

Tuberculose

Edição Especial 2025



REVISTA DE
EDUCAÇÃO, PESQUISA
E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

REPIS

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO



EQUIPE EDITORIAL

Editora Geral

Marcela Cunha – COOPES/SUPES/
SES/RJ

Editoras Técnicas

Leticia Barbosa Quesado – COOPES/
SUPES/SES/RJ

Letícia Rodrigues Melo – COOPES/
SUPES/SES/RJ

Editores Científicos

Luciane Velasque – SUPISIEVS/
SES/RJ

Marcella Martins Alves Teofilo –
SVEA/SES/RJ

Márcia Lopes – SUPESP/SES/RJ

Pedro Alves Filho – IVB/SES/RJ

Thais Oliveira – HEMORIO/SES/RJ

Avaliadores Internos

Andréa Cony Cavalcanti – LACEN-RJ/
SES/FS

Eduardo Mesquita Peixoto – SVEA/
SES/RJ

Eliene Denites Duarte Mesquita –
IETAP/SES/RJ

Jacqueline Toledo Hosken – SUVISA/
SES/RJ

Josiane Ribeiro Silva Medrado –
SUPES/SES/RJ

Maria Gilda Alves de Oliveira –
SUPES/SES/RJ

Nelma Verônica Marques Doria da
Silva – IECPN/SES/RJ

Pedro Coscarelli – SVEA/SES/RJ

Rossana Coimbra Brito – SVEA/SES/
RJ

EDITORIAL

FORTALECENDO O COMBATE À TUBERCULOSE NO RIO DE JANEIRO POR MEIO DE DADOS, COLABORAÇÃO E INOVAÇÃO

A tuberculose (TB) permanece como um dos maiores desafios de saúde pública no Brasil, especialmente no estado do Rio de Janeiro. Apesar de ser uma doença prevenível e curável, a TB continua afetando de forma desproporcional populações vulneráveis, como pessoas em situação de pobreza, população carcerária, pessoas em situação de rua e aquelas vivendo com HIV.

No Estado do Rio de Janeiro (ERJ), a situação se agrava devido a fatores estruturais, como a elevada densidade populacional, as desigualdades sociais e as condições precárias de moradia que favorecem a transmissão do *Mycobacterium tuberculosis*. Com taxas de incidência e mortalidade superiores à média nacional, o ERJ enfrenta obstáculos distintos no controle e prevenção da doença. Nesse contexto, a vigilância epidemiológica tem papel central, fornecendo dados essenciais para o monitoramento e a tomada de decisão. A análise contínua desses dados permite direcionar ações mais eficazes e atender melhor as populações mais vulneráveis, reduzindo a disseminação da doença e seus impactos na saúde pública.

A edição especial da REPIS (Revista Educação, Pesquisa e Informação em Saúde) 2025 dedica-se integralmente ao tema, reunindo estudos que exploram estratégias inovadoras e políticas públicas voltadas para o controle e a eliminação da TB, especialmente no estado do Rio de Janeiro. Os artigos apresentados destacam os esforços multifacetados para combater a TB, enfatizando a importância da qualidade dos dados, do planejamento estratégico e de intervenções inovadoras. Essas iniciativas reforçam a necessidade de uma abordagem coordenada e multissetorial para alcançar a eliminação da TB como problema de saúde pública.

Avaliadores Externos

Anselmo Rocha Romão – ICICT/
Fiocruz
Denise Arakaki-Sanchez – CGTM/
SVSA/MS
Fernanda Borges Silva Garay – SMS
Nova Iguaçu
Moema Guimarães Motta – UFF
Patricia Bartholomay Oliveira – CGIE/
SVSA/MS
Vânia Morales Sierra – UERJ
Vera Lucia Luiza – ENSP/Fiocruz

Design Gráfico

Equipe Design – ASSCSV/SES/RJ
Samuel Rodrigues – SUBGERAL/SES/
RJ

Equipe Técnica

Natália Palmeira – COOPES/SUPES/
SES/RJ

Contato

repisrevista@gmail.com

Autor Correspondente

Luciane Velasque
e-mail: luciane.velasque@saude.rj.gov.br
br

O Papel da Qualidade dos Dados no Controle da TB

Em “*Rotinas de qualificação da informação para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) nos municípios prioritários para tuberculose*”, os autores ressaltam a importância crítica da qualidade dos dados para orientar as ações de saúde pública. Dados precisos e confiáveis são essenciais para compreender a epidemiologia da TB, identificar lacunas na assistência e avaliar a eficácia das intervenções. As rotinas estruturadas descritas—como o monitoramento do encerramento de casos, a análise da completude dos dados e a correção de inconsistências—são fundamentais para garantir que o SINAN forneça informações fidedignas. Sem dados robustos, os esforços para controlar a TB são prejudicados, tornando essas rotinas essenciais para uma vigilância eficaz.

Planejamento Estratégico e Governança

Quando se trata de “*Planejamento para Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro*”, os autores descrevem uma estratégia abrangente para eliminar a TB. Essa iniciativa, apoiada por uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado de Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, concentra-se em 16 municípios prioritários e unidades prisionais do ERJ. A ênfase do plano em governança, direcionamento estratégico e monitoramento reflete o reconhecimento de que o progresso sustentável exige mais do que recursos financeiros—requer liderança forte, objetivos claros e avaliação contínua. Ao integrar atenção à saúde, proteção social e inovação, esse plano representa uma abordagem integral para enfrentar os determinantes sociais da TB. O estudo reforça que a governança, o monitoramento e a

comunicação são eixos centrais para o sucesso da estratégia, e que a cooperação técnica pode ser um modelo replicável para outros estados.

