

## Tratamento compulsório da tuberculose: avanço ou retrocesso?

Considerando-se que a tuberculose (Tb) ainda mata cerca de 3 milhões de pessoas por ano no mundo e é a terceira doença infecciosa que mais mata, muitas reflexões cabem para melhorar o abandono, que é o maior problema dos programas de controle da tuberculose, já que os esquemas de tratamento atualmente disponíveis são de alta eficácia.

A controle da tuberculose foi apontado como uma situação de emergência mundial, a partir de 1993, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Estabeleceram-se metas de curar 85% dos casos novos, diagnosticar 70% dos novos pacientes para 2005 e diminuir a mortalidade em 50% para 2010.

Fox, em 1963<sup>(1)</sup>, já admitia que a regularidade e a eficácia do esquema usado eram de grande importância e Addington<sup>(2)</sup>, em 1979, reconhecia que o abandono do tratamento era o mais grave problema no controle da tuberculose.

A OMS preconiza a administração dos medicamentos por meio de DOT (*directly observed therapy*), ou seja, observando o paciente engolir os medicamentos. Posteriormente, de acordo com as condições locais, transformou-se esta disposição da OMS em estratégia DOTS (*directly observed therapy short-course*), que deveria ser adaptada a cada condição local, em particular<sup>(3,4)</sup>.

Assim, a *estratégia DOTS* deveria cumprir primordialmente cinco preceitos básicos: 1) envolvimento dos governos com o Programa de Tuberculose/equipe de trabalho treinada e interessada, 2) rede laboratorial com equipamentos e recursos humanos qualificados (pesquisa de BAAR), 3) Administrar e assistir o paciente engolir os medicamentos, 4) Provisão de medicamentos gratuitos para tratamento (que incluam rifampicina), 5) Sistema de informação para monitorar os casos, tratamento, evolução e resultados<sup>(3,5,6)</sup>.

A experiência com DOTS, em Nova York, de 1992 a 1995, mostrou substancial melhora no programa local de controle da tuberculose, reduzindo a incidência de casos novos em 35% e a incidência de casos de tuberculose multirresistente em 75%, com um gasto de aproximadamente 40 milhões de dólares para tratar cerca de 3.000 pacientes<sup>(7,8)</sup>. As análises de custo relacionadas ao DOTS e ao tratamento auto-administrado mostraram vantagem para o DOTS, levando-se em consideração a redução precoce da transmissibilidade, aumento do número de casos

curados, detecção precoce da não adesão e diminuição dos casos de tuberculose multirresistente<sup>(9,10)</sup>.

Rapidamente, o tratamento com DOTS se difundiu para outros Estados americanos. Porém, mesmo com a alocação de até 90% dos pacientes com tuberculose na estratégia DOTS nos EUA, até 18% deles não eram aderentes<sup>(11)</sup>. Estudos concomitantes sobre transmissão de tuberculose comprovaram, por biologia molecular, novos casos de Tb recém-adquiridos provenientes de cepas de pacientes não aderentes. Com a preocupação de conseguir tratar também os não aderentes com DOTS, Nova York foi o primeiro Estado americano a desenvolver leis de quarentena<sup>(7)</sup>.

Segundo metanálise sobre DOT, em 2000, quatro estudos utilizavam-se do recurso de internações involuntárias para os pacientes não aderentes (N. York, Baltimore, Carolina do Sul e Tarrant)<sup>(12)</sup>.

O Código de Saúde da Cidade de Nova York (N.Y. City Health Code), de abril de 1993, dizia que todos os pacientes com Tb ou suspeita deveriam: ser examinados; completar tratamento para Tb; aderir a um programa de DOT (ou CoDOT, quando administrado por um comissário de justiça); ser detidos, durante o período de transmissibilidade e ser detidos, ainda que sem infecção ativa, até a cura, se necessário, e quando outras alternativas mais razoáveis de tratamento tivessem falhado<sup>(7)</sup>. Assim sendo, pacientes recalcitrantes passaram a ser tratados sob regime de CoDOTS ou internados em hospitais “fechados” especialmente destinados para esse fim; eram “libertados” para DOTS conforme se julgasse que a capacidade de adesão ao tratamento melhorasse e não houvesse mais risco de transmissão de bacilos para a comunidade<sup>(13)</sup>.

