

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE TRATAMENTO DIRETAMENTE
OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE MANAUS-AMAZONAS

Bolsista: Débora Cristina Brasil da Silva, CNPq

MANAUS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE APOIO À PESQUISA
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL

PIB – S – 0147/2013

AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DE TRATAMENTO DIRETAMENTE
OBSERVADO DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
NO MUNICÍPIO DE MANAUS-AMAZONAS

Bolsista: Débora Cristina Brasil da Silva, CNPq

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Jacirema Ferreira Gonçalves

Colaborador: Jair dos Santos Pinheiro

MANAUS

2014

Todos os direitos deste relatório são reservados à Universidade Federal do Amazonas, ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Ciência da Informação e aos seus autores. Parte deste relatório só poderá ser reproduzida para fins acadêmicos ou científicos.

Esta pesquisa foi financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq, através do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal do Amazonas, desenvolvido pela acadêmica do curso de Enfermagem Débora Cristina Brasil da Silva

RESUMO

A Terapia Diretamente Observada (TDO) é uma estratégia reconhecidamente efetiva para melhorar o desempenho dos programas de tuberculose (TB). No entanto, nos questionamos se o TDO registrado nos sistemas de informação reflete a sua implantação operacional nas unidades de saúde. O objetivo desse estudo foi avaliar a implantação de TDO para doentes com tuberculose em acompanhamento na atenção básica em saúde na cidade de Manaus, Amazonas. Utilizamos a pesquisa avaliativa por meio de modelo lógico de avaliação. O universo do estudo foram as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que notificaram a execução de TDO no ano de 2012. Os dados referem-se aos contextos externos, organizacional, de implantação e de efetividade da estratégia TDO (desfecho do tratamento) na UBS, levantados dos registros em suas fichas de acompanhamento e prontuários (dados primários), dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN (dados secundários) obtidos no programa municipal de controle da tuberculose de Manaus em outubro de 2013 e entrevista com os enfermeiros das unidades. Nesta análise, enfatizamos a implantação de TDO e sua efetividade. Das 26 UBS investigadas, detectamos somente uma classificada com TDO implantado e uma UBS não implantada. As demais UBS foram classificadas em parcialmente implantada. A subdimensão de operacionalização e cobertura de TDO foi classificada como não implantada, indicando o mais grave problema na realização de TDO. A subdimensão diagnóstico bacteriológico, incluindo outros exames de acompanhamento foi classificada como implantada parcialmente. A subdimensão de fornecimento de medicamentos /insumos foi classificada como implantada parcialmente, fato que dificulta a garantia do tratamento dos doentes acometidos por TB. A subdimensão integralidade, foi classificada como implantada parcialmente, refletindo os problemas de acompanhamento integral do doente na rede de serviços de saúde. Não detectamos relação entre o grau de implantação de TDO e sua efetividade. Observamos em campo uma realidade diferente dos registros no sistema de informação, cuja avaliação nos aponta para a necessidade de que ocorra de fato a implantação completa da estratégia em todas as suas dimensões. Deste modo, sugerimos que o programa de controle da TB se articule para promover essa implantação, sensibilizar e prover os profissionais de conhecimentos e recursos necessários à sua devida operacionalização.

Descritores: Tuberculose, Terapia Diretamente Observada, Avaliação em Saúde, Avaliação de Programas e Projetos de Saúde.

Abstract

The Directly Observed Therapy (DOT) is recognized as an effective strategy for improving the performance of tuberculosis (TB) programs. However, we ask whether the DOT registered in the information systems reflects its operational deployment in healthcare facilities. The aim of this study was to evaluate the implementation of TDO for TB patients followed at primary health care in the city of Manaus, Amazonas. We used evaluative research through logical evaluation model. The total study population were the Basic Health Facilities (BHF) that notified the DOT implementation in the year 2012. Data refer to contexts: external, organizational, implementation and effectiveness of the strategy DOT (treatment outcome) in BHF. We gathered data in the reports and patients records (primary data), Information System for Notifiable Diseases (secondary data) obtained in the municipal program of tuberculosis control in Manaus in October 2013 and interviews with nurses. In this analysis, we emphasize the implementation of DOT and its effectiveness. Of the 26 BHF investigated we detected only one classified as DOT implemented and one other BHF not implemented; the rest of the BHF were classified as partially implemented. The sub dimension of operation and coverage of DOT was classified as not implemented, indicating the most serious problem in the realization of DOT. The sub dimension bacteriological diagnoses, including other follow-up examinations were classified as partially implemented. The sub dimension drug supply/resources was classified as partially implemented, which makes it difficult to guarantee the treatment of patients. The completeness sub dimension was classified as partially implemented, reflecting the problems of full monitoring of the patient in the health services network. We did not detect relationship between the degree of implementation of DOT and its effectiveness. We observed a different reality in the practice field when compared with information system, whose evaluation points us to the need does occur the full implementation of the Strategy in all its dimensions. Thus, we suggest that the TB control program is linked to promote the integration between reality and the registered data. Another suggestion is to raise awareness and provide professional knowledge and resources necessary for its proper operation.