Enfrentando Populações Vulneráveis

Vários artigos destacam o impacto desproporcional da TB entre populações vulnerabilizadas. Entre os principais grupos vulnerabilizados, destacam-se pessoas em situação de pobreza, de uso de substâncias psicoativas, população carcerária, indivíduos em situação de rua e aqueles vivendo com HIV. Por exemplo, em “*Tuberculose na população privada de liberdade no Estado do Rio de Janeiro*”, os autores revelam que mais de 98% dos casos de TB nas prisões ocorrem entre homens, predominantemente pardos e com baixa escolaridade. Da mesma forma, “*Casos de tuberculose, cura e interrupção de tratamento na População em Situação de Rua*” documenta taxas alarmantes de interrupção do tratamento entre pessoas em situação de rua. Assim como entre usuários de substâncias psicoativas, como demonstrado em “*Interrupção de Tratamento de Tuberculose em Usuários de Substâncias Psicoativas, no Estado do Rio de Janeiro, de 2016 a 2022*”. Esses achados reforçam a necessidade de intervenções direcionadas que abordem os desafios únicos enfrentados por essas populações, como estigma, falta de acesso a serviços de saúde e marginalização social, o que contribui para a perpetuação da transmissão.

O artigo *“Infecção Latente por tuberculose no Estado do Rio de Janeiro”* destaca a importância de abordar a infecção latente por TB, especialmente entre pessoas vivendo com HIV, devido à imunossupressão, e a coinfeção está associada a piores desfechos clínicos, incluindo maior mortalidade. O artigo apresenta um aumento significativo nos tratamentos para infecção latente—um crescimento de 326% entre 2019 e 2022—mostrando progresso, mas a alta taxa de interrupção do tratamento nesse grupo evidencia a necessidade de melhores sistemas de apoio.

Intervenções Inovadoras e Apoio Social

Estratégias inovadoras, como a inclusão de assistentes sociais nas equipes de cuidado à TB, presente no *“Relato de Experiência da Inclusão da(o) Assistente Social no Fluxo de Atendimento dos Usuários com Tuberculose”*, demonstram o potencial das abordagens multidisciplinares para enfrentar os determinantes sociais da doença. Ao identificar e mitigar riscos de interrupção do tratamento, essas intervenções podem melhorar a adesão e os resultados.

Outra iniciativa promissora é a introdução do programa “Auxílio Alimentação”. Ao fornecer assistência alimentar a pacientes com TB, o programa aborda uma barreira crítica para a adesão ao tratamento: a insegurança alimentar. Essa intervenção, aliada ao desenvolvimento de um sistema de monitoramento, exemplifica como o apoio social pode ser integrado aos esforços de controle da TB.

O Poder da Colaboração

Por fim, o artigo *“Gestão Pública e Sociedade Civil no enfrentamento à Tuberculose”* destaca a importância da colaboração entre a gestão pública e a sociedade civil. O Fórum Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro tem desempenhado um papel fundamental na defesa do controle da TB, demonstrando que o progresso sustentável requer a participação ativa de todos os atores envolvidos. Esse modelo de parceria deve servir como exemplo para outros estados e países que enfrentam desafios semelhantes.

Um Chamado à Ação

O combate à TB no Rio de Janeiro está longe de terminar, mas as iniciativas descritas nestes artigos fornecem um roteiro para o progresso. Para alcançar a eliminação da TB, é essencial priorizar a qualidade dos dados, investir em intervenções inovadoras e enfrentar os determinantes sociais da saúde. Igualmente importante é a necessidade de compromisso político sustentado, governança robusta e engajamento ativo da sociedade civil.

Ao avançarmos, devemos lembrar que a TB não é apenas uma questão médica—é uma questão social que exige uma resposta coletiva. Somente trabalhando juntos, podemos garantir que ninguém seja deixado para trás no combate a essa doença antiga, porém persistente. O momento de agir é agora. Vamos aproveitar essa oportunidade para construir um futuro mais saudável e equitativo para todos.

A edição especial da **REPIS 2025** reafirma a necessidade de abordagens interdisciplinares e estratégias inovadoras para o controle da TB. Os estudos aqui reunidos demonstram avanços significativos, mas também evidenciam que o sucesso da eliminação da TB como problema de saúde pública dependerá da continuidade dos investimentos, do fortalecimento da governança e da articulação intersetorial e da proteção social.

Que este número especial possa contribuir para o debate e para a construção de políticas públicas mais eficazes e sustentáveis nos desafios persistentes da luta pela dissipação da TB no Rio de Janeiro e no Brasil.

Boa leitura!

Luciane de Souza Velasque
Editora Científica da REPIS
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO

Recebido em: 26/02/2025
Aprovado em: 21/03/2025



CASOS DE TUBERCULOSE, CURA E INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO NA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DE 2016 A 2021: UM ESTUDO DESCRITIVO COM BASE NOS DADOS DE VIGILÂNCIA



Regina Célia Brazolino Zuim¹  Jacqueline Ramos de Almeida¹  Ivo Soeiro¹ 

RESUMO

Objetiva-se descrever indicadores de monitoramento e avaliação dos casos de tuberculose na População em Situação de Rua (PSR) do estado do Rio de Janeiro, no período 2016-2021. Estudo descritivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). No período, foram notificados 2965 casos; 1708 (57,6%) casos novos e 1257 (42,4%) retratamentos. As taxas de interrupção do tratamento nos casos novos e retratamentos foram bastante elevadas, respectivamente, 50,3% e 61,1%. A proporção de óbitos também foi elevada nos casos novos e retratamentos, respectivamente, 10,1% e 6,5%. O percentual de confirmação laboratorial dos casos pulmonares foi cerca de 75% e a cultura universal, como o preconizado, não foi realizada. Foram encontrados baixos percentuais de beneficiários do Programa de Transferência de Renda (7,9%) e de realização do Tratamento Diretamente Observado (48,4%). O tratamento da tuberculose na PSR é mais complexo, em comparação com a população em geral, e demanda múltiplas estratégias e políticas públicas intersetoriais que considerem suas especificidades.

Palavras-chave: Tuberculose; Pessoas em Situação de Rua; Vulnerabilidade Social; Epidemiologia Descritiva.

¹ Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:
Regina Zuim
e-mail: zuim.regina@yahoo.com.br

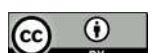
INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um importante problema de saúde presente na População em Situação de Rua (PSR), grupo composto por pessoas estigmatizadas, excluídas e que, frequentemente, sofrem privação e violação dos direitos humanos fundamentais, entre eles o direito à saúde (Varanda; Adorno, 2004). Neste grupo populacional, o risco de adoecimento por tuberculose é cerca de 56 vezes maior que na população em geral (Brasil, 2022).

