

CONIC•SEMESP

14º Congresso Nacional de Iniciação Científica

TÍTULO: ESTUDO DE ADESAO À TERAPÊUTICA DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE ITANHAÉM - SP

CATEGORIA: CONCLUÍDO

ÁREA: CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E SAÚDE

SUBÁREA: FARMÁCIA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

AUTOR(ES): SUZANA SILVA DE OLIVEIRA

ORIENTADOR(ES): PAULO ANGELO LORANDI

Realização:



Apoio:



RESUMO

OBJETIVO: Analisar a adesão à terapia tuberculostática do município de Itanhaém - SP, região hiperendêmica da Costa da Mata Atlântica.

MÉTODO: Estudo retrospectivo descritivo dos casos de tuberculose registrados por Itanhaém no Programa Nacional de Controle da Tuberculose, iniciados dentro do período de doze meses compreendido de setembro de 2012 a agosto de 2013, cujos desfechos de tratamento sejam conhecidos até fevereiro de 2014, período de coleta dos dados.

RESULTADOS: Estão registrados 105 casos dentro do período, sendo 95,2% forma pulmonar, 3,8% pleural e 0,95% óssea. Observam-se faixa etária média de 35,5, predomínio de incidência no sexo masculino (73,3%), 89,5% casos novos, 7,6% retratamento pós-abandono e 2,8% por recidiva pós-cura. O diagnóstico é confirmado por baciloscopia de escarro em 83,8%; imagem radiológica em 88,5%; teste tuberculínico 36,1%. Há cultura de escarro para 27,6%; e teste de HIV 86,6%. O desfecho de tratamento de 82,8%; 3,8%, 4,7%, 3,8% e 4,7% é, respectivamente, cura, óbito, transferência de cidade, alteração de diagnóstico, e abandono.

DISCUSSÃO: O diagnóstico precoce com imediato início de tratamento e a adesão do paciente são as condições ideais de controle da cadeia de contágio da doença. O surgimento de reações adversas, bem como não disponibilizar breve intervenção frente estes efeitos, são fatores complicantes da adesão à terapêutica. A considerável taxa de abandono favorece a viabilidade de bactérias multirresistentes, a manutenção de bacilos circulantes e a proliferação de casos. O uso racional de medicamentos evita prejuízo de saúde pública, econômico e individual.

Descritores: Tuberculose; Adesão à Medicação; Epidemiologia.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa de curso crônico, declarada emergência de saúde pública global (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011a). Embora evitável e curável, com tratamento gratuito assegurado pelo Sistema Único de Saúde, a infecção ainda mata 4,5 mil pessoas anualmente no Brasil (BRASIL, 2011c). Estima-se que por ao menos dez anos novos fármacos

antituberculose não sejam lançados no mercado. No intuito de prevenir a crescente resistência bacteriana aos fármacos de primeira linha, em 2009, o esquema básico de tratamento foi reforçado (CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA..., 2010).

OBJETIVO

Analisar a adesão à terapia tuberculostática no município de Itanhaém SP, no período de setembro de 2012 a agosto de 2013.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo descritivo dos casos de tuberculose registrados no Programa Nacional de Controle da Tuberculose no período de setembro de 2012 a agosto de 2013 pelo município de Itanhaém – SP. Padronizou-se a inclusão de pacientes de ambos os sexos independentemente da faixa etária, diagnosticados dentro do período cujos desfechos de tratamento sejam conhecidos até fevereiro de 2014, período de coleta de dados do estudo. Não foram considerados os registros de pacientes que não se enquadraram nos critérios de inclusão pré-estabelecidos.