Descriptors: Tuberculosis, Directly Observed Therapy, Health Evaluation, Evaluation of Health Programs and Projects

SUMÁRIO

<i>Abstract</i>	iv
1. INTRODUÇÃO.....	6
1.2 Objetivos	7
1.2.1 Objetivo Geral.....	7
1.2.2 Objetivos Específicos.....	7
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	8
3. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA	9
3.1 Tipo de estudo	9
3.2 Local de estudo e fonte dos dados.....	9
3.3 Participantes do estudo.....	10
3.4 Critérios de inclusão/exclusão.....	10
3.5 Análise dos dados.....	10
3.6 Considerações éticas	11
4. RESULTADOS	11
5. DISCUSSÃO	15
6. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS.....	18
ANEXO	20

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença potencialmente curável, com tratamento disponível gratuitamente na atenção básica de saúde no Brasil (RODRIGUES *et al.*, 2007). Entretanto, observamos que os programas municipais de controle não alcançam as metas de 85% de cura entre os casos novos e o limite máximo de 5% de abandono (BRASIL, 2011a). Nesse contexto, a cidade de Manaus apresenta situação preocupante, visto que no ano 2011, foram notificados 1.910 casos, dos quais, 1.542 eram casos novos, desses, 83% curaram e 17% abandonaram o tratamento (Fonte: www.datasus.gov.br. Acesso em 16/04/2013).

Para contornar esse problema, o Brasil vem intensificando o uso da estratégia *Directly Observed Treatment, Short-course* (DOTS). Essa estratégia é composta pelos seguintes elementos: compromisso político com financiamento crescente e sustentável; detecção de casos por meio de bacteriologia com controle de qualidade; tratamento padronizado, com supervisão da tomada da medicação e apoio aos doentes; sistema de gestão eficaz do fornecimento de medicamentos; sistema de informação que permita o monitoramento, a avaliação das ações e os respectivos impactos (WHO, 2013).

No Brasil, o sistema de informação prioriza o Tratamento Diretamente Observado (TDO), o qual consiste em supervisionar a tomada do medicamento que deve ser preferencialmente diária, de segunda à sexta-feira ou, por no mínimo três vezes por semana, ao final do tratamento contabilizando 24 tomadas observadas na fase de ataque, a qual corresponde aos primeiros dois meses e 48 tomadas observadas na fase de manutenção, que corresponde do 3º ao 6º mês (BRASIL, 2010), e esta estratégia vem sendo fortalecida por meio de capacitações, presenciais e a distância, com foco na humanização da assistência, no estreitamento de vínculos entre usuários e os serviços de saúde e no fortalecimento destas ações na comunidade. Sua realização do TDO tem aumentado no país, passando de 37,2% em 2009, para 46,8% em 2012 (BRASIL, 2014).

1.1 Justificativa

Os estudos favoráveis ao TDO advogam que ele está relacionado ao aumento da cura, pois a certeza do acompanhamento na tomada dos medicamentos, a possibilidade de haver um momento diário para reforçar a necessidade do tratamento e deste ser flexível quanto ao horário, que o bom relacionamento e o vínculo o profissional-paciente, possibilitem saber sobre a história do paciente, a evolução de seu quadro, compartilhar com ele a cura e

incentivá-lo, faz com que ocorra mais adesão ao tratamento diretamente observado da tuberculose (QUEIROZ e BERTOLOZZI, 2010). Adicionalmente há evidências de maior probabilidade de alta por cura e por completar o tratamento nos pacientes sob a estratégia TDO em relação àqueles em Tratamento Auto-Administrado (VIEIRA e RIBEIRO, 2008). No entanto, o desfecho na cura em pacientes sob TDO não são totalmente previsíveis.

Manaus carece de estudos avaliativos sobre a implantação e a efetividade do programa, assim como da estratégia do TDO. Portanto, questionamos sobre a qualidade da realização do TDO, levando em consideração que o mesmo não pode se restringir à observação da tomada de medicamento, mas sim uma visão ampliada do cuidado e no acompanhamento do doente com tuberculose.

Nesse ponto de vista, é de suma importância avaliar o grau dessa implantação, bem como da própria estratégia no universo das Unidades Básicas de Saúde, que são as instituições onde está implantado o programa de controle da TB e onde ocorre o acompanhamento dos doentes. Com estes resultados, é possível identificar como ocorre o TDO no âmbito da atenção básica em Manaus, bem como identificar se o mesmo contribui para o aumento da cura dos doentes e conseqüente adesão ao tratamento.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Avaliar a implantação da estratégia de tratamento diretamente observado (TDO) para doentes com tuberculose em acompanhamento na atenção básica em saúde no município de Manaus-Amazonas, conforme o desfecho do tratamento.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o grau de implantação da estratégia de TDO para tuberculose;
- Relacionar o grau de implantação do TDO ao acompanhamento e desfecho do tratamento da tuberculose na atenção básica.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Ministério da Saúde adota o Tratamento Diretamente Observado (TDO) sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os atores, sejam estes enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde (BRASIL, 2011b).