Registra-se, nos históricos dos resultados de tratamentos, baixa taxa de cura e a alta taxa de interrupção. Nos dados divulgados pelo Ministério da Saúde, entre 2020 e 2022, se observa redução do percentual de cura, de 34,2 para 27,6%, e aumento na interrupção do tratamento, de 33,7% em 2020, para 36,2%, em 2022. Neste mesmo período, observou-se a redução da proporção de óbitos de 15,8% para 14,9%, após ter alcançado a proporção de 17,3%, em 2021. Importante observar que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o mínimo esperado para o controle da doença é de pelo menos 85% de cura e 5% para a interrupção. A taxa de interrupção encontrada foi a maior entre as populações mais vulnerabilizadas e cerca de três vezes o observado para a população em geral (Brasil, 2017; Brasil, 2024).

A interrupção do tratamento é uma preocupação adicional, pois significa que não houve a conclusão do uso medicamentoso, fator que perpetua a cadeia de transmissão da doença, aumenta a chance de nova interrupção e outros desfechos desfavoráveis como óbito e resistência aos fármacos.

Embora informações relacionadas à PSR, seus adoecimentos e desfechos de tratamento da tuberculose sejam passíveis de conhecimento, de modo geral as mesmas são escassas e carecem de melhor qualificação, o que traz dificuldades para a tomada de decisões. Não se sabe quantas pessoas existem



vivendo em situação de rua no Brasil e, mais especificamente, nos municípios. Em 2023, havia 221.113 pessoas em situação de rua inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais. Ou seja, um em cada 1.000 pessoas no Brasil estava registrada nesse sistema, como vivendo em situação de rua. Dentre estes, 62% se encontravam na Região Sudeste, dado que provavelmente não se modificou nos meses que se seguiram ao levantamento realizado (Brasil, 2023).

No estado do Rio de Janeiro, como acontece em outras unidades federativas, a capital é o local de maior concentração desta população, estando entre os 10 municípios, que juntos concentram 48% da população em situação de rua do país (Brasil, 2023). Dois censos foram realizados pelo município do Rio, em que a mesma metodologia foi aplicada, em 2020 e 2022. No primeiro foram contadas 7.272, destas 5469 (75,2%) estavam nas ruas e 1.803 (24,8%) acolhidas em instituições de abrigamento. Em 2022, se identificou 7.865 pessoas; um aumento de 8,5% em relação a 2020. No entanto, crescimento da população, na condição “rua”, propriamente dita, foi em torno de 18%. Das 7865 pessoas identificadas, 6253 (80%) dormindo nas ruas - 64% estava na condição “na rua” e 16% em cenas de uso de drogas, e 1612 se encontravam em instituições de acolhimento (Rio de Janeiro, 2023).

Este estudo teve por objetivo descrever indicadores de monitoramento e avaliação dos casos de tuberculose na PSR do estado do Rio de Janeiro, de 2016 a 2021, buscando dar visibilidade a práticas de cuidado junto a esta população.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e retrospectivo. Embora a inclusão do campo de PSR tenha ocorrido na ficha de notificação para tuberculose no final de 2014, sendo o ano de 2015 o primeiro período completo para uso desta informação, optou-se por não o utilizar, devido aos frequentes problemas de preenchimento, em virtude do desconhecimento e familiarização com a nova variável, por parte de todos os municípios do estado. O estudo, portanto, partiu do ano de 2016 para evitar subestimação dos casos pela falta do preenchimento.

Foram incluídas todas as notificações registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação de tuberculose (SINAN-TB), da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), no período de 2016 a 2021, que foram classificadas como PSR. Foram excluídas todas as notificações não classificadas como PSR e as que não tinham o campo preenchido (em branco ou ignorado). As notificações de tuberculose com encerramento por mudança de diagnóstico foram excluídas.

O banco da Gerência de Tuberculose da SES/RJ (GERT/SES/RJ) para monitoramento e avaliação da tuberculose na PSR é qualificado para eliminar tanto as duplicidades quanto as transferências. Esta última refere-se a situações em que o usuário muda de local de tratamento no curso do mesmo, ocasionando registro de nova notificação, ficando no sistema, portanto, uma ficha encerrada por transferência e outra com mesma classificação no tipo de entrada do caso, devendo ser vinculadas (unidas), para que conste somente uma ficha. Neste sentido, as transferências precisam ser qualificadas, tanto no tipo de entrada, como nos encerramentos dos tratamentos, para os casos que não tenham passado por vinculação (Brasil, 2019).

Na qualificação do encerramento, uma transferência passa a ser considerada como interrupção do tratamento, quando não há a notificação da continuidade do acompanhamento no prazo de 30 dias. Quando tal notificação é realizada, a transferência é validada como tal, e a vinculação manual é efetivada, para atribuição correta do desfecho. Nas entradas por transferência, busca-se a notificação anterior com a classificação do caso. Não havendo o 1º registro, altera-se a entrada para caso novo.

Devido à falta de residência formal dos usuários-cidadãos deste grupo populacional, as análises foram realizadas por municípios de notificação, diferente do que acontece nas análises tradicionais dos indicadores, em que se considera o município de residência.

As análises foram estratificadas por tipo de entrada, se caso novo ou retratamento. Para *caso novo*, somou-se o *caso novo*, *não sabe* e *pós-óbito*. Os retratamentos foram a resultado da soma da *recidiva*

e o *reingresso após interrupção*. Os resultados de tratamento analisados foram à cura e interrupção do tratamento.

As análises foram estratificadas por tipo de entrada, se caso novo ou retratamento. Para caso novo, somou-se o caso novo, não sabe e pós-óbito. Os retratamentos foram a resultado da soma da recidiva e o reingresso após interrupção. Os indicadores apresentados neste estudo foram definidos a partir dos principais indicadores da tuberculose preconizados pelo Ministério da Saúde, para monitorar as ações de vigilância e assistência, identificar fragilidades e, consequentemente, direcionar melhor as intervenções de acordo com as necessidades da população (Brasil, 2024).

