuficiente ou que ainda seja decorrente da falta de contato do usuário que abandonou o tratamento.

Concernente ao “Quadro de Registro dos Exames de Controle de Tratamento”, houve consenso de que a fonte é o Laboratório, mas não houve consenso sobre o acesso ao mesmo, julgado como fácil para 58,3%. Tendo a mesma fonte do “Quadro dos resultados de Teste de Sensibilidade”, que obteve consenso de que o acesso foi fácil, pressupõe-se que a dificuldade não foi de acessar o sistema informatizado do Laboratório, mas pesar o paciente, pois muitos não passam por atendimento na UBS, realizando somente o TDO. Os exames geralmente são realizados no Serviço de Referência, cujos resultados não são informados à UBS, o que sinaliza novamente a dificuldade em comunicação entre os serviços.

Ballesterio (2014) observou em seu estudo sobre TBMDR e TDO, em um Centro de Referência Ambulatorial no interior do estado de São Paulo, que há casos em que apesar da duração de um ano de TDO no mesmo serviço de saúde, o usuário não tinha vínculo com os profissionais, o que expressa a fragilidade da assistência integral dos indivíduos e da rede de serviços.

Considerando-se que as pessoas em TDO vão diariamente às UBS, em decorrência da necessidade de aplicação das drogas injetáveis, e o relato das profissionais de que há dificuldade em pesar as mesmas, entende-se que elas não estão sendo assistidas de maneira integral. O cenário exposto indica que as profissionais envolvidas no processo fazem apenas a supervisão da ingestão e ou aplicação da medicação injetável.

A falta de consenso em relação à fonte e ao acesso à informação do item “Avaliação de Contatos dos Casos TB Resistentes” pode estar relacionada a diversos fatores, como: o desinteresse do comunicante em fazer qualquer avaliação, uma vez

que não apresenta sinais e sintomas da doença; a dificuldade em se ausentar do trabalho ou dos afazeres domésticos, no caso das mulheres, para realizar a avaliação de saúde; o não compartilhamento de sua condição com a família, por vezes a pessoa com TBDR omite da família o diagnóstico e não a alerta sobre a situação de vulnerabilidade dos familiares. Disso decorrem os baixos percentuais de contatos avaliados nesse estudo e na literatura (Coelho, 2014; Nogueira et al., 2008).

Em relação aos quadros “Dados da referência/UBS cooperada”, “Doenças associadas” e “Avaliação de contatos dos casos TBDR” não houve consenso sobre a fonte de informação. Para os dois últimos foram citadas como fontes o prontuário, o ACS, a Ficha de Notificação e a família, sugerindo que a opção de fonte de informação principal deva recair sobre a UBS mais próxima, uma vez que possui acesso a todos esses elementos. Já para o quadro “Dados da Referência/UBS Cooperada”, sugere-se como fonte da informação ambos os serviços, conforme avaliação das entrevistadas.

Foi consenso que o monitoramento dos casos de TBDR deve ser realizado conjuntamente pelas UBS e UVIS e que o instrumento facilita essa prática ao agregar as informações, subsidiando não só o acompanhamento dos casos, mas também a assistência.

No entanto, foram apontadas dificuldades na sua utilização, como a obtenção de algumas informações, a duplicidade de outras em diversas fontes, a falta de integração e, conseqüentemente, a transferência e compartilhamento de dados entre os sistemas informatizados, além da comunicação deficiente entre os serviços envolvidos, especialmente com as Referências.

Uma das diretrizes do SUS é a organização dos serviços de saúde, pautada na integralidade, que inclui a coordenação e cooperação do cuidado através de ações e serviços prestados por diferentes profissionais e estabelecimentos de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema, de maneira conjunta, articulada e contínua visando assegurar a assistência integral do paciente e família abrangendo a prevenção, promoção e recuperação (Hartz, Contandriopoulos, 2004).

Ballesterio et al. (2014) afirmaram ser necessário repensar a organização e coordenação da atenção às pessoas com TBDR, tendo em vista que falta comunicação entre o serviço de referência e a UBS. Sendo ela realizada através do próprio usuário, a informação sofre julgamento e é filtrada segundo os seus valores,

podendo comprometer a realidade do ocorrido. Ficou evidente a descontinuidade do cuidado e uma atenção fragmentada. Considerou ainda que uma rede bem coordenada é aquela em que todos os serviços, nos diferentes níveis da atenção, compartilham as informações sobre os usuários visando sua integralidade.

Para Starfield (2002), a integralidade é um conjunto de serviços prestados pelos profissionais de saúde que abrangem a promoção, prevenção, cura, cuidado e reabilitação e deve ser aplicada em qualquer problema de saúde, e em qualquer estágio do ciclo da vida, buscando satisfazer as suas necessidades, devendo ser continuada, ao longo da vida/ tempo e envolver os diversos serviços.

Mendes (2011) descreveu que o alcance da integralidade ocorrerá com a constituição e articulação em rede dos diferentes serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, de forma horizontalizada, em que cada um tem o seu papel de importância.

Autores de um estudo sobre a coordenação da assistência no controle da TBDR relataram que doentes de agravos crônicos necessitam de cuidados prestados ao longo do tempo, de maneira contínua e integrada, visando garantir à adesão ao tratamento. Evidenciaram a falta de informações nos formulários enviados da UBS para a Unidade de Referência e vice-versa, dificultando a tomada de decisão sobre condutas. No município em que foi realizado o estudo não havia um sistema de informação integrado entre os serviços, dificultando o monitoramento dos pacientes e revelando a necessidade de organizar os fluxos das informações de modo ininterrupto (Assis et al., 2012).

Frente ao conjunto das considerações sobre o conteúdo do instrumento MonitoraTBDR, às dificuldades relatadas para na sua utilização e a sua credibilidade para o monitoramento da TBDR na CRSL, procedeu-se à incorporação no instrumento das sugestões resultantes do desenvolvimento deste estudo. Espera-se que o instrumento reformulado possa ser o primeiro passo para a construção de uma ferramenta de monitoramento informatizada, que possa ser integrada ao Prontuário Eletrônico e aos outros sistemas de informação envolvidos no controle da TB, como o Laboratório, Referência e Sistemas de Notificação. Tal proposta poderá apoiar a uniformização dos dados nos serviços responsáveis pelo controle da TBDR, seja a UBS, o Serviço de Referência, a UVIS, a Divisão Regional de Vigilância em Saúde, a COVISA e o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE).