Embora o Brasil tenha adotado o TDO, como o principal componente da estratégia DOTS, não deixou de lado os demais componentes. O TDO é mais que ver a deglutição dos medicamentos. Torna-se também necessário remover as barreiras que impeçam a adesão, utilizando estratégias de reabilitação social, melhora da autoestima, qualificação profissional e outras demandas sociais (BRASIL, 2010).

O TDO da tuberculose consiste na tomada diária (de segunda a sexta-feira) da medicação sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os atores (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde). Nos casos em que o TDO não for realizado por profissionais de saúde, não se considera TDO para fins operacionais (inclusive para fins de notificação no SINAN). No entanto, se para o doente a opção de três vezes por semana for necessária, deve ser exaustivamente explicado sobre a necessidade da tomada diária da medicação, incluindo os dias em que o tratamento não é observado. Para fins operacionais, ao final do tratamento, para a decisão de que o tratamento foi supervisionado, convencionou-se que, no mínimo, 24 tomadas da medicação tenham sido diretamente observadas na fase de ataque e 48 doses na fase de manutenção (BRASIL, 2011b). Sendo assim preciso avaliar a operacionalização dessas ações.

Segundo o Ministério da Saúde, após a verificação do não comparecimento ao TDO na UBS, deve ser realizada a busca dos faltosos. Esta ação deverá ocorrer por meio de visita domiciliária com o objetivo de evitar o abandono do tratamento e deve ser realizada o mais rápido possível (BRASIL, 2010).

A necessidade de avaliação decorre do pressuposto de que um programa gera benefícios, conseguindo assim identificá-los. Isto leva à mensuração de eventos que traduzam os resultados do programa. Em vista disto, a avaliação tem um importante papel a desempenhar, não somente em determinar sucessos e fracassos do passado, mas em

identificar, descrever empiricamente, e monitorar problemas, aumentando o conhecimento atual, bem como desenvolvendo e comparando soluções (GONCALVES, 2013).

O modelo de avaliação aqui utilizado foi adaptado de uma proposta de modelo de avaliação do Programa de Controle da Tuberculose (Anexo A). A escolha deste modelo levou em conta o fato do mesmo ter sido proposto com base em importantes trabalhos de avaliação do programa de controle da tuberculose (OLIVEIRA *et al.*, 2010), assim como também pelo fato de julgarmos que é o modelo com maior possibilidade de aplicação com vistas a avaliar a implantação da Estratégia DOTS no contexto da atenção básica em saúde de Manaus.

Os estudos de avaliação de políticas e programas governamentais permitem que formuladores e implementadores sejam capazes de, objetivamente, tomar decisões com maior qualidade, otimizando o gasto público nas diversas atividades, objetos da intervenção estatal, identificando e superando pontos de estrangulamentos e destacando pontos que levam ao êxito dos programas. Conseqüentemente, surgem perspectivas racionais para implementar políticas públicas dotadas de maior capacidade de alcançar os resultados desejados pelos formuladores, em qualquer área de competência do governo (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

3. DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Foi construída uma matriz de julgamento (anexo A) com a dimensão de implantação da Estratégia DOTS – aqui chamada de TDO, com suas respectivas subdimensões constituídas dos componentes dessa estratégia. Tanto o modelo lógico aqui utilizado, quanto a matriz de julgamento foram adaptadas de (OLIVEIRA *et al.*, 2010), construídas conforme as normas operacionais do Programa de controle da tuberculose.

3.1 Tipo de estudo

Pesquisa avaliativa por meio de estudo de caso da cidade de Manaus com vistas a avaliar a implantação de TDO para o tratamento da tuberculose na atenção básica, utilizando-se o Modelo Lógico da Avaliação.

3.2 Local de estudo e fonte dos dados

Utilizamos dados primários e secundários acerca da implantação e operacionalização do TDO para tuberculose, da efetividade, considerando os desfechos de cura e abandono de tratamento, no contexto das unidades básicas de saúde na cidade de Manaus, Amazonas, que notificaram a realização do TDO no ano 2012. Os dados são provenientes dos registros nos

prontuários dos pacientes, livros de acompanhamento de casos e do sintomático respiratório e fichas de registro nos locais de atendimento.

3.3 Participantes do estudo

Não trabalhamos com processo de amostragem. Portanto, dados de todos os pacientes casos novos diagnosticados em 2012 e residentes em Manaus, em acompanhamento com TDO nesse ano, na atenção primária a saúde foram sujeitos da pesquisa. Também participaram da pesquisa os enfermeiros que atuam no programa de controle da TB na atenção primária a saúde, nas respectivas unidades de saúde que notificaram à central do programa de controle da TB a realização de TDO no ano 2012, os quais passaram por entrevista a respeito do funcionamento do programa e do acompanhamento dos casos de tuberculose em tratamento supervisionado.

3.4 Critérios de inclusão/exclusão

Incluímos na avaliação as unidades básicas de saúde que acompanharam casos novos de tuberculose da forma pulmonar bacilífera na modalidade TDO no ano de 2012. Entre as unidades de saúde, foram excluídas aquelas (e os respectivos pacientes) da Estratégia de Saúde da Família, os Postos de Saúde Rural e as que não são de atenção primária, assim como também a UBS que não acompanhou caso novo de tuberculose bacilífera na modalidade de TDO no ano do estudo.

