

ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO COMBATE À TUBERCULOSE

Ramiro Ávila

Não restam dúvidas sobre o facto de que em Portugal a situação da Tuberculose continua a representar um importante problema de Saúde Pública.

Razões de natureza socio-económica, aliadas ao facto das medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento, assim como de controlo e avaliação dos resultados obtidos no combate à doença não terem sido suficientemente aplicadas, são, entre outras, as principais responsáveis pela situação.

Por outro lado, o aumento de doentes toxicodependentes e com SIDA, associado a uma emergência de estirpes de bacilos de Koch resistentes aos antibacilares, assim como a afluência de imigrantes oriundos de Países onde a Tuberculose é altamente prevalente, passaram a constituir, também, grande preocupação, contribuindo para um agravamento da situação.

Os factos que acabamos de referir fizeram com que o Ministério da Saúde, em 1995, reconhecesse que era necessário introduzir alterações ao Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, as quais permitissem contribuir para a resolução do problema, passando pela definição das estruturas intervenientes e sua interligação.

Após amplo debate, foi então, naquele ano, aprovado e publicado em Diário da República o Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose ⁽¹⁾, o qual entrou de imediato em vigor.

O actual Programa é um programa integrado, com aplicação a toda a população nacional, permanente e gratuito, devendo adaptar-se às necessidades expressas da população, estar integrado na estrutura sanitária da colectividade e considera todos os doentes com os mesmos direitos e regalias, garantindo idêntico acesso à prestação de cuidados de saúde.

A gratuitidade dos cuidados foi considerada como um factor determinante não só para assegurar o diagnóstico precoce e o tratamento completo, mas também para permitir um razoável conhecimento da amplitude do problema da Tuberculose em Portugal.

No Regulamento do Programa refere-se ainda que o planeamento e a avaliação, como partes integrantes do mesmo, deverão ser permanentes, simples e eficientes e que a formação contínua, a todos os níveis, do pessoal de Saúde, é um imperativo para o seu êxito.

As estruturas envolvidas na luta contra a Tuberculose em Portugal, passaram, de acordo com o Programa, a ser as seguintes:

- Direcção Geral da Saúde - com funções técnico-normativas
- Comissão Nacional de Luta Contra a Tuberculose - com funções técnico-consultivas
- Administrações Regionais de Saúde - com funções executivas

No Quadro I pode apreciar-se a estrutura organizativa envolvida na execução do Programa e que envolve diversas valências, com objectivos distintos:

- Centros de Saúde (diagnóstico precoce, vacinação, acções de rastreio, controlo da adesão ao tratamento)
- Centros de Saúde com Pneumologistas ou, quando necessário, Centros de Diagnóstico Pneumológico (apoio aos Centros de Saúde e Hospitais, vacinação, diagnóstico e tratamento, acções de rastreio e formação)
- Hospitais (devendo responsabilizar-se com os Centros de Saúde da sua Unidade de Saúde na luta anti-tuberculosa, assegurar o internamento e levar a cabo acções de formação).
- Laboratórios de nível 1, 2 e 3, assegurando uma rede adequada à execução do Programa.

As cinco áreas de actuação do Programa distribuem-se do seguinte modo: Estatística e Epidemiologia, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Controlo e Avaliação.

- **Estatística e Epidemiologia**

Tendo o Programa da Tuberculose um sistema de informação próprio, tal facto tem permitido um conhecimento relativamente completo da situação epidemiológica. O sistema de notificação informática da Tuberculose permite um conhecimento mais actualizado e eficaz. A notificação deve ser feita no momento do diagnóstico, no impresso próprio, cabendo à Administração Regional de Saúde o tratamento da Informação e a sua transmissão aos Serviços Centrais, bem como a Informação de retorno aos serviços prestadores.

- **Prevenção**

A prevenção assenta em três pilares:

- Detecção precoce de casos, seu tratamento eficaz e vigilância dos contactos;

- Vacinação BCG:

 - Nos recém-nascidos;

 - Revacinação de acordo com o Plano Nacional de Vacinação;

- Quimioprofilaxia:

 - Nas crianças menores de 5 anos de idade, conviventes de doentes eliminadores de bacilos identificáveis em exame directo (D+);

 - Nas viragens tuberculínicas recentes (menos de um ano);

 - Em situações de imunodepressão.