6 Conclusões

6 CONCLUSÕES

Os objetivos do estudo foram alcançados, uma vez que foi possível descrever o perfil epidemiológico dos casos de TBDR notificados na CRSL, nos últimos dez anos, que, na maioria das vezes, assemelharam-se a estudos em outras regiões do país e do mundo, apesar da ausência de algumas informações sociodemográficas e clínico-epidemiológicas de uma parcela do grupo do estudo. O não preenchimento adequado da ficha de notificação ainda persiste em nosso meio, sendo imprescindível que novas ações sejam propostas visando ao alcance de dados mais fidedignos para subsidiar análises que correspondam a totalidade dos casos, ou seja, um diagnóstico real do comportamento da doença para que o planejamento das ações possa corresponder às necessidades das pessoas com TBDR.

Na opinião dos profissionais, o monitoramento dos casos de TBDR deve ser de responsabilidade tanto do Serviço de Referência quanto da UBS em que é realizado o TDO, assim como pelos Serviços de Vigilância em Saúde.

Apesar de o instrumento possibilitar o monitoramento das pessoas com TBDR e ser considerado viável o seu uso nos serviços de saúde, alguns profissionais apontaram algumas limitações, como dispêndio de tempo excessivo para o seu preenchimento, a dificuldade de acesso a algumas informações, sobretudo as relacionadas ao Serviço de Referência e a duplicidade de registros, pois muitas das informações constam do prontuário clínico, mesmo que dispersas. Nesse sentido, avalia-se que a implantação de um sistema de informação integrado auxiliaria a utilização do instrumento MonitoraTBDR.

A maior contribuição do instrumento é possibilitar acesso fácil às informações necessárias para o monitoramento e planejamento da assistência às pessoas com TBDR, ao agregar as informações em um impresso, ao longo do tempo, possibilitando o conhecimento e a avaliação das ações realizadas.

O instrumento contempla as informações que podem interferir no monitoramento e sucesso do tratamento, entendendo que as informações subsidiam as equipes na Atenção Integral centrada no indivíduo e família, conforme as recomendações da OMS para o monitoramento desses pacientes e o Programa Nacional de Controle da TB. No entanto, não contém o registro dos eventos adversos, que são registrados no SITE-TB na parte referentes às “Observações”. A ausência de um campo específico

para esta informação pode contribuir com o seu não registro. Assim, incluímos esse campo no instrumento MonitoraTBDR e sugerimos que seja igualmente inserido no SITE-TB até a implantação de um sistema de informação integrado.

A detecção precoce e a cura dos casos de TB, tanto sensíveis como as resistentes, são primordiais para o seu controle. O instrumento além de possibilitar o monitoramento dos casos de TBDR, serve de apoio a assistência centrada na pessoa e promoção da cura. Embora facilite a identificação dos fatores de risco, da adesão e vulnerabilidades, é essencial criar vínculo entre o profissional e a pessoa em tratamento, assegurar o TDO e avaliar e tratar os contatos, para prevenir a disseminação da doença.

Visando à adesão ao tratamento e diante da compreensão de que a TB é uma doença pautada pela determinação social, uma vez que acomete os indivíduos menos favorecidos economicamente e que, em decorrência de seu período longo de tratamento pode ocasionar o descrédito de cura, o afastamento do trabalho, a redução da renda familiar, além da atribuição de estigma; faz-se necessário que o cuidado às pessoas com TBDR contemple o seu contexto de vida e trabalho, englobando questões referentes ao indivíduo e à família, à concepção do seu processo do adoecimento bem como a identificação da sua rede social de apoio.

Referências Bibliográficas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abubakar I, Zignol M, Falzon D, Raviglione M, Ditiu L, Masham S et al. Drug-resistant tuberculosis: time for visionary political leadership. *Lancet*. 2013;13(6):529-39.

Albuquerque MF, Leitao CC, Campelo AR, Souza WV, Salustiano A. Prognostic factors for pulmonary tuberculosis outcome in Recife, Pernambuco, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2001;9(6):368-74.

Alcaidea F, Santín M. Tuberculosis multirresistente. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet]. 2008 [cited 2016 out. 20];26(13):54-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13128781>.

Arcavi L, Benowitz NL. Cigarette smoking and infection. *Arch Int Med*. 2004;164(20):2206-16.

Arruda KG. Avaliação dos custos do tratamento de tuberculose em município de médio porte do nordeste brasileiro [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2014.

Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Cardozo-Gonzales RI, Palha PF et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):111-8.

Ballester JGA, Moncaio ACS, Silva LMC, Surniche CA, Lima MCRA d'Auria, Palha PF. Multidrug-resistant tuberculosis: integral healthcare from the discourse analysis perspective. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2014;18(3):515-21.

Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

Barreira D. Há uma epidemia concentrada de tuberculose no Brasil. *El País Brasil*. 2015 Sep 12;1-5.

Belo MTCT, Luiz RR, Hanson C, Lia S, Guimarães TE, Thiago C et al. Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. *J Bras Pneumol*. 2010;36(5):621-5.

Bertolozzi MR. A adesão ao tratamento da tuberculose na perspectiva da estratégia do tratamento diretamente observado (“DOTS”) no município de São Paulo [tese livre - docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Bertolozzi MR, Nichiata LYI, Takahashi RF, Ciosak SI, Hino P, Val LF et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enferm da USP. 2009;43(Esp2):1326-30.

Bertolozzi MR, Takahashi RF, Hino P, Litvoc M, França FO de S. O controle da tuberculose: um desafio para a saúde pública. Rev Med (São Paulo). 2014;93(2):83-9.

Braga U. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003. Rev Saude Publica. 2007;41(Supl.1):77-88.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005. Brasília; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007 - 2015. Brasília; 2006. p.1-43.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. Tuberculose Multirresistente - Guia de Vigilância Epidemiológica. Rio de Janeiro; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. 2012;43.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) [Internet]. Brasília; 2013. [citado 2018 jan. 20]. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/acesso-rapido/gpa/caderno_indicadores_do_pgavs.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico. Brasília; 2014a. p.13.

Brasil. Ministério da saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Política Nacional de Controle do Tabaco Relatório de Gestão e Progresso 2011-2012 [Internet]. Rio de Janeiro; 2014b. [citado 2018 01 20]. Available from: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/observatorio_controle_tabaco/site/home

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Bol Epidem. 2015a; 46:1-19.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Avaliação da Gestão do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília; 2015b. p.36.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Bol Epidem. 2016a; 47(13):15.

Brasil. Ministério da Saúde. SINAN-Sistema de Informação de Agravos de Notificação [Internet]. 2016b [cited 2016 oct. 12]. Available from: <http://portalsinan.saude.gov.br/o-sinan>.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.984, de 27 de dezembro de 2016. Revisa a relação de metas e seus respectivos indicadores do Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS) a partir de 2017 [Internet]. Brasília; 2016c. [citado 2018 jan. 20]. Disponível em: <http://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2017/01/Portaria-Revisa-a-relação-de-metas-e-seus-respectivos-PQAVS.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2017.