3.5 Análise dos dados

Para organização dos dados, foi utilizado o aplicativo SPSS 21 para elaboração da máscara do questionário/matriz de julgamento e digitação dos dados em dupla entrada, visando identificar e corrigir possíveis erros sistemáticos que poderiam comprometer a validade dos dados.

Os pontos de corte (escores) estabelecidos para definir o grau de implantação da estratégia DOTS na UBS foram distribuídos de acordo com o percentual da pontuação máxima alcançada, em relação à pontuação total esperada, da seguinte forma: $\geq 75\%$ - Implantada; $\geq 40\%$ a $<75\%$ - Implantada parcialmente; $\leq 40\%$ - Não implantada. Esse detalhamento da pontuação pode ser visualizado no Anexo.

Essa pontuação foi atribuída de acordo com o estudo que embasou o modelo lógico e a matriz de avaliação, cujos autores levaram em conta que um programa para alcançar o objetivo de redução de casos necessitaria de, pelo menos, 70% das atividades implementadas

e foi utilizada também para avaliar o grau de implantação de cada dimensão e subdimensão, se necessário, com exceção da Dimensão IV da Matriz (Resultados do Tratamento) que foi utilizada para classificar a efetividade do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) na unidade de saúde, para a qual os pontos de corte foram estabelecidos com base no parâmetro recomendado pela OMS para a taxa de cura (85%), sendo assim distribuídos: $\geq 85\%$ - ótima efetividade; $\geq 70\%$ a $<85\%$ - boa efetividade; $\leq 70\%$ - baixa efetividade.

A atuação do enfermeiro na Estratégia DOTS foi descrita quantitativamente com base na frequência de sua participação no conjunto de atividades definidas em cada dimensão da matriz de julgamento e avaliação, conforme as respostas à entrevista averiguadas em cada serviço de saúde.

A relação entre a efetividade e a classificação de implantação foi realizada por meio de tabelas de contingência e avaliada pelo número e percentual.

Também analisamos a pontuação individual de cada UBS, que demonstramos descritivamente a fim de possibilitar identificar qual a classificação de cada UBS.

3.6 Considerações éticas

O projeto fez parte um projeto maior, denominado “Avaliação da Implantação da Estratégia DOTS para Tuberculose em Manaus-Amazonas: enfoque para o papel do Enfermeiro”, submetido à Comissão de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus e se obteve autorização para execução da pesquisa no âmbito das unidades municipais de saúde e ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Amazonas, sob o CAAE No. 01374412.8.0000.5020.

4. RESULTADOS

A avaliação do grau de implantação do PCT no município de Manaus refere-se ao ano base de 2012. Por meio dos contextos externo, organizacional, de implantação e de efetividade da estratégia DOTS nas UBS, foi possível identificar que em 3,8% das UBS visitadas o programa está implantado, 92,3% está parcialmente implantado e em 3,8% não está implantado. O município como um todo tem média de 50% de implantação, nos permitindo assim dizer que no município estudado, o PCT está parcialmente implantado (Tabela 2).

Na avaliação da dimensão contexto de implantação da estratégia DOTS na UBS, os indicadores mostraram que o grau de implantação foi parcial, que de acordo com o percentual da pontuação máxima alcançada, em relação à pontuação esperada esteve entre $\geq 40\%$ a $< 75\%$ (Quadro 1).

Na subdimensão operacionalização e cobertura de TDO, a maior pontuação obtida pelas UBS, que teria como pontuação máxima de 30 pontos, foi de 21 pontos alcançados pela UBS de número 18 (tabela 1). Tal dimensão foi classificada como não implantada, com uma proporção média de 26,7 da pontuação total. Pelos indicadores utilizados pela pesquisa, 35% realiza e registra a observação direta da tomada da medicação na primeira fase do tratamento e 40% na segunda fase. 40% é a proporção de casos novos bacilíferos em TDO e nenhuma das UBS implementa a busca de faltosos com apoio da ESF (Quadro 1).

Na subdimensão diagnóstico bacteriológico, as UBS 3, 16 e 25 alcançaram a pontuação do valor máximo que seria de 15 pontos (tabela 1). Esta subdimensão foi classificada como implantada parcialmente, com uma proporção média 73,3. De acordo com os indicadores dessa dimensão, 40% das UBS realiza a busca de casos, 73,3% registra e examina contatos, 100% realiza baciloscopia para acompanhamento do tratamento, 66,7% realiza sorologia para HIV e 80% realiza cultura de escarro para os casos de retratamento da TB (Quadro 1).

Na subdimensão fornecimento de medicamentos/insumos, 4 das 26 unidades visitadas obtiveram a pontuação máxima de 10 pontos, as quais são 2, 14, 16 e 17 (tabela 1) e foi classificada como implantada parcialmente, com uma proporção média de 70 pontos. Os indicadores mostraram que em 66,7% das UBS há a existência de estoque de medicamento que atenda os casos em tratamento, 95% disponibiliza pote para a coleta de escarro e 36,7% dispõe de insumos de laboratório (corantes, lâminas, máscaras, etc) que atenda a necessidade da UBS (Quadro 1).