Este artigo segue a definição ministerial para os termos-chave estudados ‘cura, abandono, e recidiva’, descritos no *Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil* datado de 2011, de co-autoria do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Os dados se originam do Laboratório Municipal da Estância Balneária de Itanhaém, onde todas as baciloscopias são devidamente analisadas e registradas no Livro de Registro de Baciloscopia e de Cultura para Diagnóstico e Controle da Tuberculose, parte integrante do Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose - SILTB/MS/SVS/Coordenação Geral de Doenças Endêmicas/Centro de Referência Professor Hélio Fraga que fomenta o Sistema Lab-tb, Rede de Laboratórios TB - DRS IV; gerando notificação à Vigilância quando positivada a baciloscopia; e do Centro de Infectologia de Itanhaém, onde todas as ocorrências de tuberculose são relacionadas no livro de Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose/Programa Nacional de Controle da Tuberculose/MS/Brasília - DF/5 ed.

Também são considerados fontes de dados estatísticos a Sala de Situação de Tuberculose mantida pelo Centro de Vigilância Epidemiológica/Divisão de Tuberculose/SP, bem como Fichas de Notificação de Tuberculose para fins de caracterização dos pacientes atendidos e terapia empregada nos diferentes focos de infecção, obtidos online no sistema TBweb, Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose/Secretaria de Estado da Saúde /CVE/SP. Analisa-se, neste estudo, a consistência entre as informações advindas de Centro de Vigilância Epidemiológica, DATASUS e LABTB.

Como base de dados populacionais, consideraram-se as pesquisas estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, disponíveis no site www.ibge.gov.br.

A revisão bibliográfica utilizada neste trabalho abrange manuais de corporações referência, tais como Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde; trabalhos acadêmicos publicados em periódicos científicos; Divisão de Controle da Tuberculose/CVE/ SES/SP e livros pertinentes ao assunto.

Os resultados obtidos foram dimensionados e grandes variações submetidas a cálculo de média e mediana. De acordo com a Resolução 196/96 emanada do Conselho Nacional de Saúde, todo usuário dos citados serviços de saúde, parte constituinte desta pesquisa, tem resguardado o sigilo da identidade.

DESENVOLVIMENTO

Embora a taxa de incidência global de tuberculose venha caindo desde 2002, sua ocorrência é mais frequente nos países em desenvolvimento. Neste contexto, o Brasil compõe o quadro dos 22 países que concentram 80% da carga de tuberculose mundial (BRASIL, 2011c), com cerca de 75.000 casos notificados anualmente (CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA..., 2010). No ano de 2010, para população estimada em 195 milhões, registraram-se 85 mil casos incidentes e cinco mil mortes (excluindo HIV positivos) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011a).

As cidades paulistas notificaram 19.143 casos de tuberculose em São Paulo no ano de 2008, dos quais 15.759 casos novos, representando um coeficiente de incidência de 38,4 casos por 100.000 habitantes. A Baixada Santista contribui significativamente com estes índices, com a notificação de 1380 casos novos de

tuberculose no ano de 2012, superando o dobro da taxa do estado com o valor de 80 casos por 100.000 habitantes (CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA..., 2012). No município de Santos, as taxas médias de incidência e de mortalidade superam amplamente as verificadas, em média, no estado de São Paulo e no país (COELHO et al., 2009), registrando em 2012 a taxa média de incidência de 69/100.000 habitantes. Para cidade de Itanhaém, neste ano, registrou-se 99 casos, equivalendo a 110/100.000 habitantes (CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA..., 2012).

O longo período de tratamento (de seis a 24 meses), somado ao surgimento de efeitos indesejáveis relacionados ao uso de medicamentos, como urina e suor avermelhados (rifampicina), e insônia e euforia (isoniazida) (BRASIL, 2011c), podem culminar na não adesão e abandono do esquema terapêutico, fator que propicia a resistência bacteriana. Esta bactéria resistente à medicação continua a afetar o organismo contaminado e pode agir como fonte de novos contágios.

RESULTADOS

Foram registrados 105 casos dentro do período de doze meses, de setembro de 2012 a agosto de 2013. Neste período de estudo, há maior ocorrência de casos incidentes nos meses de outubro e dezembro de 2012, com 16 (N=105; 15,2%) e 13 casos registrados, respectivamente, sendo deste último apenas 12 (N= 105; 11,4%) confirmados. Março e maio de 2013 apresentam registro de 10 casos, sendo neste último mês apenas nove (N=105; 8,6%) confirmados e uma mudança de diagnóstico, seguido por julho com nove casos. Os demais meses compreendidos no período têm incidência abaixo da taxa média (8,75) e mediana (8) calculadas.