Breilh J. Precisamos ter um novo viver, com taxas de crescimento menos agressivas, mas com mais qualidade [entrevista]. Rev Poli Saude Educ Trab. 2011;20(4):11-3.

Brito RC, Mello FCQ, Andrade MK, Oliveira H, Costa W, Matos HJ et al. Drug-resistant tuberculosis in six hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis* [Internet]. 2010 [cited 2018 jan. 20];14(1):24-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20003691>.

Chaulk CP, Kazandjian VA. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis: Consensus Statement of the Public Health Tuberculosis Guidelines Panel. *JAMA* [Internet]. 1998 [cited 2018 feb. 04];279(12):943. Available from: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.279.12.943>.

Coelho AGV. Tuberculose multirresistente e extensivamente resistente em área metropolitana de elevada incidência – município de Santos (SP), Brasil [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2014.

Costa JG, Santos AC, Rodrigues LC, Barreto ML. Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para as famílias. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):122-8.

Dalcolmo MP, Andrade MKDN, Picon PD. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. *Rev Saude Publica*. 2007;41(supl.1):34-42.

Dalcolmo M. Não existe mau paciente, só serviço ineficiente. *RADIS Comun Saude*. 2008;69:21-3.

Duarte De Sá L, Mendes K, Souza JM, Nunes G, Palha PF, et al. Tratamento Da Tuberculose em Unidades de Saúde da Família: Histórias de Abandono. *Texto Contexto*. 2007;16(4):712-8.

Ferreira KR. A adesão ao tratamento no caso da tuberculose multirresistente [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2014.

Ferreira KR, Cavalcante EGR, De-La-Torre-Ugarte-Guanilo MC, Berti RAL, Bertolozzi MR. Portadores de tuberculose multirresistente em um centro de referência: perfil sócio-demográfico e clínico-epidemiológico. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(Esp.2): 1685-9.

Fregona G, Cosme LB, Moreira CMM, Bussular JL, Dettoni VV, Dalcolmo MP et al. Fatores associados à tuberculose resistente no Espírito Santo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;(51):41.

Fundação SEADE. Salário médio nominal do emprego formal, por setor de atividade, segundo subprefeituras e distritos [Internet]. 2002 [cited 2018 Mar. 20]. Available from: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/msp/index.php?tip=met4&opt=t&subtema=null&tema=ren>.

Galesi VMN. Dados de tuberculose do Estado de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007;41(supl.1):121.

Galesi VMN, Fukasava S. Situação epidemiológica da tuberculose no estado de São Paulo. Bol Epidemiológico Paul [Internet]. 2015[cited nov.17];12(134):13-20. Available from: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/homepage/bepa/edicao-2015/edicao_134_-_fevereiro_2.pdf.

Glaziou P, Falzon D, Floyd K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis. Semin Respir Crit Care Med. 2013;34(1):3-16.

Grant JS, Kinney MR. Using the Delphi technique to examine the content validity of nursing diagnoses. Nurs Diagn [Internet]. 1992 [cited 2017 jun 20];3(1):12-22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1562392>.

Günther G, Van LF, Alexandru S, Altet N, Avsar K, Bang D et al. Multidrug-resistant tuberculosis in europe, 2010-2011. Emerg Infect Dis. 2015;21(3):409-16.

Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros.” Cad Saude Publica [Internet]. 2004 [cited 2017 jun 20];20(2):331-6. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/26.pdf>.

Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. Rev Saude Publica. 2007;41(supl.1):50-8.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde : 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento; 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct. 12]. Available from: <http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan.html>.

ICN - International Council of Nurses. TB guidelines for nurses in the care and control of tuberculosis and multi-drug resistant tuberculosis. 3 ed. Geneva: ICN; 2015.

Levy D, Almeida LM, Szklo A. The Brazil SimSmoke Policy Simulation Model: the Effect of Strong Tobacco Control Policies on Smoking Prevalence and Smoking-Attributable Deaths in a Middle Income Nation. *PLoS Med*. 2012;9(11).

Long NH, Johansson E, Diwan VK, Winkvist A. Different tuberculosis in men and women: beliefs from focus groups in Vietnam. *Soc Sci Med* [Internet]. 1999 [cited 2018 Mar. 21];49(6):815-22. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953699001719>.

Luciani F, Sisson SA, Jiang H, Francis AR, Tanaka MM. The epidemiological fitness cost of drug resistance in *Mycobacterium tuberculosis*. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2009;106(34):14711-5.

Maciel ELN. Estratégias da agenda pós-2015 para o controle da tuberculose no Brasil: desafios e oportunidades. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. 2016 [citado 2017 fev. 20];25(2):1-2. Available from: http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742016000200423&scielo=S2237-96222016000200423.

Mason CM, Dobard E, Zhang P, Nelson S. Alcohol Exacerbates Murine Pulmonary Tuberculosis. *Infect Immun* [Internet]. 2004 [cited 2018 Fev. 20];72(5):2556-63. Available from: <http://iai.asm.org/cgi/doi/10.1128/IAI.72.5.2556-2563.2004>.

Matteelli A, Roggi A, Carvalho AC. Extensively drug-resistant tuberculosis: epidemiology and management. *Clin Epidemiol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar. 20];6:111-8. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3979688&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.

Medeiros D, Sucupira ED, Guedes RM, Costa AJL. Análise da qualidade das informações sobre tuberculose no município de Belford Roxo, Rio de Janeiro, 2006 a 2008. *Cad Saude Col*. 2012;20(2):146-52.

Melo FAF, Afiune JB, Ide Neto J, Almeida EA, Spada DTA, Antelmo ANL et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose multirresistente em serviço de referência na cidade de São Paulo. *Rev Soc Bras Med Trop*. 2003;36(1):27-34.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Morrison J, Pai M, Hopewell PC. Tuberculosis and latent tuberculosis infection in close contacts of people with pulmonary tuberculosis in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis [Internet]. *Lancet Infect Dis*. 2008 [cited 2018 Fev. 20];8(6):359-68. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1473309908700719>.

Nogueira JDA, Marques RRC, Silva TR, França UM, Villa TCS, Palha PF. Caracterização clínico-epidemiológica dos pacientes com diagnóstico de tuberculose resistente às drogas em João Pessoa, PB. *Rev Eletr Enferm*. 2008;10(4):979–89.