Não foi possível calcular os coeficientes de incidência e mortalidade, pela inexistência de dados sobre o número de pessoas vivendo em situação de rua no Estado do Rio de Janeiro, que comporiam o denominador para cálculo do indicador. Os indicadores avaliados foram: proporção de casos novos todas as formas clínicas; proporção de retratamentos todas as formas clínicas; proporção de casos de tuberculose pulmonar confirmados por critério laboratorial; proporção de realização de cultura de escarro; proporção de casos que realizaram o teste de antígeno da Imunodeficiência Humana (anti-HIV); proporção de cura, interrupção e outros resultados de tratamento nos casos novos e retratamentos; proporção de casos que realizaram o Tratamento Diretamente Observado (TDO); proporção de casos encerrados; proporção de casos de tuberculose com agravo associado (coinfecção TB-HIV, uso de álcool, uso de drogas ilícitas, tabagismo, transtorno mental, Diabetes Mellitus); proporção de usuários do Programa de Transferência de Renda do governo federal (PTR). Os dois últimos não compõem o caderno de indicadores do Ministério da Saúde, à exceção de proporção de doentes com coinfecção TB-HIV.

A realização de cultura em todos os casos de tuberculose na PSR é uma recomendação do Ministério da Saúde e, por isto, foi avaliada separadamente. Os resultados relacionados ao uso de álcool e drogas ilícitas envolve o uso isolado de um ou outro, ou ambos os grupos de substâncias.

As frequências absolutas e relativas das variáveis de interesse foram descritas com auxílio do programa Microsoft Office Excel 2019.

O estudo respeitou os preceitos éticos para condução de pesquisa com seres humanos. Foram utilizados, exclusivamente, dados secundários oriundos de levantamento realizado pela GERT/SES/RJ, com a finalidade específica de promover melhorias no atendimento da PSR e, portanto, não houve a necessidade da aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

De 2016 a 2021, foram notificados 2965 casos de tuberculose na PSR; 1708 (57,6%) casos novos e 1257 (42,4%) retratamentos. O número de casos sofreu variações pouco significativas ao longo do período; o número mínimo foi 455 (2017) e o máximo 573 (2021).

Em todo o período, a taxa de cura dos doentes foi muito baixa, tanto nos casos novos (34,4%) quanto nos retratamentos (25,5%). Já as taxas de interrupção do tratamento nos casos novos e retratamentos foram bastante elevadas, respectivamente, 50,3% e 61,1%. (Tabela 1).

Tabela 1. Números (Nº) e percentuais (%) de casos notificados na População em Situação de Rua, por tipo de entrada e desfechos de tratamento, no estado do Rio de Janeiro, no período de 2016 a 2021.

Características	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de Entrada														
Casos Novos	301	60,7	271	59,6	272	58,1	271	54,6	277	58,1	316	55,1	1708	57,6
Retratamentos	195	39,3	184	40,4	196	41,9	225	45,4	200	41,9	257	44,9	1257	42,4
Todos os Casos	496	100	455	100	468	100	496	100	477	100	573	100	2965	100

Características	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desfechos de tratamento Caso Novo														
Cura	117	38,8	88	32,5	99	36,4	96	35,4	87	31,4	100	31,6	587	34,3
Interrupção do Tratamento	142	47,2	138	50,8	130	47,8	134	49,4	146	52,7	169	53,5	859	50,3
Outros Desfechos	33	11	31	11,6	34	12,5	30	11,1	30	10,8	41	13	199	11,7
Não Encerrados	9	3	14	5,1	9	3,3	11	4,1	14	5,1	6	1,9	63	3,7
Total PSR	301	100	271	100	272	100	271	100	277	100	316	100	1708	100
Desfechos de tratamento Retratamento														
Cura	53	27,2	48	26,1	54	27,6	63	28	50	25	53	20,6	321	25,5
Interrupção do Tratamento	115	59	109	59,2	111	56,6	126	56	129	64,5	178	69,3	768	61,2
Outros Desfechos	25	12,8	22	12	27	13,8	24	10,7	17	8,5	21	8,2	136	10,8
Não Encerrados	2	1	5	2,7	4	2	12	5,3	4	2	5	1,9	32	2,5
Total	195	100	184	100	196	100	225	100	200	100	257	100	1257	100

O percentual de confirmação laboratorial de todos os casos pulmonares esteve em torno de 75%. A realização de cultura alcançou melhores resultados nos retratamentos do que nos casos novos, grupo em que os percentuais estiveram abaixo dos 50% em praticamente todo o período. A proporção de casos testados para HIV nos casos novos e retratamentos foi de cerca de 90%, ao longo dos anos, e a coinfeção TB-HIV foi de 16,7% e 20,5% nos casos novos e retratamentos, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2. Realização de testes diagnósticos nos casos novos e retratamentos (Nº) e percentuais (%) na População em Situação de Rua no estado do Rio, no período de 2016 a 2021.

	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Casos Pulmonares com confirmação laboratorial														
Casos Novos	236	76,6	206	76,0	199	73,7	200	73,5	189	68,5	216	68,4	1246	73,0
Retratamentos	160	73,1	135	73,4	160	81,6	169	77,2	157	78,1	190	73,9	971	77,2
Todos os Casos	396	79,8	341	74,9	359	76,7	369	74,4	346	72,5	406	70,9	2217	74,8
Realização de cultura de escarro														
Casos Novos	125	40,6	129	47,6	129	47,8	138	50,7	79	28,6	115	36,4	715	41,9
Retratamentos	134	61,2	121	65,8	123	62,8	157	71,7	111	55,2	140	54,5	786	62,5
Todos os Casos	259	52,2	250	54,9	252	53,8	295	59,5	190	39,8	255	44,5	1501	50,6
Realização de teste Anti-HIV														
Casos Novos	274	89,0	242	89,9	239	88,5	246	90,4	236	85,5	263	83,2	1500	87,8
Retratamentos	205	93,6	168	91,3	184	93,9	206	94,1	190	94,5	229	89,1	1182	94,0
Todos os Casos	479	96,6	410	90,1	423	90,4	452	91,1	426	89,3	492	85,9	2682	90,5

O uso de drogas ilícitas foi a comorbidade mais expressiva, maior entre os retratamentos (72,4%) do que entre os casos novos (58,1%). O uso do álcool isoladamente foi inferior a 50% em todos os casos (Tabela 3).