E na última subdimensão a compor a dimensão contexto de implantação da estratégia DOTS, que é a integralidade, nenhuma unidade alcançou a pontuação máxima de 10 pontos (tabela 1), sendo classificada como implantada parcialmente com uma proporção na média de 65% do total de pontos. Dentro dos indicadores utilizados, 20% das UBS implementa a referência de casos com agravos e/ou complicações associadas ou não à TB, 62,5% realiza consulta médica e 77,5% realiza consulta de enfermagem ao paciente com TB (Quadro 1).

Ao observarmos os as pontuações obtidas por cada UBS nas quatro subdimensões que compõem o contexto de implantação da estratégia DOTS, não encontramos ampla variabilidade de pontos (Tabela 1).

Ao avaliarmos os números de casos registrados como sendo TDO no SINAN-TB com o número de casos observados em campo (Tabela 1), observamos incongruências, seja para mais ou para menos. As UBS 6, 18, 20 e 26 apresentaram registros e observações com valores aproximados. A UBS 23 apresentou o dobro de número de TDO observado que o número registrado no SINAN. Chamando atenção a unidade 6 que realizou efetivamente 39 acompanhamentos em TDO dos 42 registrados.

UBS	Cobertura TDO* (ponto max.=30)	Diagnóstico bacteriológico (ponto max.=15)	Medicamento Insumo (ponto max.=10)	Integralidade (ponto max.=10)	Casos bacilíferos (n)	TDO registrado (n)**	TDO Observado (n)***
1	8	8	7	8	4	2	0
2	8	12	10	9	16	1	0
3	8	15	4	6	3	1	0
4	8	7	4	9	12	7	1
5	8	5	7	9	28	4	0
6	13	10	7	4	58	42	39
7	8	12	7	9	9	6	0
8	11	12	7	2	8	6	4
9	8	11	7	5	14	1	0
10	8	9	7	8	5	3	0
11	8	12	7	5	13	11	1
12	8	9	7	4	9	1	0
13	8	6	7	0	11	1	0
14	8	14	10	5	19	19	0
15	8	12	4	9	4	1	0
16	20	15	10	6	9	2	1
17	8	11	10	7	15	5	0
18	21	9	7	8	18	17	14
19	8	14	7	0	39	27	0
20	8	11	7	0	12	4	3
21	8	10	7	7	5	2	0
22	11	11	7	6	27	27	12
23	13	13	7	8	19	12	24
24	8	10	7	8	18	10	0
25	8	15	7	6	7	4	0
26	8	9	3	8	4	2	1

Tabela 1 – Pontuação obtida pelas UBS conforme as subdimensões de avaliação de implantação de TDO e número de casos observados e registrados em Tratamento Diretamente Observado (TDO), Manaus-2013.

* Pontos máximos = 30, ** Fonte: Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN-TB, dados obtidos no Programa de tuberculose de Manaus em outubro de 2013, *** Fonte: Pesquisa de campo, TDO = Tratamento diretamente observado

Categorias/ Componentes (sub-dimensões)	Critérios/indicadores	Pontos Máximos	média pontuação obtida	% referente a pontuação máxima	Proporção de pontuação das dimensões			Classificação do Grau de implantação
					Mínimo	Média	Máximo	
Operacionalização e Cobertura do TDO (30 pontos)	Realiza e registra a observação direta da tomada da medicação na 1ª fase do tratamento	10	3,5	35,0	26,7	26,7	70,0	Não implantada
	Realiza e registra a observação direta da tomada da medicação na 2ª fase do tratamento	8	3,2	40,0				
	Proporção de casos novos bacilíferos em TDO	7	2,8	40,0				
	Implementa busca de faltosos, inclusive com o apoio da ESF	5	0	0				
Diagnóstico bacteriológico (15 pontos)	Realiza busca de casos	3	1,2	40,0	33,3	73,3	100,0	Implantada parcialmente
	Registra e examina contatos	3	2,2	73,3				
	Realiza baciloscopia para acompanhamento do tratamento	3	3,0	100				
	Realiza sorologia para HIV	3	2,0	66,7				
	Realiza cultura de escarro para os casos de retratamento da TB	3	2,4	80,0				
Fornecimento de medicamentos/insu- mos (10 pontos)	Existência de estoque de medicamento que atenda os casos em tratamento	3	2,0	66,7	30	70	100	Implantada parcialmente
	Disponibiliza pote para a coleta de escarro	4	3,8	95,0				
	Dispõe de insumos de laboratório (corantes, lâminas, máscaras, etc.) que atenda a necessidade da UBS	3	1,1	36,7				
Integralidade (10 pontos)	Implementa a referência de casos com agravos e/ou complicações associadas ou não à TB	2	0,4	20,0	0	65,0	90,0	Implantada parcialmente
	Consulta médica ao paciente com TB	4	2,5	62,5				
	Consulta de enfermagem ao paciente com TB	4	3,1	77,5				

Quadro 1 – Modelo lógico de avaliação - Dimensão: Contexto de implantação da estratégia DOTS. Pontuação das UBS, Manaus – 2013.