Do universo de casos, 100 correspondem à tuberculose pulmonar (N=105; 95,2%), quatro casos pleurais (N=105; 3,8%) e um ósseo (N=105; 0,95%). O predomínio do sexo masculino (73,3%) é evidenciado através do diagnóstico de 77 homens e 28 mulheres. Quanto à idade, os doentes atendidos estão compreendidos entre um e 76 anos. Como fator de correção da acentuada variação, estabeleceram-se média e mediana, calculadas em 35,5 e 34 anos, respectivamente. O critério confirmatório adotado no diagnóstico dos doentes amostrados envolve baciloscopia de escarro de primeira amostra para 88 (N=105; 83,8%) e segunda amostra para 66 pacientes (N=105; 62,8%), cultura de escarro por 29 (N= 105; 27,6%) vezes,

imagem radiológica com relato de cavitação pulmonar em 93 casos (N= 105; 88,6%), e teste tuberculínico aplicado a 38 pacientes (N= 105; 36,2%). Resultaram em positividade 61; 37; 18; 93 (todos) e 19 dos exames, respectivamente.

A realização de exame histopatológico foi relatada para um paciente, e tomografia computadorizada para outros dois. O teste para infecção pelo vírus HIV foi realizado em 91 pacientes (N= 105; 86,6%), e a coinfeção confirmada em apenas cinco destes (N= 91; 5,4%). Há registro de existência de contatos para 34 doentes (N=105; 32,3%), totalizando 80 contatos dos quais 70 (N=80; 87,5%) foram examinados.

São classificados como casos novos 94 pacientes (N=105; 89,5%), retratamento após abandono são oito casos (N=105; 7,6%), e retratamento por recidiva após cura, outros três (N=105; 2,8%). Quando há histórico anterior de terapia antiTB, está registrada a realização de cultura de escarro para três pacientes em retratamento por recidiva e outros dois pós-abandono. Como desfechos de terapia registraram-se 87 (N=105; 82,8%) curas; quatro óbitos (N=105; 3,8%), sendo dois por agravos da tuberculose (N=105; 1,9%) e outros dois por causas não especificadas; cinco transferências de pacientes (N=105; 4,7%); quatro mudanças de diagnóstico (N=105; 3,8%); e cinco (N=105; 4,7%) abandonos, sendo dois bacilíferos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condição básica para o êxito do tratamento é a adesão do paciente. Esta consiste no uso em período e quantidade adequados e suficientes a eliminar a infecção por *M. tuberculosis*. A não adesão (BRASIL, 2011b) a terapêutica causa mais sofrimento, perpetua a transmissão, eleva a mortalidade e favorece o aparecimento das formas resistentes.

É representativo o número de pacientes bacilíferos não aderentes à terapia, logo promotores da cadeia de transmissão da doença. A considerável taxa de abandono é preocupante por favorecer a viabilidade de bactérias multirresistentes, a manutenção de bacilos circulantes e a proliferação de casos (COELHO et al., 2009).

A adoção de medidas objetivas ao combate da infecção, como treinamento constante da equipe multidisciplinar, a consolidação do tratamento diretamente observado, e a implantação da busca ativa de sintomáticos respiratórios

(NOGUEIRA, 2012) são medidas efetivas na prevenção da disseminação da doença.

FONTES CONSULTADAS

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A.. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, sup. 1, p. 4-8, 2007.