Tabela 3. Comorbidades presentes nos casos novos e retratamentos (Nº) e percentuais (%), na População em Situação de Rua, no estado do Rio, no período de 2016 a 2021.

Comorbidades	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Caso Novo														
Caso Novo	301	60,7	271	59,6	272	58,1	271	54,6	277	58,1	316	55,1	1708	57,6
Retratamento	195	39,3	184	40,4	196	41,9	225	45,4	200	41,9	257	44,9	1257	42,4
Todos os Casos	496	100	455	100	468	100	496	100	477	100	573	100	2965	100
Coinfeção TB-HIV														
Casos Novos	45	14,6	51	18,8	39	14,4	41	15,1	56	20,3	54	17,1	286	16,7
Retratamentos	54	24,7	34	18,5	37	18,9	42	19,2	35	17,4	56	21,8	258	20,5
Uso de Álcool														
Casos Novos	126	40,9	123	45,4	116	43	111	40,8	113	40,9	140	44,3	729	42,7
Retratamentos	110	50,2	82	44,6	83	42,3	99	45,2	97	48,3	116	45,1	587	46,7
Uso de Drogas Ilícitas														
Casos Novos	162	52,6	157	57,9	150	55,6	166	61	168	60,9	189	59,8	992	58,1
Retratamentos	152	69,4	131	71,2	136	69,4	156	71,2	143	71,1	192	74,7	910	72,4

Comorbidades	2016		2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tabagismo														
Retratamento	147	47,7	132	48,7	143	53	138	50,7	147	53,3	169	53,5	876	51,3
Todos os Casos	119	54,3	103	56	119	60,7	120	54,8	129	64,2	160	62,3	750	59,7
Transtorno Mental														
Casos Novos	44	14,3	33	12,2	33	12,2	23	8,5	32	11,6	28	8,9	193	11,3
Retratamentos	35	16	11	6	22	11,2	24	11	22	17,4	22	8,6	136	10,8
Diabetes Melitus														
Casos Novos	11	3,6	8	3,0	9	3,3	6	2,2	9	3,3	14	4,4	57	3,3
Retratamentos	11	5,0	9	4,9	8	4,1	6	2,7	7	3,5	6	2,3	47	3,7

Somando-se o número de casos novos (1708) e retratamentos (1257) notificados na PSR no período analisado, encontra-se um baixo percentual de beneficiários do PTR (7,9%) e o TDO foi praticado em cerca de metade dos casos (48,4%). Em ambas as estratégias, o percentual de notificações em que não constam estas informações correspondeu a cerca de 25% dos casos (Tabela 4).

Tabela 4. Número (Nº) e percentual (%) de casos notificados inscritos no Programa de Transferência de Renda e realizando o Tratamento Diretamente Observado, nos casos novos e retratamentos, na População em Situação de Rua, estado do Rio, no período de 2016 a 2021.

Estratégias de adesão ao tratamento	Caso Novo		Retratamento		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tratamento Diretamente Observado						
Sim	803	47,0	633	50,4	1436	48,4
Não	442	25,9	286	22,8	728	24,6
S/inf	463	27,1	338	26,9	801	27,0
Total	1708	100,0	1257	100,0	2965	100,0
Programa Transferência de Renda						
Sim	132	7,7	102	8,1	234	7,9
Não	1153	67,5	914	72,7	2067	69,7
S/inf	423	24,8	241	19,2	664	22,4
Total	1708	100,0	1257	100,0	2965	100,0

DISCUSSÃO

Este estudo salienta a complexidade do manejo dos casos de tuberculose na PSR, evidenciada pelas baixas taxas de cura e as elevadas taxas de interrupção do tratamento que, nas proporções aqui encontradas, denunciam um quadro de grande gravidade. A taxa média de cura nos casos novos (34,4%) foi cerca de metade da alcançada para o estado, que variou entre 64,8% e 68,1% (Rio de Janeiro, 2024) e distante dos 85% preconizados pela OMS. Nos retratamentos, os percentuais de sucesso são ainda mais preocupantes, alcançados por cerca de 25% dos doentes. A interrupção do tratamento, nos casos novos (50,3%) e retratamentos (61,1%), cerca de dez vezes maior que a meta de 5% estabelecida pela OMS e pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2019), perpetua a transmissão da enfermidade, a gravidade dos casos, as mortes e o sofrimento.

O entendimento deste cenário de adoecimento por tuberculose e dos resultados de tratamento encontrados, demanda considerar a PSR como uma categoria social complexa, vivendo em um contexto de extremo pauperismo, em que o processo de produção de vulnerabilidades é dinâmico e anterior à ida para as ruas (Mendes; Ronzani; Paiva, 2019). Desta forma, fatores, associados à interrupção do tratamento, amplamente descritos na literatura (Ranzani *et al.*, 2016; Chirinos; Meirelles, 2011), se apresentam como desafios que não podem ser vistos isoladamente, representando um evento entre outros encontrados na rua e não o ponto principal de análise (Mayora, 2016). É o caso do uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas e da coinfeção TB-HIV, principais comorbidades identificadas.

O uso (ou abuso) dessas substâncias pode ter sido a causa da ida para as ruas (Brasil, 2023) e, uma vez vivendo nelas, é enfatizado como forma de minimizar as dificuldades e poder suportar o sofrimento das difíceis condições de vida nesses espaços públicos (Cruz *et al.*, 2023).