Assim sendo, no Programa de Controle de Tuberculose de Denver, 5% dos pacientes foram tratados em regime de hospital “fechado” por não adesão e em 5% destes houve perda do seguimento, sendo que, se estes pacientes fossem reencontrados, eram candidatos a nova internação compulsória<sup>(13)</sup>. Em Nova York e Carolina do Sul menos de 1% dos pacientes foi internado compulsoriamente. Em Tarrant, no Texas, 6,2% foram submetidos à internação compulsória ou colocados em quarentena por não adesão. Há que ressaltar que existem diferenças regionais no DOTS e nos critérios de encarceramento e que, em todos os casos de internação compulsória, houve predomínio de pacientes etilistas, com doenças psi-

quiátricas, sem residência fixa e usuários de drogas ilícitas<sup>(14)</sup>.

Segundo Sbarbaro (1997)<sup>(15)</sup>, a Tb não é uma doença individual, mas sim social, que se espalha através do ar aos outros membros da sociedade (sem o seu consentimento e sem o seu conhecimento), prevenível e curável, desde que diagnosticada e tratada corretamente e, portanto, o sucesso do tratamento depende de um Departamento de Saúde responsável.

Baseados nesses dogmas e no custo relacionado à não adesão ("ou paga-se agora ou depois, e muito mais caro"), hoje existem leis que prevêem a internação compulsória em todos os 50 Estados americanos<sup>(16)</sup>.

No Brasil, em que pesem piores condições sociais e de pobreza e piores taxas de cura e abandono, várias estratégias para assegurar a cura e diminuir o abandono nesses pacientes ainda restam ser adotadas e utilizadas para recalcitrantes, ressaltando-se que devemos inicialmente assegurar as melhores condições de programa.

O Programa Nacional de Controle de Tuberculose tem procurado equipar os municípios para aumentar a descoberta de casos e criou a Lei de nº 3.739, que fornece um incentivo financeiro aos municípios pela alta por cura dos pacientes.

Nos grandes centros urbanos, o atendimento descentralizado, equipes treinadas e a ampliação dos horários de atendimento, sobretudo para os pacientes que trabalham, garantiria a administração do tratamento supervisionado, adaptado de acordo com as condições locais, com ênfase para supervisão diária nos primeiros dois meses de tratamento e supervisão duas vezes por semana do terceiro ao sexto mês. Para os locais que dispõem de equipes de Programa de Saúde da Família poder-se-ia garantir o tratamento supervisionado, por meio dos agentes comunitários de saúde, encarregados da comprovação de que o paciente realmente engoliu os medicamentos.

Outras medidas como educação dos pacientes, vale-transporte e fornecimento de cestas básicas ajudam a

aumentar a adesão ao tratamento. Na verdade, quaisquer incentivos que sejam incorporados às práticas atualmente existentes na rotina dos serviços ajudam no aumento da adesão<sup>(17)</sup>.

Para os pacientes recalcitrantes, medidas judiciais podem ser adotadas. As Varas da Família e da Infância geralmente respondem bem a essa demanda, na medida em que comprovam que crianças não recebem medicamentos essenciais para tratamento por meio de seus responsáveis, ou verificam que crianças sofrem risco veemente de se tornar doentes de tuberculose. As equipes forenses dispõem, além do magistrado, de assistentes sociais, psicólogas e médicos peritos para investigar tais casos e a abordagem dos recalcitrantes poderá chegar até a internação compulsória judicial.