Oliveira MLV. O cenário atual de resistência às drogas no ESP. In: *Dia Mundial da Tuberculose 2018*. São Paulo: CVE; 2018.

Organização Mundial da Saúde. Indicadores para tuberculose multidroga resistente (TB MDR): conjunto mínimo de indicadores para a gestão programática da TB MDR para os programas nacionais de controle de tuberculose. [Internet]. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. p. 1-12. [cited 2018 Fev.20] Available: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=971&Itemid=423&limitstart=25.

Ortblad KF, Salomon JA, Barnighausen T, Atun R. Stopping tuberculosis: A biosocial model for sustainable development. *Lancet*. 2015;386(10010):2354-62.

Pinto VS, Paula RAC de, Jr Parron M. Atenção suplementar nos municípios prioritários do Estado de São Paulo para pacientes em tratamento supervisionado da tuberculose. *Bol Pneumol Sanit*. 2006;14(3):159-66.

Ruffino MC. Estudo de alcoolismo e tabagismo associados com a tuberculose pulmonar. *Rev Bras Enf*. 1979;32(1):48–60.

Santos LC, Bousquet HM, Pereira AM, Junqueira-Kipnis AP, Kipnis A. A high prevalence of resistance in new tuberculosis cases of midwestern Brazil. *Infect Genet Evol* [Internet]. 2010 [cited 2018 jan 24];10(7):1052-7. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1567134810001863>.

São Paulo. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Coordenadoria de Controle das Doenças. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Tuberculose. Manual de Utilização do TBWEB versão 1.6. 2008;

São Paulo. Boletim TB 2011 - Município de São Paulo. 2011;32.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Boletim Eletrônico CEInfo, Informativo censo demográfico 2010. 2012a;2(1):1-9.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Boletim CEInfo Informativo Censo Demográfico 2010. 2012b;4(1):1-15.

São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo). Relação dos estabelecimentos/serviços da secretaria municipal da saúde por coordenadoria regional de saúde e supervisão técnica de saúde do município de São Paulo. São Paulo; 2013a.

São Paulo. Portal da Prefeitura da Cidade de São Paulo [Internet]. 2013b [cited 2018 Apr 4]. Available from: <http://www.capital.sp.gov.br/cidadao/saude-e-bem-estar/melhorias-na-saude-municipal/estrategia-saude-da-familia-esf>.

São Paulo. Portal da Prefeitura da Cidade de São Paulo [Internet]. Secretaria Municipal da Saúde. 2015 [cited 2017 Aug 20]. Available from: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/noticias/?p=194987>

São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Vigilância em Saúde/COVISA. Centro de Controle de Doenças/CCD. Programa de Controle da Tuberculose/PCT. Boletim TB - cidade de São Paulo; 2016.

São Paulo. Decreto n.º 57.857, de 5 de setembro de 2017. Dispõe sobre a reorganização da secretaria municipal da saúde, altera a denominação e a lotação dos cargos de provimento em comissão que especifica, bem como transfere cargos de provimento em comissão entre órgãos [Internet]. São Paulo: Diário Oficial da Cidade de São Paulo; 2017a p. 1-4. Available from: <http://www.docidadesp.imprensaoficial.com.br/RenderizadorPDF.aspx?ClipID=8FOSCJ42UNNK1eC1F0O06M72LVE>.

São Paulo. Portal da Prefeitura da Cidade de São Paulo [Internet]. Secretaria Municipal da Saúde. 2017b [cited 2018 Apr 15]. Available from: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/organizacao/index.php?p=3363.

São Paulo. Prefeitura do Município de São Paulo. Programa de Metas da Cidade de São Paulo 2017-2020 [Internet]. São Paulo: 2017c. [updated 2018; cited 2018] jan. 24.

Souza W. Doenças Negligenciadas [Internet]. Academia Brasileira de Ciências, editor. Academia Brasileira de Ciências. [citado 2018 jan. 24]. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências; 2010. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S0102-311X2015000701551.

Souza LL, Araújo DB, Silva DS, Bêrredo VCM. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. Ciências e Cognição [Internet]. 2014;19(2):218-32. Available from: <http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/908>.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002. [citado 2017 fev. 26].

Suárez-García I, Rodríguez-Blanco A, Vidal-Pérez JL, García-Viejo MA, Jaras-Hernández MJ, López O et al. Risk factors for multidrug-resistant tuberculosis in a tuberculosis unit in Madrid, Spain. Eur J Clin Microbiol Infect Dis [Internet]. 2009[cited 2017 Feb. 26];28(4):325-30. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10096-008-0627-y>.

Teykal CM, Rocha-coutinho ML. O homem atual e a inserção da mulher no mercado de trabalho. Psico. 2007;38(3):262-8.

Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001.

Vieira RCA, Fregona G, Palaci M, Dietze R, Maciel ELN. Perfil epidemiológico dos casos de tuberculose multirresistente do Espírito Santo. Rev Bras Epidemiol. 2007;10(1):56-65.

Weiss MG, Auer C, Somma DB, Abouihia A, Kemp J, Jawahar MS, Karim F, Arias NL. Gender and tuberculosis : Cross-site analysis and implications of a multi-country study in Bangladesh, India , Malawi and Colombia [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2006. [cited 2018 Apr 15]. (Report Series, 3). Available from: <http://www.who.int/tdr/publications/documents/sebrep3.pdf>.

WHO - World Health Organization. Tuberculosis as a global emergency. Vol. 71. Geneva; 1994. p.319-28.

WHO - World Health Organization. WHO report 2007 - Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Geneva; 2007a. p. 277.

WHO - World Health Organization. A WHO / The Union monograph on TB and tobacco control: joining efforts to control two related global epidemics. Geneva; 2007b.

WHO - World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis: emergency update 2008. Geneva; 2008a.

WHO - World Health Organization. Implementing the Stop Tb Strategy: A handbook for national tuberculosis control programmes [Internet]. World Health Organization. Geneva; 2008b. [CITED 2017 Fev. 26]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/2008/who_hm_tb_2008_401_eng.pdf.

WHO - World Health Organization. Global Tuberculosis Control Report 2009. Geneva; 2009. p.1–97.

WHO - World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva; 2011.

WHO - World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. Geneva; 2015a.

WHO - World Health Organization. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva; 2015b.

WHO - World Health Organization. Implementing the end tb strategy: the essentials. Geneva; 2015c.

WHO - Health Organization. Regional Status Report on Alcohol and Health in the Americas [Internet]. Washington; 2015d. [citado 2018 22 02]. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7670/9789275118559_Eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

WHO - World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2016. Geneva; 2016.

WHO - World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2017. Geneva; 2017.