Critérios	Descrição	Grau de implantação do TDO					
		Implantada		Implantada parcialmente		Não implantada	
		n	%	N	%	n	%
Proporção de cura	≥ 85%	1	100,0	18	75,0	1	100,0
	75% a < 85%	0	0,0	4	16,7	0	0,0
	65% a < 75%	0	0,0	1	4,2	0	0,0
	< 50%	0	0,0	1	4,2	0	0,0
Proporção de abandono	≤ 5%	0	0,0	4	16,7	1	100,0
	> 5% a 20%	0	0,0	12	50,0	0	0,0
	< 20% a 25%	1	100,0	8	33,3	0	0,0
	> 25%	1	100,0	8	33,3	0	0,0
Total de UBS		1	3,8	24	92,3	1	3,8

Tabela 2 – Relação entre os desfechos de cura e abandono de casos de tuberculose, conforme a classificação da implantação de TDO, Manaus-2013.

TDO = Tratamento diretamente observado

5. DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que o grau de implantação do TDO realizado no município de Manaus apresenta um grau de implantação parcial, segundo os parâmetros estabelecidos pela pesquisa. Esse resultado é semelhante aos achados do estudo de Heufemann (HEUFEMANN, GONCALVES e GARNELO, 2013), que avaliaram o programa de controle da TB em Coari. Tal resultado é preocupante, já que os segundos autores atribuem a situação de Coari às dificuldades de acesso ao município e em seu interior, bem como os problemas de logística, o que parece não ser uma problema na cidade de Manaus. Outro estudo que avaliou a implementação do TDO para pacientes com TB em unidades de saúde do município de Manaus, também encontrou problemas operacionais, que influenciam na efetividade da estratégia (SOUZA, 2012).

Embora os objetivos do TDO (BRASIL, 2011b) visem melhorar a atenção ao doente por meio do acolhimento humanizado, possibilitando a adesão, garantindo a cura, reduzindo a taxa de abandono, assim como, a possibilidade de interromper a cadeia de transmissão da doença, diminuir o surgimento de bacilos multirresistentes, reduzir a mortalidade e reduzir o sofrimento humano, uma vez que se trata de doença transmissível e de alto custo social, o TDO é pouco realizado em Manaus, talvez por não ser priorizado pelos responsáveis pelo programa na unidade, visto que os profissionais precisam se organizar para desenvolver diversas atividades, dentre elas o controle da TB e acompanhamento de casos em tratamento. O profissional de enfermagem é o mais atuante no programa de controle da tuberculose nas unidades, fato este detectado na pesquisa de campo, quando questionamos sobre o responsável pela unidade de saúde e as respectivas atividades de operacionalização dos programas. Entretanto, julgamos que haja desmotivação dos profissionais, talvez ocasionada pelo acúmulo de funções.

A operacionalização e cobertura do TDO foi a subdimensão avaliada como a mais deficiente, classificada como não implantada, já que os registros e observação da tomada da medicação são quase inexistentes, seja esta na primeira ou na segunda fase do tratamento. Questionamos essa situação, visto que se trata da subdimensão que expressa a execução do TDO. Desse modo, se o TDO é somente registrado no sistema de informação, mas os registros locais não refletem a sua execução, há de se pensar sobre a fase processual, a qual deve comprometer o acompanhamento dos casos que estejam em supervisão. Outro agravante é não haver uma implementação de busca aos faltosos do tratamento, tanto por indisponibilidade de recursos humanos e viaturas para realizar TDO em domicílio, como na dificuldade de comunicação, que se reflete na dependência da direção da unidade de saúde para realizar contato via telefone com o paciente faltoso. Destaca-se que a escassez de recursos materiais e recursos humanos dos serviços de saúde influenciam na forma de organização do TDO no domicílio podendo resultar em uma organização inadequada para a realidade do doente e família (GONZALES *et al.*, 2008). Os enfermeiros relataram não haver integração do PCT com a Estratégia Saúde da Família na busca e acompanhamento dos casos que abrangem seu território, e quando ocorre, é informal. Tal fator vai de encontro ao preconizado pelo Ministério da Saúde, o qual estimula essa integração do PCT na Atenção básica (BRASIL, 2011a).

No diagnóstico bacteriológico, a classificação recebida foi implantado parcialmente. Somente o critério de realização de baciloscopias para acompanhamento do tratamento é realizado 100%. As unidades encontram dificuldade para realizar a busca de casos, assim como na busca dos faltosos. Quanto a registrar e examinar os contatos, houve dificuldade para coletarmos alguns dados, já que o livro de acompanhamento de casos, por diversas vezes, fora encontrado com lacunas de preenchimento. A realização da sorologia para HIV encontra dificuldade por não haver laboratório em algumas das unidades e falta profissional treinado e capacitado para realizar o teste rápido. Nos poucos casos de retratamento encontrados, é realizada a cultura de escarro em 80% das unidades. Sabemos que a disponibilidade de recursos de laboratório é um elemento importante na detecção e acompanhamento de casos, e a sua falta impõe trabalho adicional, no acompanhamento e sucesso do tratamento do doente.