- **Diagnóstico**

Torna-se necessário implementar as acções que permitam o diagnóstico precoce:

- Rastreio passivo

Nas condições de funcionamento normal das consultas dos Centros de Saúde.

A equipa Médico - Enfermeiro deverá ter presente que os principais suspeitos são os portadores de queixas respiratórias arrastadas, nomeadamente tosse e expectoração.

A estes doentes deverão ser efectuados os seguintes exames:

Exame clínico e radiológico;

Baciloscopias (três , de preferência em dias consecutivos);

Prova tuberculínica de Mantoux.

Nos casos de grupos de risco que frequentem Consultas diferenciadas (diabetes, HIV, toxicodependentes) deverão ser definidos protocolos de actuação.

- Rastreio activo

Em determinados grupos sociais, com risco acrescido de Tuberculose, por exemplo, imigrantes, habitantes de zonas degradadas, “sem abrigo”, reclusos, internados em lares de terceira idade e Hospitais psiquiátricos, deverão ser organizadas campanhas de rastreio activo não só através de rádio-rastreio, mas também da execução de provas tuberculínicas e baciloscopias, nos casos suspeitos.

Torna-se importante obter a confirmação da doença, essencialmente por exame bacteriológico ou anátomo-patológico dos produtos envolvidos.

- Tratamento

O tratamento visa o desaparecimento das fontes de infecção e a cura da doença.

O tratamento da Tuberculose é assegurado pelos Serviços de Saúde e é totalmente gratuito.

O regime de base deverá ser de seis meses, associando três ou quatro antibacilares (isoniazida, rifampicina e pirazinamida, eventualmente associadas a estreptomicina ou etambutol) durante os dois primeiros meses, seguido de uma segunda fase de quatro meses (com isoniazida e rifampicina). O sucesso da terapêutica depende essencialmente do cumprimento integral do plano terapêutico, nomeadamente na fase inicial de ataque, que deve ser, de preferência, controlada.

O regime terapêutico de base terá variações, sempre que a situação clínica o justifique.

- Avaliação

A avaliação visa o balanço dos indicadores de morbidade, mortalidade e de execução do Programa. Deve ser efectuada a todos os níveis de actuação, sendo indispensável a adopção de uma linguagem comum, com suporte num sistema uniformizado.

É indispensável que, a nível de cada Sub-Região de Saúde, se faça a primeira apreciação estatística de forma integrada, de modo a permitir uma intervenção directa para corrigir desvios patentes.

Apesar de aparentemente ser de fácil execução e implementação entre nós, o Programa infelizmente não tem tido o sucesso que seria de desejar, muito particularmente por falta de empenhamento de algumas Regiões e Sub-Regiões de Saúde e duma correcta articulação entre Hospitais, Centros de Saúde e Centros de Diagnóstico Pneumológico.

Continuando a Tuberculose a constituir, como referimos, um importante problema de Saúde Pública, resolveu o Ministério da Saúde considerar o Programa prioritário e definir objectivos e metas para os anos 2002-2007⁽²⁾:

• Horizonte 2007:

- A proporção de cura de bacilíferos deverá ser superior a 87%
- A detecção de casos deverá ser superior a 90%
- A incidência de Tuberculose deverá ser inferior a 18 ^o/₀₀₀₀
- A incidência de Tuberculose multiresistente deverá ser inferior a 1 ^o/₀₀₀₀