Apêndices

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: _____ UBS.: _____ Entrevistador: _____

1. Caracterização do entrevistado:

1.1 Nome: _____

1.2 Sexo: () feminino () masculino

1.3 Idade: _____

1.4 Local de Trabalho: () UBS () ESF () SUVIS

1.5 Função: _____

1.6 Recebeu treinamento ou fez curso para desenvolver atividades de controle da tuberculose: () Sim () Não

Se sim, cite quais, a duração e quem (serviço ou instituição de ensino) os coordenou:

1.7 Há quanto tempo você desenvolve atividades de controle da tuberculose?

2. Utilização do instrumento

2.1 Quando foi implantado o instrumento para o monitoramento da TBDR neste serviço de saúde? _____

2.2 Você o recebeu preenchido previamente? () Sim () Não

2.3 Quantas vezes você utilizou esse instrumento: () 01 () 02 () 03

() 04 () 05 () mais que 05

2.3.1 A utilização do instrumento foi: () somente com um paciente

() com mais de um paciente

2.4 Quanto tempo, em média, você dispendeu para preencher o instrumento na primeira vez que o utilizou? _____ e nas vezes posteriores _____

Comente: _____

3. Viabilidade do instrumento

3.1 A utilização do instrumento no cotidiano do serviço de saúde é viável? () Sim () Não

Comente: _____

3.2 Considerando os nove itens que compõem o instrumento, classifique o conteúdo de cada um deles quanto a sua clareza, pertinência, precisão, relevância e suficiência para o monitoramento dos casos de TBR e comente sua resposta ou dê sugestões:

ITENS E RESPECTIVOS CONTEÚDOS	ATRIBUTOS	CLASSIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS	OBSERVAÇÕES/ SUGESTÕES
1.Quadro dos resultados de testes de sensibilidade			
	Clareza ¹	Sim	
		Não	
	Pertinência ²	Sim	
		Não	
	Precisão ³	Sim	
		Não	
	Relevância ⁴	Não relevante	
		Pouco relevante	
		Relevante	
		Muito relevante	
	Suficiência ⁶	Suficiente	
		Insuficiente	
		Excessiva	
2.Quadro do Esquema de tratamento			
	Clareza ¹	Sim	
		Não	
	Pertinência ²	Sim	
		Não	
	Precisão ³	Sim	
		Não	
	Relevância ⁴	Não relevante	
		Pouco relevante	
		Relevante	
		Muito relevante	
	Suficiência ⁶	Suficiente	
		Insuficiente	
		Excessiva	
3.Dados da Referência/UBS cooperada			
	Clareza ¹	Sim	
		Não	
	Pertinência ²	Sim	
		Não	
	Precisão ³	Sim	
		Não	
	Relevância ⁴	Não relevante	
		Pouco relevante	
		Relevante	
		Muito relevante	
	Suficiência ⁶	Suficiente	
		Insuficiente	
		Excessiva	

ITENS E RESPECTIVOS CONTEÚDOS	ATRIBUTOS	CLASSIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS	OBSERVAÇÕES/ SUGESTÕES
4.Doenças associadas			
	Clareza ¹	Sim	
		Não	
	Pertinência ²	Sim	
		Não	
	Precisão ³	Sim	
		Não	
	Relevância ⁴	Não relevante	
		Pouco relevante	
		Relevante	
		Muito relevante	
	Suficiência ⁶	Suficiente	
		Insuficiente	
Excessiva			
5.Situações de vulnerabilidade			
	Clareza ¹	Sim	
		Não	
	Pertinência ²	Sim	
		Não	
	Precisão ³	Sim	
		Não	
	Relevância ⁴	Não relevante	
		Pouco relevante	
		Relevante	
		Muito relevante	
	Suficiência ⁶	Suficiente	
		Insuficiente	
Excessiva			
6.História da tuberculose			
	Clareza ¹	Sim	
		Não	
	Pertinência ²	Sim	
		Não	
	Precisão ³	Sim	
		Não	
	Relevância ⁴	Não relevante	
		Pouco relevante	
		Relevante	
		Muito relevante	
	Suficiência ⁶	Suficiente	
		Insuficiente	
Excessiva			

ITENS E RESPECTIVOS CONTEÚDOS	ATRIBUTOS	CLASSIFICAÇÃO DOS ATRIBUTOS	OBSERVAÇÕES/ SUGESTÕES
7. Quadro de registro do TDO na Unidade			
	Clareza ¹	Sim	
		Não	
	Pertinência ²	Sim	
		Não	
	Precisão ³	Sim	
		Não	
	Relevância ⁴	Não relevante	
		Pouco relevante	
		Relevante	
		Muito relevante	
	Suficiência ⁶	Suficiente	
		Insuficiente	
Excessiva			
8. Quadro de registro dos exames de controle de tratamento			
	Clareza ¹	Sim	
		Não	
	Pertinência ²	Sim	
		Não	
	Precisão ³	Sim	
		Não	
	Relevância ⁴	Não relevante	
		Pouco relevante	
		Relevante	
		Muito relevante	
	Suficiência ⁶	Suficiente	
		Insuficiente	
Excessiva			
9. Avaliação de contatos dos casos TB resistentes			
	Clareza ¹	Sim	
		Não	
	Pertinência ²	Sim	
		Não	
	Precisão ³	Sim	
		Não	
	Relevância ⁴	Não relevante	
		Pouco relevante	
		Relevante	
		Muito relevante	
	Suficiência ⁶	Suficiente	
		Insuficiente	
Excessiva			

¹**clareza:** as informações solicitadas neste item e seu conteúdo são claras e de fácil compreensão;

²**pertinência:** as informações deste item e seu conteúdo são pertinentes para monitorar as pessoas com TBMR;

³**precisão:** as informações solicitadas neste item e seu conteúdo não se repetem em outro item;

⁴**relevância:** as informações solicitadas neste item e seu conteúdo são relevantes para monitorar pessoas com TBMR.

⁶**suficiência:** as informações solicitadas neste item são suficientes, insuficientes ou excessivas para monitorar os casos de TBR.

3.3 Quanto ao seu preenchimento, indique a fonte de informação de cada um dos nove itens e qualifique o acesso aos mesmos:

ITENS	FONTE DE INFORMAÇÃO ¹	ACESSO ²	OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES
1.Quadro dos Resultados de testes de sensibilidade			
2.Quadro do Esquema de tratamento			
3.Dados da Referência/UBS cooperada			
4.Doenças associadas			
5.Situações de vulnerabilidade			
6.História da tuberculose			
7.Quadro de registro do TDO na Unidade			
8.Quadro de registro dos exames de controle de tratamento			
9.Avaliação de contatos dos casos TB resistentes			

¹fonte de Informação: prontuário (P), ficha de notificação (FN), TBWEB (TBW), serviço de referência (SR), SUVIS, COVISA, laboratório (L), sem fonte (SF), outro (O).