A deficiência no fornecimento de medicamentos e insumos é algo surpreendente e que certamente compromete a implementação do programa. Tanto a falta recursos materiais e recursos humanos repercutem na organização dos serviços e nas práticas dos profissionais de saúde e, por consequência, na identificação dos problemas de saúde a serem enfrentados pelas

equipes do PCT no processo de assistência aos doentes de TB e família (GONZALES *et al.*, 2008).

A subdimensão integralidade teve o seu grau de implantação classificado como implantada parcialmente, já que poucos casos são referenciados, tampouco acompanhados sobre as condutas e resultados obtidos em outros pontos de atenção do sistema de saúde. Outro quesito aqui avaliado foram as consultas médicas e de enfermagem realizadas ao paciente com tuberculose, observando um melhor desempenho pelo profissional de enfermagem, que alcançou quase 80% da pontuação máxima, o que demonstra lacuna na execução dos trabalhos de forma articulada entre os profissionais. O TDO, enquanto estratégia, retira o foco do tratamento da figura do médico, e outros profissionais passam a ter um papel de destaque, principalmente os enfermeiros coordenando as ações e os ACS no contato direto com o paciente e sua família (CARDOSO *et al.*, 2012). Entretanto, há que se trabalhar de forma interdisciplinar, com vistas a alcançar a integralidade.

Quanto à relação entre o grau de implantação e a efetividade do programa, não encontramos associação, que em nossa opinião ocorre devido quase todas as unidades de saúde estarem classificadas na categoria "parcialmente implantada", bem como pelas deficiências detectadas nos registros locais de acompanhamento do paciente no programa. Portanto, realizar TDO ou apenas informar que está realizando, não se traduz em melhoria no desfecho final esperado que seria o aumento da cura e diminuição do abandono do tratamento.

6. CONCLUSÃO

O presente estudo avaliou a implantação de TDO da tuberculose na atenção básica em saúde em Manaus e os resultados mostraram que a operacionalização deste é um desafio concreto, levando em consideração a detecção de diferenças importantes entre os registros de notificação e o TDO efetivamente realizado. Nos chama a atenção para a necessidade de comprometimento e capacitação dos profissionais envolvidos, bem como atenção especial referente à articulação do programa no município com os diversos setores da saúde e com as equipes multidisciplinares em todo o sistema de saúde.

O contexto de implantação da estratégia DOTS aqui encontrado, mostrou a estratégia implantada parcialmente em Manaus. Isso reafirmando a necessidade de busca de melhoria no programa, com vistas a executar o TDO em todas as dimensões, a fim de garantir a sua efetividade.

O grau de implantação do TDO não teve relação com os desfechos de cura e abandono. Isso é reflexo dos diversos aspectos relacionados ao programa, e que estão sendo deixados de lado, em detrimento exclusivamente do registro ou da observação da tomada do medicamento.

Apesar de em apenas uma unidade o TDO ter sido encontrado como implantado de fato, constatamos em meio a tantas dificuldades encontradas e relatadas pelos profissionais, que é possível sim que o TDO seja realizado, contanto que haja programação e empenho da equipe envolvida no processo do tratamento e o bom esclarecimento e conscientização da importância do tratamento ao paciente acometido pela tuberculose.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministerio da Saude. Manual de recomendacoes para o controle da tuberculose no Brasil. 2010. 185 p.

_____. Ministerio da Saude. Manual de recomendacoes para o controle da tuberculose no Brasil. Brasilia. 2011a

_____. Ministerio da Saude. Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atencao basica: protocolo de enfermagem. Brasilia. 2011b. 168 p. (comunicacao e educacao em saude)

_____. Ministerio da Saude. Boletim Epidemiologico. Secretaria de Vigilancia me Saude. v.44, n.2. 2014.

CARDOSO, G. C. P., et al. A conformidade das ações do tratamento diretamente observado para tuberculose na perspectiva dos profissionais de duas unidades de saude da cidade do Rio de Janeiro. Caderno de Saude Coletiva, v.20, n.2, p.203-210

2012.

GONCALVES, M. J. F. Avaliação de Programa de Saúde: O Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil. Saude e Transformacao Social, v.3, n.1, p.13-17. 2013.

GONZALES, R. I. C., et al. Desempenho de servicos de saude no tratamento diretamente observado no domicilio para controle da tuberculose. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.42, n.4, p.628-634. 2008.

HEUFEMANN, N. E. C.; GONCALVES, M. J. F. e GARNELO, M. L. Avaliacao do programa de controle da tuberculose em cenario Amazonico: desafios em Coari. Acta Amazonica, v.43, n.1, p.33-42. 2013.

OLIVEIRA, L. G. D., et al. Modelo de avaliacao do programa de controle da tuberculose. Ciencia & Saude Coletiva, v.15, p.997-1008. 2010.

