

A Estratégia DOTS

Afranio Lineu Kritski

Prof. Adjunto FM/UFRJ
Coordenador da Unidade de Pesquisa
em Tuberculose / IDT / HUCFF / UFRJ

Uma descrição adequada das atividades que permearam a implantação da estratégia DOTS e seu impacto nos indicadores operacionais dos Programas de Controle de TB (PCT) nos Centros de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro, uma das maiores incidências de tuberculose em nível nacional, publicada por Cavalcante SC e cols. (1) neste periódico, é de elevada relevância e pertinência. A estratégia DOTS vem sendo proposta pela Organização Mundial de Saúde desde 1994(2) e, mesmo após a inclusão oficial pelo Ministério da Saúde em 1998 como um dos componentes importantes no controle desta endemia em nosso país, tem sido tímida a sua implantação nas diversas regiões do País (3). E, mais importante ainda, é rara a realização e análise de estudos operacionais desta magnitude na área da saúde em nosso meio.

Nas últimas décadas foram lançados vários Planos de Controle de Tuberculose e/ou manuais de normas no Brasil, mas pouca ou nenhuma avaliação de seu impacto(4). São também escassos os relatos publicados em revistas de grande circulação, acerca dos problemas enfrentados na implantação da estratégia DOTS em condições de rotina (efetividade de uma intervenção, fase IV) em grandes centros urbanos de países de médio desenvolvimento (4).

Na prática, são publicadas apenas análises das eficácias de diferentes intervenções (ensaios clínicos fase III), distantes da realidade. Infelizmente, nos países periféricos como o Brasil, devido a baixa produção de conhecimento científico na área da saúde em periódicos nacionais e/ou internacionais, com freqüência os formuladores de políticas públicas utilizam os resultados obtidos em estudos fase III para atualização de manuais de normas ou mesmo de novas tecnologias na área da

saúde, de modo precoce e sem posterior análise de sua aplicabilidade e/ou custo-efetividade. Além disso, os estudos operacionais revelam ao leitor os problemas e as soluções encontradas para se alcançar os objetivos almejados. Nestes relatos, torna-se possível, ao se utilizar metodologia científica apropriada prover, sem nuances ideológicas, os gerentes dos PCT de diferentes regiões das informações necessárias para a execução de tais intervenções, bem como convencer os gestores municipais e/ou estaduais de sua exeqüibilidade, pertinência e grandeza cívica.

Aspectos positivos que foram ressaltados pelos autores:

a) somente com um compromisso político e financeiro assumido pelos gestores municipais em colaboração com o governo federal, estadual e universidade estrangeira (Universidade Johns Hopkins) foi possível iniciar o processo de implantação da estratégia DOTS de modo apropriado que possibilitasse o seu contínuo monitoramento para correções e futura expansão da referida estratégia;

b) valorizou-se o papel de laboratórios de Micobacteriologia colaboradores externos ao município, que possibilitou a realização de procedimentos diagnósticos e métodos laboratoriais mais complexos como culturas e testes de sensibilidade. As parcerias foram estabelecidas com o Instituto de Pesquisas Evandro Chagas (IPEC)/FIOCRUZ e o Complexo Hospitalar Instituto de Doenças do Tórax (IDT)/Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da UFRJ;

c) a partir de 1999, foi implantada em todo o município a coleta de dados clínicos através do livro preto e disponibilizado exame bacteriológico para os centros de saúde;

d) tornou-se necessária a adoção de diferentes estratégias para implementar a estratégia DOTS dependendo da região na cidade do Rio de Janeiro, mas os resultados da sua implementação sugerem que a mesma é factível em grandes centros urbanos;

e) os resultados das avaliações de modo padronizado levaram a estratégias locais adicionais: identificação de supervisores de tratamento das próprias comunidades, diálogo com as organizações não governamentais (ONGs), aumento da supervisão e monitoramento em comparação com os centros de saúde que mantiveram o tratamento auto-administrado;

f) entre os pacientes não tratados de TB anteriormente, com o tratamento diretamente observado (DOT), a taxa de cura foi de 81%, enquanto que com o tratamento auto administrado (TAA), a taxa de cura foi de 71% (OR 1.66, IC 95%: 1.3 -1.8; $p < 0,01$);