²acesso: fácil (F), difícil (D), rápido (R), demorado (DE), sem acesso (SA).

3.4 Como ocorre o fluxo de informações do Instrumento com SUVIS/UBS/CRSL/COVISA?

3.5 Em sua opinião a UBS/SUVIS deve monitorar os casos de Tuberculose Resistente as Drogas? () Sim () Não

Por que? _____

3.6 Este instrumento possibilita o monitoramento dos casos de Tuberculose Resistente as Drogas?

3.7 Visando a assistência ao paciente e família, em sua opinião, quais informações a equipe de saúde da UBS necessita para realizar o acompanhamento dos casos de Tuberculose Resistente as Drogas, em conjunto com o serviço de referência?

3.8 Fale um pouco sobre como foi usar o instrumento para monitorar os casos de TBDR: (Você consegue preencher o instrumento na íntegra? você consegue colocar todas as informações?)

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da pesquisa intitulada **“Avaliação da Aplicabilidade de um Instrumento para Monitorar a Ocorrência da Tuberculose Resistente às Drogas na Coordenadoria Regional de Saúde Leste de São Paulo (SP)”** desenvolvida pela Sra. Kelly Cristina Lino dos Santos, sob orientação da Professora Dra. Renata Ferreira Takahashi.

O principal objetivo da pesquisa é avaliar a aplicabilidade do instrumento de monitoramento dos casos de tuberculose resistente nas Unidades Básicas de Saúde e Supervisões de Vigilância em Saúde da Coordenadoria Regional de Saúde Leste. Sendo a Tuberculose Resistente um grave problema de Saúde Pública e tendo em vista a importância de um instrumento de monitoramento desses pacientes, esperamos que a avaliação do instrumento nos responda se tal ferramenta é factível para utilização no cotidiano dos profissionais visando garantir a continuidade da assistência integral dos pacientes.

Se você concordar em participar, pedimos que assine este documento de consentimento. Com a sua participação, será realizada uma entrevista individual de aproximadamente 1 hora de duração, em seu local de trabalho, que será gravada e posteriormente transcrita. O seu nome não será revelado sob nenhuma hipótese. Gostaria de esclarecer que sua participação é voluntária e nada será cobrado por ela, assim como não haverá remuneração financeira caso você participe. Você poderá recusar-se a participar da pesquisa inclusive podendo abandoná-la quando desejar, sem que isso lhe traga prejuízos de qualquer espécie. Durante a entrevista você tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir esclarecimento. Caso ocorra algum desconforto durante a entrevista, a mesma será interrompida. As informações serão utilizadas somente neste estudo. Os dados compilados serão analisados e divulgados em eventos de caráter científico, em publicações da área da saúde e serão apresentados aos participantes na reunião do Comitê de Tuberculose Regional.

O TCLE deve ser assinado pelo participante em duas vias. O participante receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo pesquisador.

Será garantido o ressarcimento de qualquer despesa ocorrida em decorrência da participação do entrevistado na pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso a pesquisadora responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas.

O principal pesquisador é a Sra. Kelly Cristina Lino dos Santos que pode ser encontrado no endereço. Rua Rosa Pavone, 76 Penha – São Paulo/ SP. Telefone 97258-1817 ou 2359-3239. e-mail enfkelly@usp.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço - Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br

e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde– Endereço – Rua General Jardim, 36 – República- São Paulo/SP CEP – 01223-011 Telefone: 33972464 e-mail – smscep@gmail.com

“O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos”.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Data...../...../.....

Anexos

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO PARA MONITORAR A OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE RESISTENTE ÀS DROGAS NA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE DE SÃO PAULO (SP)

Pesquisador: KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69010917.3.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.157.195

Apresentação do Projeto:

Trata-se da 2ª versão do projeto intitulado "AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO PARA MONITORAR A OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE RESISTENTE ÀS DROGAS NA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE DE SÃO PAULO (SP)", na versão anterior foi solicitado alinhamento entre o número de participantes apresentados no projeto e as informações básicas do projeto.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar a percepção de enfermeiros (as) sobre a aplicabilidade de um instrumento para o monitoramento epidemiológico da tuberculose resistente às drogas.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil epidemiológico da tuberculose resistente às drogas na CRSL nos últimos 5 anos; •Identificar a opinião de enfermeiros sobre a utilização do instrumento para monitorar os casos de tuberculose resistente às drogas e •Identificar as facilidades e dificuldades na utilização do instrumento.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.157.195

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Podem ocorrer riscos mínimos como desconforto durante a entrevista, caso ocorra, a mesma será interrompida.

Benefícios:

Assegurar o acompanhamento adequado dos pacientes com TBR e dos seus contatos, garantindo a atenção integral e contínua na Atenção Básica, visando a prevenção e o controle da TBR.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresentou orçamento, cronograma e TCLE adequados.

Recomendações:

não

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os ajuste solicitado foi atendido.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;

- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_930209.pdf	19/06/2017 17:57:41		Aceito
Outros	Memo_Comite_etica.pdf	19/06/2017 17:57:06	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Kelly_Cristina_Lino_Santos.pdf	19/06/2017 17:53:22	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_CRSL.pdf	29/05/2017 18:16:12	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.doc	29/05/2017	KELLY CRISTINA	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.157.195

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	16:16:43	LINO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Diretora.pdf	29/05/2017 16:14:16	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 05 de Julho de 2017

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE DE UM INSTRUMENTO PARA MONITORAR A OCORRÊNCIA DA TUBERCULOSE RESISTENTE ÀS DROGAS NA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE LESTE DE SÃO PAULO (SP)

Pesquisador: KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69010917.3.3001.0086

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.203.164

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo exploratório, de caráter aplicado, de abordagem qualitativa e quantitativa. Tem a finalidade prática de verificar se o instrumento em uso permite o monitoramento dos casos de tuberculose resistente às drogas e se a sua utilização é viável nas UBS e SUVIS da Coordenadoria Regional de Saúde Leste do município de São Paulo.

Amostra será composta pelos profissionais de todas as Unidades Básicas de Saúde das sete SUVIS da Região Leste do município de São Paulo, que tiverem casos notificados ou em acompanhamento de TBDR no período de fevereiro a julho de 2017. Tomando como base o número de casos em acompanhamento nesses serviços em outubro de 2016, estima-se que serão entrevistados: três profissionais das UBS do Itaim Paulista, cinco das UBS da Cidade Tiradentes, cinco das UBS de Itaquera, sete das UBS de São Miguel, um da UBS de Emelino Matarazzo, sete das UBS de Guaianazes, nove das UBS de São Mateus e um de cada uma

das SUVIS, exceto a de São Mateus, tendo em vista ser este o local de trabalho da pesquisadora. Assim, espera-se entrevistar 43 pessoas.