Seguindo a mesma lógica, a vulnerabilidade para a transmissão do HIV, as proporções de coinfeção TB-HIV nos casos novos e retratamentos foram, respectivamente, 16,7% e 20,5%, considerando o período avaliado, cerca do dobro da encontrada para o estado, que é inferior a 10%, para todos os casos de tuberculose (Rio de Janeiro, 2024). Estudos realizados em diversas cidades do mundo mostram que a prevalência do HIV entre moradores de rua é significativamente maior do que na população em geral (Grangeiro *et al.*, 2012). A vulnerabilidade em questão se vincula ao contexto em que a prática sexual ocorre nas ruas, fruto de diferentes motivações - prazer, dinheiro, drogas ou álcool, abrigo, comida, entre outros. Além disto, esta população, diante de forte discriminação, torna-se mais suscetível a sofrer violência, entre as quais se encontra o abuso sexual, que ocorre principalmente em territórios em que não há ações de prevenção e apoio social (Cruz *et al.*, 2023).

As demais comorbidades podem estar subestimadas, sobretudo no que se refere à alta prevalência do desenvolvimento de transtornos mentais neste segmento, descrita na literatura nacional e internacional, comparando-a com outros grupos populacionais (Patrício *et al.*, 2019), o que aponta para a necessidade de realização de outros estudos no estado do Rio de Janeiro.

De todo modo, pelo até aqui percorrido, é possível argumentar que, para auxiliar na solução dos problemas relacionados ao enfrentamento do adoecimento por tuberculose, os viventes de rua demandam uma oferta de suporte capaz de responder ao modo de vida nas ruas.

Outro aspecto que pode ser avaliado pelos resultados aqui apresentados são os indicadores operacionais relacionados às rotinas implementadas pelas equipes de saúde para o diagnóstico, tratamento e suporte social. O percentual de confirmação laboratorial de casos novos pulmonares (73%) esteve acima do alcançado pelo estado, em torno de 63% no mesmo período. Apesar deste bom resultado em relação a este indicador, chama atenção que a cultura do escarro, que deveria ser universal nesta população (Brasil, 2019), tenha sido realizada em cerca de metade dos casos. Mesmo nos retratamentos, cuja solicitação de cultura é recomendada para todos os doentes, vivendo ou não em situação de rua, a meta alcançada (62,5%) ficou distante do recomendado, porém superior ao alcançado pelo estado (Rio de Janeiro, 2024).

Em 2020, ao contrário do que ocorreu para o estado como um todo, como consequência da pandemia de Covid-19, não se observou redução no percentual de confirmação laboratorial, fato que não se repetiu com a realização de cultura. Ou seja, o desempenho da confirmação laboratorial ocorrido em 2020 foi motivado pelos demais exames diagnósticos e não a cultura. Considerando que existe uma rede estadual de oferta de cultura, há que considerar se recomendação de solicitação de cultura universal para as pessoas vivendo em situação de rua é conhecida por parte dos profissionais de saúde.

Olhar para a solicitação dos exames para confirmação da doença está relacionado à produção do cuidado, pois este indicador reflete a qualidade do diagnóstico e tratamento ofertados. A confirmação pelo critério clínico, sem a oferta de exames para o diagnóstico laboratorial, é considerada como falha na oferta de serviços de saúde já incorporados no SUS (Brasil, 2019).

A proporção média de casos testados para HIV nos casos novos e retratamentos (90,5%) também foi superior ou próxima ao registrado para o estado, cerca de 80% no período estudado (Rio de Janeiro, 2024). Isso porque a tuberculose é uma infecção de alta prevalência entre as pessoas vivendo com HIV/Aids e a primeira causa de óbito neste grupo. Portanto, para o enfrentamento à tuberculose nessa população, esta é uma investigação a ser priorizada (Brasil, 2023).

Os resultados apresentados até então demonstram a existência de fragilidades na produção do cuidado para este segmento populacional. Além desses, as estratégias de adesão recomendadas pelo Ministério da Saúde, como a inclusão desses usuários-cidadãos no PTR e a realização do TDO não são efetivadas com sucesso. Apesar da constatação que o acesso ao PTR contribui para aumentar o índice de sucesso dos tratamentos de tuberculose, pouco mais de 13% dos indivíduos que adoeceram no país recebiam o benefício (Oliosi *et al.*, 2019). Embora os períodos analisados no estudo citado não sejam completamente coincidentes com o que está sendo aqui apresentado, a proporção encontrada (7,9%) para concessão do benefício para uma população tão vulnerabilizada, demanda outras análises. Fica evidente a necessidade

de implementação, ou mesmo de implantação, de ações de proteção social, nas Unidades de Saúde e/ou em parceria com as equipes das Secretarias de Assistência Social, que garantam benefícios sociais, como o PTR a esta população.

Apesar da elevada ausência de informação sobre realização do TDO, o que prejudica a avaliação final, a não realização da estratégia em quarta parte dos usuários-cidadãos deve ser observada, uma vez que a mesma é recomendada para todos os casos de tuberculose e consiste na observação da ingestão dos medicamentos diariamente, ou no mínimo três vezes por semana (Brasil, 2019).

Embora haja evidência disponível para a completude do tratamento, a estratégia de TDO necessita de melhor investigação neste público. Estudo realizado no Rio de Janeiro, junto à PSR, encontrou resistência por parte de alguns usuários-cidadãos para aderir a esta estratégia. Foram apontadas dificuldades de: vinculação ao território motivada pela busca de subsistência; atendimento a horários estabelecidos pelas equipes de saúde; falta de informação de forma geral; falta de articulação entre equipes para a realização do TDO compartilhado. No referido estudo, ficou evidenciada a importância de mapeamento das redes existentes nos territórios por onde os doentes habitualmente circulam – pessoas, serviços de saúde, serviços da assistência social, instituições diversas, e o estabelecimento com cada um deles de planos de cuidado singulares-individuais e o compartilhamento do cuidado (Zuim; Trajman, 2018).

Existem evidências que apontam que as estratégias de adesão não são excludentes e exigem uma ação intersetorial e integrada localmente. O tratamento desses usuários- cidadãos demanda, então, um maior cuidado e apoio profissional e de instituições de saúde, em comparação à população em geral (Brasil, 2016).