g) que a realização de pelo menos 3 baciloscopias de acompanhamento aumentou de 7%, em 1999, para 30% em 2001, nas unidades com DOTS e permaneceu em torno de 6% naquelas sem DOTS. Observou-se também no grupo de centros de saúde com DOTS, uma diminuição acentuada do percentual de casos para os quais nenhuma baciloscopia de acompanhamento foi realizada. Este percentual diminuiu de 70%, em 1999, para 35%, em 2001 nos CMS com DOTS e permaneceu em 71% nos CMS sem DOTS;

h) ficou claro que o aumento da frequência do contato entre o paciente e a equipe de saúde que o atende diretamente no DOT tem como consequência, além de uma reorganização do serviço, um dos mais importantes instrumentos do controle da TB: a humanização do atendimento;

i) e, os desafios mais prementes têm sido enfrentados com novas abordagens, por exemplo a violência que interfere no desenvolvimento da estratégia DOTS e compromete a execução de atividades relacionadas ao controle da TB. Uma das soluções identificadas foi a integração com o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PSF/ PACS), que contam com o trabalho dos próprios moradores das comunidades, no intuito de que essa interferência seja minimizada.

Importante mencionar que neste estudo, até porque não era seu escopo, não houve comentários acerca:

a) dos resultados dos tratamentos auto-administrados ou não em pacientes atendidos e a

acompanhados nos hospitais, que totalizam 33% do total de casos notificados no município do Rio de Janeiro, anualmente. E quais seriam as estratégias do município para atender esta população;

b) da abordagem dos contatos intradomiciliares nas diferentes unidades de saúde e, de seu possível impacto no resultado do tratamento do caso índice, sob DOT ou TAA. Quando ou em quais centros de saúde já poderia ser implementada a estratégia DOTS no controle de contatos intradomiciliares que necessitem de tratamento da TB latente;

c) das estratégias específicas que serão implementadas no tratamento dos pacientes em retratamento, visto que as taxas de cura entre estes pacientes foram inferiores: de 63% no DOT e de 52% no TAA. Pois é elevada a probabilidade destes pacientes albergarem cepas de *M. tuberculosis* resistentes com possibilidade de transmissão, seja em nível intradomiciliar, em centros de saúde ou em instituições (hospitais, prisões, albergues, etc);

d) das condutas que deveriam ser tomadas para os pacientes que, apesar de receber toda a orientação, incentivos, facilitadores, tratamento supervisionado e auxílio psicológico, mesmo assim se recusam a cumprir o tratamento. Perderam eles o seu direito de cidadania e neste momento? Devem ser eles concebidos como um problema de saúde pública com medidas de isolamento como ocorreu recentemente com a pneumonia asiática (SRAG)?

E, para finalizar, merece destaque que a qualidade da referida pesquisa operacional resultou de uma atuação conjunta entre profissionais atuantes na rede de serviços (Secretaria Municipal de Saúde) juntamente com atores de Institutos de Pesquisa (FioCruz), de Universidades nacional e estrangeira e de ONGs, bem como com o apoio logístico e político da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde no intuito de que as atividades prioritárias de controle de TB pactuadas pelos diferentes colegiados em nível nacional possam ser cumpridas de fato de modo articulado resultando em efeitos multiplicadores e animadores para outros gerentes de PCT e gestores municipais do Brasil.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Cavalcante SC, Soares ECC, Rocha MS, Oliveira JR, Dias SMO, Pacheco AGF, et al. A implantação da estratégia DOTS na cidade do Rio de Janeiro. *Pulmão RJ* 2003: 71-79.

2. World Health Organization. What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended TB control strategy known as DOTS. (WHO) Geneva: WHO 1999:1-33.
 3. World Health Organization (WHO) Report 2003 www.WHO/CDS/TB/2003
 4. Kritski AL, Ruffino-Netto, A Health Sector Reform in Brazil: impact on Tuberculosis Control and perspectives. *Int J Tuberc Lung Dis*, 2000; 4 (7): 622-6;
 5. Is the DOTS strategy sufficient to achieve tuberculosis control in low and middle income countries? Need for interventions in universities and medical schools. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 7 (6): 509-515. ■
-