BIERRENBACH, A. L. et al.. Incidência de tuberculose e taxa de cura, Brasil, 2000 a 2004. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, sup. 1, p. 24-33, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. In: EXPOEPI: MOSTRA NACIONAL DE EXPERIÊNCIAS BEM-SUCEDIDAS EM EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS, 6., 2007, Brasília. **Anais...** Brasília: SVS, 2007. p.136.– (Série D. Reuniões e Conferências).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Especial Tuberculose, v. 43, mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: MS, 2011c. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: MS, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica**: protocolo de enfermagem. Brasília: MS, 2011b. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA "Prof. Alexandre Vranjac". Divisão de Tuberculose. **Sala de Situação de Tuberculose**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.tuberculose.saude.sp.gov.br/>>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. **Divisão de Controle da Tuberculose**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br/tuberculose/>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

_____. Mudanças no tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2010.

_____. PRODESP. Sistema de Vigilância Laboratorial de Tuberculose. **LABTB**. Disponível em: <<http://143.107.176.40/cve/login.asp>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

_____. **Sistema de Controle de Pacientes com Tuberculose**. TBweb. Disponível em: <<http://www.cvetb.saude.sp.gov.br/tbweb/index.jsp>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

COELHO, A. G. V. et al.. Características da tuberculose pulmonar em área hiperendêmica - município de Santos (SP). **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 10, p. 998-1007, out. 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. [S.l.]: IBGE, 2014. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 26 jun. 2014.

INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA. Coordenadoria de Controle de Doenças. Secretaria de Estado da Saúde. Desafios da tuberculose diante da resistência microbiana. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, out. 2011.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F.. Tuberculose e infecção pelo HIV no Brasil: magnitude do problema e estratégias para o controle. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, sup. 1, p. 104-110, 2007.

JOAQUIM, M. L.. **Painel das causas de abandono do tratamento de tuberculose no município de Itanhaém no período de 2005 a 2009**. São Paulo: FCMSCSP,

2011. Originalmente apresentada como monografia para obtenção do grau Especialista em Gestão Pública em Saúde, Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, 2011.

KOROLKOVAS, A.; BURCKHALTER, J. H.. **Química Farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 783 p.

MELO, F. A. F.. **Epidemiologia da tuberculose**. Tuberculose. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portal da Saúde**. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Tabulação de dados. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>. Acesso em: 08 abr. 2014.

NEVES, Y. C. S.. **Aspectos epidemiológicos, clínicos e radiológicos da associação entre HTLV-1 e tuberculose**. Salvador, BA: FMB-UFBA, 2013. Originalmente apresentada como monografia de Conclusão do Curso de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 2013.

NOGUEIRA, P. A.; ABRAHÃO, R. M. C. M.; GALESI, V. M.N.. Tuberculose e tuberculose latente na população prisional. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 119-27, 2012.

OLIVEIRA, L.G.D.; NATAL, S.; CHRISPIM, P.P.M.. Tratamento diretamente supervisionado: estratégia para o controle da tuberculose. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 357-364, jul./set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global Tuberculosis control**: WHO Report 2011. Genebra: WHO Press, 2011a.

_____. **The top 10 causes of death**. Genebra: WHO Press, 2011b. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 05 ago. 2013.

PAZ, L. N. F. et al.. Efetividade do tratamento da tuberculose. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 38, n. 4, jul./ago. 2012.

SEISCENTO, M.; CONDE M. B.; DALCOLMO, M. M. P.. Tuberculose pleural. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 32, sup. 4, ago. 2006.

SILVA JR, J. B.. Centro Nacional de Epidemiologia. FUNASA. Tuberculose. Guia de Vigilância Epidemiológica. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 30, sup. 1, jun. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. III Diretrizes para tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 35, n. 10, p. 1018-48, 2009.

SOUZA, M. V. N.; VASCONCELOS, T. R. A.. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. **Quím. Nova**, São Paulo, v. 28, n. 4, jul./ago. 2005.

VENDRAMINI, S. H. F.; et al.. Aspectos epidemiológicos atuais da tuberculose e o impacto da estratégia DOTS no controle da doença. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 1, jan./fev. 2007.

WYSOCKI, A. D.; et al.. Atraso na procura pelo primeiro atendimento para o diagnóstico da Tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 440-447, 2013.