Apesar dos dados utilizados para este estudo terem sido qualificados como parte das rotinas da GERT/SES/RJ, com a maioria das variáveis analisadas com até 5% de incompletude, a existência de variáveis em que este percentual é elevado, como o caso das realizações de TDO e inscrições no PTR, não favorecem análises mais consistentes. A qualificação dos dados sobre a PSR disponíveis nos sistemas de informações é uma importante medida para a tomada de decisão sobre práticas de cuidado e implantação de políticas públicas para essa população. Para tanto, a sensibilização das equipes de saúde que realizam o diagnóstico e o preenchimento dos formulários é imprescindível.

Este estudo tem como limitação a utilização de dados secundários, em que algumas variáveis específicas que permitiriam conhecer e compreender melhor as práticas de cuidado junto a PSR não se encontram disponíveis. As variáveis disponíveis no SINAN, como em outros sistemas de informação, não permitem a compreender as respostas dadas por essas pessoas às práticas de produção do cuidado e, tampouco, dos profissionais que com ela interagem. Este entendimento impõe a necessidade de elaboração de realização de pesquisas específicas, de cunho qualitativo, que permitam abordar dimensões subjetivas e estruturais facilitando evidenciar práticas eficazes, que respondam aos desafios impostos de modo a impactar o controle da tuberculose nesta população.

CONCLUSÃO

O controle da tuberculose na PSR representa grandes desafios para as políticas públicas e a garantia de direitos. As decisões em relação ao cuidado de tuberculose são influenciadas pelo modo de vida nas ruas e as iniquidades ali existentes.

Os resultados apresentados denunciam um quadro de grande gravidade, com taxas de interrupção de tratamento superiores às de cura. Os resultados, também, questionam as práticas de cuidados desenvolvidas nos territórios para este grupo populacional, incluindo a baixa incidência de políticas públicas intersetoriais, o que contribui para a perpetuação dos múltiplos insucessos e, consequentemente, do sofrimento de um grupo extremamente vulnerabilizado.

Desta forma, a produção do cuidado de tuberculose para esta população demanda a oferta de práticas e ações articuladas entre diferentes atores capazes de responder às particularidades dessas vidas.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ZRCB, AJR e SI contribuíram no delineamento do problema e desenho metodológico do estudo. AJR e SI contribuíram no levantamento e estruturação dos dados. ZRCB contribuiu na redação da primeira versão do manuscrito. ZRCB, AJR e SI realizaram a revisão geral. Todos os autores contribuíram igualmente para os rascunhos e deram aprovação final para publicação.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva/ferramentas/saude_adolescentes.pdf/view. Acesso em: out. de 2018.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de Evidências para Políticas de Saúde: adesão ao tratamento de tuberculose pela população em situação de rua. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/biblio-971876>. Acesso em: abr. de 2024.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias não Tuberculosas. Boletim Epidemiológico Número Especial, Mar. 2022. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2022/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-marco-2022.pdf/view>. Acesso em: abr. de 2024.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias não Tuberculosas. Boletim Epidemiológico Número Especial, Mar. 2024. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/view>. Acesso em: abr. de 2024.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. Ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>. Acesso em: abr. de 2024.
- _____. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. Coordenação-geral de indicadores e evidências em direitos humanos. Diretoria de promoção dos direitos da população em situação de rua. População em Situação de Rua. Diagnóstico com base nos dados e informações disponíveis em registros administrativos e sistemas do Governo Federal. Brasília-DF: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relatorio-201cpopulacao-em-situacao-de-rua-diagnostico-com-base-nos-dados-e-informacoes-disponiveis-em-registros-administrativos-e-sistemas-do-governo-federal201d>. Acesso em: abr. de 2024.
- CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. Texto & Contexto – Enfermagem, v. 20, n. 3, p. 599-606, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300023>.
- CRUZ MR *et al.* Viver com HIV/aids em situação de rua: representações sociais de pessoas hospitalizadas. Rev baiana enferm. 2023;37:e49947. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v37.49947>
- GRANGEIRO, A. *et al.* Prevalência e vulnerabilidade à infecção pelo HIV de moradores de rua em São Paulo, SP. .Rev. Saúde Pública, v. 46, n. 4, p. 674-684, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000037>.
- MAYORA, M. O crack e a rua. In: J. Souza (Org.), Crack e exclusão social. Brasília-DF: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, pp. 137-162, 2016. Disponível em: <https://dspace.mj.gov.br/handle/1/12708>. Acesso em: abr. de 2024.
- MENDES, K. T.; RONZANI, T. M.; PAIVA, F. S. População em situação de rua, vulnerabilidades e drogas: uma revisão sistemática. Psicologia & Sociedade, v. 31, p. 1-15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31169056>.
- OLIOSI, J. G. N. *et al.* Effect of the Bolsa Familia Programme on the outcome of tuberculosis treatment: a prospective cohort study). Lancet Glob Health; v. 7, n. 2, e219-e226, 2019. Disponível em: DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30478-9](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30478-9).
- PATRÍCIO, A. C. F. A. *et al.* Common mental disorders and resilience in homeless persons. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 72, n. 6, p. 1603-1610, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0541>.
- RANZANI, O.T. *et al.* The impact of being homeless on the unsuccessful outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brazil. BMC Med 14, 41 (2016). <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0584-8>

RIO DE JANEIRO (CIDADE). Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos. Censo de População em Situação de Rua no Rio de Janeiro - 2022 com data atualizada em 4 de setembro de 2023. Disponível em: <https://www.data.rio/datasets/072556c5be3344e1aaf973354b93d566>. Acesso em: mai. de 2023.

RIO DE JANEIRO (GOVERNO). Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Tuberculose. Painel de Tuberculose - Estado do Rio de Janeiro. Indicadores Epidemiológicos e Operacionais. 2024. Disponível em: <https://lookerstudio.google.com/reporting/1933da0e-a4e4-4213-91a0-8f852d4fc618/page/YpEsD>. Acesso em: set de 2024.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saúde e Sociedade [Internet], v. 13, n. 1, p. 56-69, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000100007>.

WHO - World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. Disponível em. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/191102>. Acesso em: fev 2017.