- **Metas para 2002:**

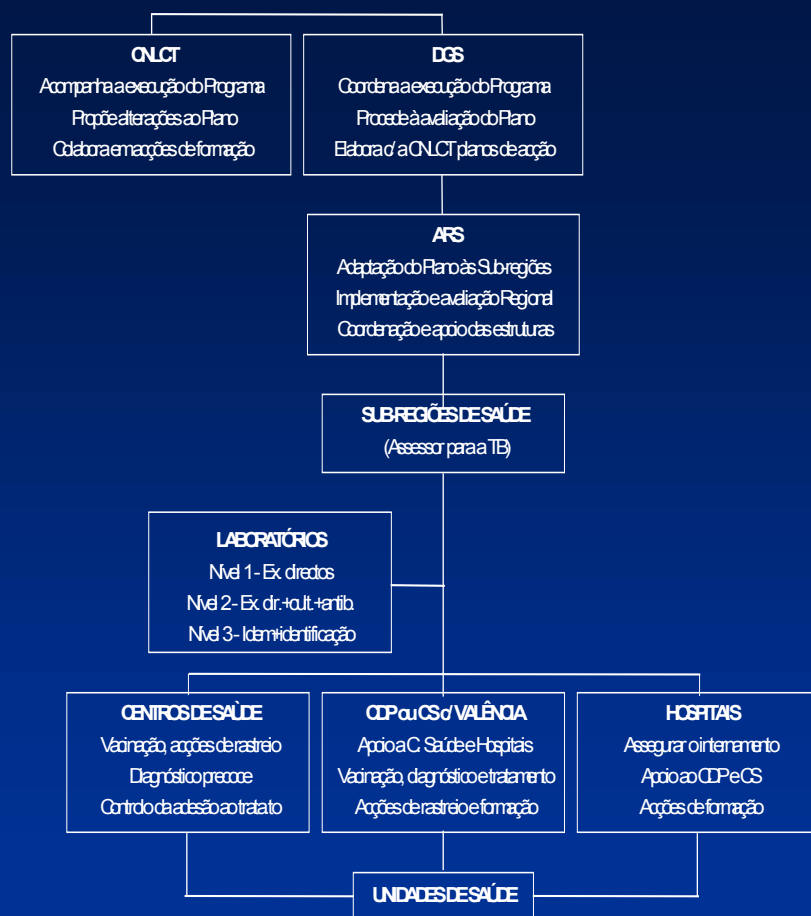
- A proporção de cura de bacilíferos deverá ser superior a 85%
- A detecção de casos deverá ser superior a 80%
- A proporção de bacilíferos deverá atingir 45 a 60%
- A incidência de Tuberculose deverá ser inferior a 31 ^o/₀₀₀₀
- A incidência de Tuberculose multiresistente deverá ser inferior a 2 ^o/₀₀₀₀

A orientação estratégica do Programa tem como modelo um conjunto de princípios de acção denominados DOTS (Directed Observed Therapy Short Course Treatment). Trata-se da orientação estratégica global da OMS para todo o mundo e considerada a mais rentável em termos custo-eficiência para a redução da incidência e prevenção da resistência aos antituberculosos.

Haverá que, nos próximos anos, monitorizar os Planos de Acção com indicadores que permitam acompanhar os Programas Locais, essencialmente nas três frentes de acção prioritária - Toma sob Observação Directa (TOD), Detecção Precoce de Casos e de formas de Tuberculose multiresistente. Só assim se poderá, no futuro, inverter a situação em que nos encontramos e atingir os objectivos previamente definidos.

Finalmente, de acordo com directrizes recentemente emanadas da Direcção Geral da Saúde haverá que proceder à Certificação e Garantia de Qualidade dos Serviços envolvidos na luta contra a doença.

Será pois, da implementação de todas as medidas previamente definidas e que no fundo fazem parte das bases do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose que se espera, nos próximos anos, vir a obter resultados comparáveis aos de outros Países da União Europeia.



Quadro I - Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose

Quadro I

BIBLIOGRAFIA

1. Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose - Diário da República - II Série. N° 218, pag. 11 304, 1995
2. Saúde em Portugal - Uma Estratégia para o virar do Século - 1998 - 2002. Orientações para 1998. Ed. Ministério da Saúde, 1998.
3. Programa Nacional de Controlo da Tuberculose - Desenvolvimento do Programa - Enquadramento dos Planos de Acção Sub-Regionais. Ed. Direcção Geral da Saúde, 1999.