Coleta e análise: os dados sobre perfil epidemiológico da TBDR serão coletados nos sistemas TBWEB e SITE-TB e analisados por meio da construção de um banco de dados, utilizando-se o programa Excel® e o pacote Stata 13®, a partir da qual serão elaboradas tabelas, a serem

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.203.164

apresentadas em frequência absoluta e percentual. Os dados sobre a percepção dos enfermeiros serão coletados por meio de entrevista individual, seguindo um roteiro (Anexo 2), com questões abertas e fechadas. As entrevistas serão gravadas mediante autorização das entrevistadas e transcritas.

Os dados quantitativos também serão analisados e apresentados em frequência absoluta e percentual. Será feita análise de conteúdo dos dados qualitativos segundo técnica proposta por Bardin (BARDIN, 2006).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral: Analisar a percepção de enfermeiros (as) sobre a aplicabilidade de um instrumento para o monitoramento epidemiológico da tuberculose resistente às drogas.

Objetivos específicos:

- Descrever o perfil epidemiológico da tuberculose resistente às drogas na CRSL nos últimos 5 anos;
- Identificar a opinião de enfermeiros sobre a utilização do instrumento para monitorar os casos de tuberculose resistente às drogas e Identificar as facilidades e dificuldades na utilização do instrumento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Podem ocorrer riscos mínimos como desconforto durante a entrevista. Caso ocorra, a mesma será interrompida.

Benefícios: Assegurar o acompanhamento adequado dos pacientes com TBR e dos seus contatos, garantindo a atenção integral e contínua na Atenção Básica, visando a prevenção e o controle da TBR.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A metodologia descrita está adequada aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma, orçamento detalhado e fonte financiadora estão adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram respondidas adequadamente e estão informadas no documento anexado à PB

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SMS/SP

Continuação do Parecer: 2.203.154

intitulado 69010917.docx.

Projeto liberado para iniciar.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Memo_Comite_etica.pdf	19/06/2017 17:57:06	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Kelly_Cristina_Lino_Santos.pdf	19/06/2017 17:53:22	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_930209.pdf	29/05/2017 18:17:31		Aceito
Outros	AUTORIZACAO_CRSL.pdf	29/05/2017 18:16:12	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	29/05/2017 16:16:43	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_Kelly_Cristina_Lino_Santos.doc	29/05/2017 16:15:49	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar

Bairro: Vila Buarque

UF: SP

Telefone: (11)3397-2464

Município: SÃO PAULO

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.203.164

Investigador	Projeto_Kelly_Cristina_Lino_Santos.doc	29/05/2017 16:15:49	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Diretora.pdf	29/05/2017 16:14:16	KELLY CRISTINA LINO DOS SANTOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de Agosto de 2017

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 8º andar
Bairro: Vila Buarque
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO 3 – INSTRUMENTO MONITORATBDR (VERSÃO 1)

Monitoramento dos casos de TB resistente

SINAN: _____

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Resultado do teste de sensibilidade¹

Data de Coleta	Data de Recebi/o	I	R	P	E	S	A	C	K	O	L	M	CLASSIF	OBSERVAÇÃO

1) Preencher S para sensível; R para Resistente; C para contaminado; A para em andamento e N para não realizado

Esquema de tratamento²

Data de Tratamento	R	I	P	E	S	A	T	L	O	M	C	Et	PAS	IM	CL	TIPO TRAT	ENCERRA/O	DT ENC

2) Assinalar com X as drogas do esquema. Tipo de tratamento - TDO ou AA (auto administrado)

R – rifampicina I – isoniazida P – pirazinamida E – etambutol S – estreptomicina A – amicacina
T – terizidona L – levofloxacino M – moxifloxacino O – ofloxacino C – capreomicina Et – etionamida
PAS – ácido paraaminosalicílico IM – imipenem CL – clavulin

Dados da Referência/UBS cooperada

Data do 1º agendamento na referência: _____

Nome da referência: _____

Nome do médico responsável: _____

Telefone de contato na referência: _____

Nome da UBS cooperada: _____

Enfermeira responsável pelo caso na UBS cooperada: _____

Telefone de contato da UBS _____

Doenças Associadas - assinale com "X" quantas alternativas forem necessárias

☐ alcoolismo	☐ outras doenças imunodepressoras
☐ diabetes	☐ tabagismo
☐ doença psiquiátrica	☐ uso de drogas imunodepressoras
☐ drogadição	☐ outras
☐ hepatite B e/ou hepatite C	☐ nenhuma
☐ HIV positivo e/ou Aids	

Especificar outras doenças não mencionadas: _____

Situações de vulnerabilidade - assinale com "X" quantas alternativas forem necessárias

☐ detento	☐ idoso
☐ dificuldade de acesso	☐ mobilidade reduzida
☐ envolvimento com o tráfico	☐ violência doméstica
☐ falta de suporte familiar	☐ vivendo em casa de apoio
☐ Fundação Casa	☐ vivendo em situação de rua
☐ Nenhuma	☐ Outras _____

História da tuberculose - tentar encontrar o vínculo epidemiológico do caso

Conhece alguém com TB ou que já teve TB (família, trabalho, escola, lazer)?

☐ sim ☐ não

Se sim, informar o nome completo e a data de nascimento do contato ou o nº do SINAN

Nome do contato: _____

Data de nascimento: _____ SINAN: _____

Já teve diagnóstico de TB ou já foi tratado?

☐ sim ☐ não

Sim, tratei em _____ na UBS _____. Parei de tomar a medicação
após _____ meses devido a:

☐ cura ☐ abandono ☐ mudança de diagnóstico

Alguma vez você teve diagnóstico de tuberculose resistente?

☐ sim ☐ não

Se sim, informar onde e quanto realizou o exame:

Já esteve institucionalizado (casa de apoio, abrigo, sistema prisional, Fundação Casa)?