QUEIROZ, E. M. e BERTOLOZZI, M. R. Tuberculose: Tratamento supervisionado nas coordenadorias de Saude norte, oeste e leste do municipio de sao paulo. Revista da Escola de Enfermagem, v.44, n.2, p.453-461. 2010.

RODRIGUES, L., et al. Resposta brasileira a tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. Revista de Saude Publica, v.41, p.1-2. 2007.

SOUZA, O. N. Avaliação de implementação do tratamento diretamente observado para pacientes com tuberculose em unidades de saúde do município de Manaus - AM. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca ENSP. p.107. 2012.

VIEIRA, A. A. e RIBEIRO, S. A. Abandono do tratamento de tuberculose utilizando-se as estrategias tratamento auto-administrado ou tratamento supervisionado no Programa Municipal de Carapicuíba, Sao Paulo, Brasil. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v.34, n.3, p.159-166. 2008.

WHO. World Health Organization. Global tuberculosis report. Geneve: World Health Organization

2013

ANEXO

Anexo A: Matriz de análise e julgamento

Dimensão	Categorias /componentes (Sub-dimensões)	Crerios /indicadores	Fonte de coleta das informações	Tipo de Coleta	Parâmetro	Pontos Máximos	Descrição	Σ (pontos obs./pontos máximos) *100	
CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS NA UBS (65 pontos)	Operacionalização e Cobertura do TDO (30 pontos)	Realiza e registra a observação direta da tomada da medicação na 1ª fase do tratamento	Ficha do TDO	Dados secundários	24 observações	10	≥ 24 = 10 16 a 23 = 6 <16 = 3		
		Realiza e registra a observação direta da tomada da medicação na 2ª fase do tratamento			48 observações	8	≥ 48 = 8 30 a 47 = 4 <30 = 3		
		Proporção de casos novos bacilíferos em TDO	Ficha do TDO Livro Registro de Acompanhamento de Casos		50% do casos com no mínimo 24 observações da tomada da medicação na 1ª fase e 48 na 2ª fase	7	≥ 50% = 7 40% a < 50% = 5 30% a < 40% = 4 < 30% = 0		
		Implementa busca de faltosos, inclusive com o apoio da ESF	Relatório mensal de atividades do PCT da UBS		Média de 90 % de faltosos resgatados	5	Média ≥ 90% = 5 Média de 70 % a < 90% = 4 Média de 30% a < 70% = 2 Média < 30% = 0		
	Diagnóstico bacteriológico (15 pontos)	Realiza busca de casos	Livro de Registro de sintomático respiratório Planilha de programação da procura de casos		Dados secundários	90% dos sintomáticos respiratórios examinados	3	≥ 90% = 3 50% a < 90% = 2 1% a < 50% = 1 0% = 0	
		Registra e examina contatos	Livro de Registro de Acompanhamento de Casos Prontuário do paciente			30% de contatos de casos novos bacilíferos examinados	3	≥ 30% = 3 10% a < 30% = 2 1% a < 10% = 1 Não examina = 0	
		Realiza baciloscopia para acompanhamento do tratamento				85% dos casos novos bacilíferos com 6 baciloscopias de controle	3	≥ 85% = 3 50% a < 85% = 2 10% < 50% = 1 < 10% = 0	
		Realiza sorologia para HIV				60% dos casos novos notificados testados para HIV	3	≥ 60% = 3 40% a < 60% = 2 10% a < 40% = 1 < 10% = 0	
		Realiza cultura de escarro para os casos de retratamento da TB				25% dos casos de retratamento com exame de cultura realizado	3	≥ 25% = 3 10% a < 25% = 2 < 10% = 0	

Fornecimento de medicamentos/insumos (10 pontos)	Existência de estoque de medicamento que atenda os casos em tratamento	Enfermeiro do PCT ou Farmácia da UBS	Entrevista	Sim	3	Sim = 3 Não = 0
	Disponibiliza pote para a coleta de escarro	Enfermeiro do PCT, Laboratório ou Posto de Coleta da UBS		Sim	4	Sim = 4 Não = 0
	Dispõe de insumos de laboratório (corantes, lâminas, máscaras, etc.) que atenda a necessidade da UBS			Sim	3	Sim = 3 Não = 0
Integralidade (10 pontos)	Implementa a referência de casos com agravos e/ou complicações associadas ou não à TB	Ficha de Notificação do SINAN Prontuário	Dados secundários	80% dos casos referenciados	2	≥ 80% = 2 < 80% = 1 Não referencia = 0
	Consulta médica ao paciente com TB	Prontuário do paciente		Média de 3 consultas médicas	4	Média de 3 ou mais consultas = 4 Média de 2 a < 3 consultas = 3 Média de 1 a < 2 consultas = 2 Não realiza consulta = 0
	Consulta de enfermagem ao paciente com TB	Prontuário do paciente		Média de 3 consultas de enfermagem	4	Média de 3 ou mais consultas = 4 Média de 2 a < 3 consultas = 3 Média de 1 a < 2 consultas = 2 Não realiza consulta = 0