Há que se ressaltar que a internação compulsória será feita após esgotadas todas as medidas anteriormente discutidas e que a rede hospitalar de leitos para tuberculose atualmente disponível tem elevado percentual de altas a pedido e por indisciplina, o que reflete que também nessa estratégia de atuação temos muito a melhorar. Deve-se valorizar o envolvimento de vários profissionais de saúde nesses hospitais, como terapia ocupacional, assistência social, tratamento concomitante para alcoolismo e drogas de abuso, além de ser necessário o intercâmbio desses hospitais com a rede básica, de forma a monitorar a devolução desses pacientes para o tratamento ambulatorial, garantindo a continuidade dos trabalhos exercidos pela equipe multiprofissional dos hospitais.

SANDRA APARECIDA RIBEIRO

Professora Adjunta da Disciplina de  
Medicina Preventiva Clínica

Departamento de Medicina Preventiva  
Universidade Federal de São Paulo

Tel.: (11) 5576-4518; fax: (11) 5549-5159

E-mail: [sandrarib@medprev.epm.br](mailto:sandrarib@medprev.epm.br)

## REFERÊNCIAS

1. Fox W. The economic aspects of the therapy of tuberculosis in developing countries. XVII Conférence de la Tuberculose. Roma, setembro, 1963. Bull UICT 1964;35:275-81.
2. Addington WW. Patient compliance: the most serious remaining problem in the control of tuberculosis in United States. Chest 1979;76 (Suppl):741-43.
3. An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control. <http://www.who.int/gtb>.
4. Dye C. Tuberculosis 2000-2010: control, but not elimination. Int J Tuberc Lung Dis 2000;4:S146-S152.
5. Chaulk CP, Moore-Rice K, Rizzo R, Chaisson RE. Eleven years of community-based directly observed therapy for tuberculosis. JAMA 1995; 274:945-51.
6. Weis SE. Universal directly observed therapy. A treatment strategy for tuberculosis. Clin in Chest Med 1997;18:155-63.
7. Fujiwara PI, Larkin C, Frieden TR. Directly observed therapy in New York City. History, implementation, results, and challenges. Clin Chest Med 1997;18:135-48.
8. Weis SE, Slocum PC, Blais FX, King B, Nunn M, Matney B, Gomez E, Foresman BH. The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis. N Engl J Med 1994;330: 1179-94.
9. Burman WJ, Dalton CB, Cohn DL, Butler JRG, Reves RR. A cost-effectiveness analysis of directly observed therapy vs self-administered therapy for treatment of tuberculosis. Chest 1997;12:63-70.

10. Floyd K, Wilkinson D, Gilks C. Comparison of cost effectiveness of directly observed treatment (DOT) and conventionally delivered treatment for tuberculosis: experience from rural South Africa. *Br Med J* 1997;315:1407-11.
11. Burman WJ, Cohn DL, Rietmeijer CA, Judson FN, Sbarbaro JA, Reves RR. Short-term incarceration for the management of noncompliance with tuberculosis treatment. *Chest* 1997;112:57-62.
12. Volmink J, Matchaba P, Garner P. Directly observed therapy and treatment adherence. *Lancet* 2000;355:1345-50.
13. Chaulk CP, Pope DS. The Baltimore City Health Department Program of directly observed therapy for tuberculosis. *Clin Chest Med* 1997;18:149-54.
14. Pablos-Mendez A, Knirsch CA, Graham Barr R, Lerner BH, Frieden TR. Nonadherence in tuberculosis treatment: predictors and consequences in New York City. *Am J Med* 1997;102:164-70.
15. Sbarbaro J. Directly observed therapy – Who is responsible? *Clin Chest Med* 1997;18:131-3.
16. Morse DI. Directly observed therapy for tuberculosis. Spend now or pay later. *BMJ* 1996;312:719-20.
17. Dalcomo, MMP. Regime de curta duração, intermitente e parcialmente supervisionado, como estratégia de redução do abandono no tratamento da Tuberculose no Brasil [Tese de Doutorado]. Unifesp, São Paulo, 2000;136f.