☐ sim ☐ não

Se sim, informar onde e quando:

TDO na unidade			TDO domiciliar			nº de vezes por semana:	
Mês de trata/o	Intervalo de contagem		Nº de doses	Mês de trata/o	Intervalo de contagem		Nº de doses TDO
	Início	Término			Início	Término	
0		-		13º mês			
1º mês				14º mês			
2º mês				15º mês			
3º mês				16º mês			
4º mês				17º mês			
5º mês				18º mês			
6º mês				19º mês			
7º mês				20º mês			
8º mês				21º mês			
9º mês				22º mês			
10º mês				23º mês			
11º mês				24º mês			
12º mês				25º mês			

Exames de controle de tratamento (BAAR e cultura), não informar TRM

Mês de trata/o	Peso em gramas	Baciloscopia de controle resultado e data de coleta	Cultura de controle resultado e data de coleta	Mês de trata/o	Peso em gramas	Baciloscopia de controle resultado e data de coleta	Cultura de controle resultado e data de coleta
1º mês				13º mês			
2º mês				14º mês			
3º mês				15º mês			
4º mês				16º mês			
5º mês				17º mês			
6º mês				18º mês			
7º mês				19º mês			
8º mês				20º mês			
9º mês				21º mês			
10º mês				22º mês			
11º mês				23º mês			
12º mês				24º mês			

ANEXO 4 – INSTRUMENTO MONITORATBDR (VERSÃO 2)

Monitoramento dos casos de TB resistente

Nome: _____ SINAN: _____

CNS: _____ Data de Nascimento: _____

Resultado do teste de sensibilidade¹

Data de Coleta	Data de Recebi/o	I	R	P	E	S	A	C	K	O	L	M	CLASSIF	OBSERVAÇÃO

1) Preencher S para sensível; R para Resistente; C para contaminado; A para em andamento e N para não realizado

Esquema de tratamento²

Data de Tratamento	R	I	P	E	S	A	T	L	O	M	C	Et	PAS	IM	CL	TIPO TRAT	ENCERRA/O	DT ENC

2) * Assinalar com X as drogas do esquema: R – rifampicina I – isoniazida P – pirazinamida E – etambutol S – estreptomicina A – amicacina T – terizidona L – levofloxacino M – moxifloxacino O – ofloxacino C – capreomicina Et – etionamida PAS – ácido paraaminosalicílico IM – imipenem CL – clavulín

** Tipo de tratamento - TDO (tratamento diretamente observado) ou AA (tratamento auto administrado)

*** Encerramento - Abandono: usuário abandonou o tto; Abandono primário: usuário não iniciou tto ou abandonou o tto em > de 30 dias; Cura: alta do usuário por cura da TB; Falência por resistência: persistência da positividade do escarro ao final do tratamento; Mud esq intoler/hepato: tto substituído devido intolerância medicamentosa ou hepatotoxicidade; Mudança de diagnóstico: diagnóstico de TB descartado; Óbito NTB: óbito por outras causas; Óbito TB: óbito por tuberculose; Transferência dentro de SP: usuário transferido para outra UBS na cidade de São Paulo; Transferência estado/país: usuário transferido para outro Estado ou País

Dados da Referência/UBS cooperada

Data do 1º agendamento na referência: _____

Nome da referência: _____

Número do prontuário na referência: _____

Enfermeira responsável pelo caso na referência: _____

Nome do médico responsável: _____

Nome do médico responsável: _____

Telefone de contato na referência: _____

Nome da UBS cooperada: _____

Número do prontuário na UBS cooperada: _____

Enfermeira responsável pelo caso na UBS cooperada: _____

Telefone de contato da UBS: _____

Doenças Associadas - assinale com "X" quantas alternativas forem necessárias

☐ alcoolismo	☐ outras doenças imunodepressoras
☐ diabetes	☐ tabagismo
☐ doença psiquiátrica	☐ uso de drogas imunodepressoras
☐ drogadição	☐ outras
☐ hepatite B e/ou hepatite C	☐ nenhuma
☐ HIV positivo e/ou Aids	

Especificar outras doenças não mencionadas: _____

Situações de vulnerabilidade - assinale com "X" quantas alternativas forem necessárias

☐ detento	☐ idoso
☐ dificuldade de acesso	☐ mobilidade reduzida
☐ envolvimento com o tráfico	☐ violência doméstica
☐ falta de suporte familiar	☐ vivendo em casa de apoio
☐ Fundação Casa	☐ vivendo em situação de rua
☐ Nenhuma	☐ Outras _____

História da tuberculose - tentar encontrar o vínculo epidemiológico do caso

Conhece alguém com TB ou que já teve TB (família, trabalho, escola, lazer)?

☐ sim	☐ não
------------------------------	------------------------------

Se sim, informar o nome completo e a data de nascimento do contato ou o nº do SINAN

Nome do contato: _____

Data de nascimento: _____ SINAN: _____

Já teve diagnóstico de TB ou já foi tratado?

☐ sim	☐ não
------------------------------	------------------------------

Sim, tratei em _____ na UBS _____. Parei de tomar a medicação
após _____ meses devido a:

☐ cura	☐ abandono	☐ mudança de diagnóstico
-------------------------------	-----------------------------------	---

Alguma vez você teve diagnóstico de tuberculose resistente?

☐ sim	☐ não
------------------------------	------------------------------

Se sim, informar onde e quando realizou o exame:

Já esteve institucionalizado (casa de apoio, abrigo, sistema prisional, Fundação Casa)?

☐ sim	☐ não
------------------------------	------------------------------

Se sim, informar onde e quando:

TDO na unidade

 TDO domiciliar

nº de vezes por semana: _____

Mês de trata/o	Data recebi/o medica/o	Intervalo de contagem		Nº de doses TDO	Evento Adverso	Mês de trata/o	Data recebi/o medica/o	Intervalo de contagem		Nº de doses TDO	Evento Adverso
		Início	Término					Início	Término		
0			-			13º mês					
1º mês						14º mês					
2º mês						15º mês					
3º mês						16º mês					
4º mês						17º mês					
5º mês						18º mês					
6º mês						19º mês					
7º mês						20º mês					
8º mês						21º mês					
9º mês						22º mês					
10º mês						23º mês					
11º mês						24º mês					
12º mês						25º mês					

Data da consulta médica na referência, Peso do paciente e Exames de controle de tratamento (BAAR e cultura), não informar TRM

Mês de trata/o	Data da consulta na referência	Peso do paciente em gramas	Baciloscopia de controle resultado e data de coleta	Cultura de controle resultado e data de coleta	Mês de trata/o	Data da consulta na referência	Peso do paciente em gramas	Baciloscopia de controle resultado e data de coleta	Cultura de controle resultado e data de coleta
1º mês					13º mês				
2º mês					14º mês				
3º mês					15º mês				
4º mês					16º mês				
5º mês					17º mês				
6º mês					18º mês				
7º mês					19º mês				
8º mês					20º mês				
9º mês					21º mês				
10º mês					22º mês				
11º mês					23º mês				
12º mês					24º mês				