ZUIM, R. C. B.; TRAJMAN, A. Itinerário terapêutico de doentes com tuberculose vivendo em situação de rua no Rio de Janeiro. Physis: Revista de Saúde Coletiva. v. 28, n. 2, 1-19, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280205>

Recebido em: 17/10/2024
Aprovado em: 03/01/2025

Este artigo é publicado em Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Attribution, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que a obra original seja corretamente citada.





TUBERCULOSE NA POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO, 2019 A 2023

Ana Cristina de Oliveira e Silva¹ 

Fernanda Letícia dos Santos Ferreira¹ 

Priscila Marques de Oliveira do Nascimento¹ 

RESUMO

O objetivo foi caracterizar o perfil epidemiológico dos casos notificados de Tuberculose na População Privada de Liberdade e suas características sociodemográficas, epidemiológicas e operacionais, no estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2019 a 2023. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo ecológico dos casos de tuberculose em pessoas privadas de liberdade no estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2019 a 2023. Foram notificados no período de 2019 a 2023 um total de 9.907 casos de tuberculose na população privada de liberdade no Estado do Rio de Janeiro. Observou-se uma maior prevalência do sexo masculino em todos os anos, sendo mais de 98% dos casos notificados. Houve um predomínio da raça parda nos casos notificados em todos os anos, com escolaridade entre 5ª e 8ª série incompleta do ensino fundamental em sua maioria. Foi possível verificar aumento no percentual de cura, além de melhora na diminuição das interrupções de tratamento. Tais informações são relevantes para direcionar políticas de saúde pública e estratégias de intervenção que visam a redução da incidência e do impacto da tuberculose no país

¹Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil

Palavras-chave: Tuberculose; Rio de Janeiro; Epidemiologia; População privada de liberdade.

Autor Correspondente:

Fernanda Letícia dos Santos Ferreira
e-mail: fernanda.leticia.sf@gmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose pulmonar, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, permanece como uma das infecções mais prevalentes globalmente, representando um desafio significativo para a saúde pública, especialmente em contextos de pobreza, exclusão social e densidade populacional urbana. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a questão da equidade emerge como crucial, destacando a importância de garantir acesso igualitário aos serviços de saúde, especialmente para grupos em situação de vulnerabilidade que enfrentam barreiras específicas. Nesse sentido, a População Privada de Liberdade (PPL) se destaca como um grupo particularmente vulnerável, cujas condições de encarceramento exacerbam os riscos de saúde, incluindo adversidades psicossociais e físicas. Dados do Programa Nacional de Controle da Tuberculose revelam que o risco de adoecimento na PPL é 29 vezes maior em comparação com a população em geral (Brasil, 2021; Brasil, 2023) ressaltando a necessidade de intervenções direcionadas e equitativas.

No Brasil, a PPL representa uma parcela significativa das notificações de casos novos de tuberculose, com 10,2% dos casos atribuídos a essa população em 2023, totalizando 11.247 casos notificados. Pode-se observar que o número de casos novos de tuberculose (TB) na PPL, cresceram entre 2015 a 2023, tendo o maior aumento no ano de 2019. Todavia, no período de pandemia do Covid 19, podemos observar queda nas notificações da série histórica de TB na PPL, que pode ser relacionada à redução do número de pessoas privadas de liberdade em celas físicas a partir de 2020, podendo ter contribuído para a queda na transmissão do *M. tuberculosis* nesse ambiente, no entanto, esses dados também podem ser atribuídos a não retomada das ações de identificação das pessoas com TB nesses ambientes (Brasil, 2024).



O Estado do Rio de Janeiro (ERJ), reconhecido por suas elevadas taxas de TB. Atualmente apresenta a terceira maior taxa de incidência de casos de TB e a segunda maior taxa de mortalidade no país, segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Sua população carcerária é a terceira maior do Brasil em celas físicas, sendo 45.023 PPL. Fato este que leva a um grande desafio no controle e prevenção da TB dentro dessas instalações (CNJ, 2024; SISDEPEN, 2023). No ano de 2023, o sistema prisional do ERJ foi responsável por notificar 2.148 casos totais de TB, segundo dados do SINAN-NET. Destes, 1.441 se tratava de casos novos (67,07%), gerando uma taxa de incidência de 3.200 casos por 100 mil PPL (TabNet).

Apesar de o direito à saúde da PPL no Brasil ser garantido por lei há mais de 20 anos, a evolução do panorama epidemiológico vem evoluindo lentamente. O avanço mais significativo veio através da portaria interministerial nº 1, que instituiu, em 02 de janeiro de 2014, a Política Nacional de Atenção Integral à Pessoa Privada de Liberdade do Sistema Prisional (PNAISP), que foi criada em resposta ao esgotamento do modelo anterior, sendo o primeiro documento a tratar especificamente da saúde da PPL no Brasil, o Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário (PNSSP). A PNAISP reúne os princípios relacionados à saúde garantidos na Lei de Execuções Penais de 1984, a constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica da Saúde, 8.080, a Lei 8.142 de participação social e aprimora o PNSSP, conferindo à atenção primária o atendimento de forma integral ao privado de liberdade, no sentido de que cada presídio tenha uma equipe de referência responsável pelo cuidado daquela população, sendo a ordenadora do cuidado, direcionando, quando necessário para outros níveis de atenção (média e alta complexidade) e serviços de saúde disponibilizados nos municípios e Estado, seguindo o fluxo de rede preconizado pelo SUS (Batista, 2019).

Somente no ano de 2019, o ERJ aderiu à PNAISP, todavia a contratação das equipes se consolidou por completo em outubro de 2022. Nos anos anteriores à descentralização, os casos de TB na PPL eram diagnosticados e notificados no Sanatório Penal e no Pronto Socorro Geral Dr. Hamilton Agostinho Vieira de Castro (PSG HAVC), em vista disso, é fato que havia muita dificuldade em garantir a continuidade do cuidado, a equidade e a longitudinalidade (SES-RJ; OMS; OPAS, 2022).

Diante disso, a avaliação do agravamento da TB nessa população específica é um fator importante para a formulação de estratégias de saúde pública mais eficazes e para a promoção da equidade no acesso à saúde das populações mais vulneráveis no ERJ. Assim, este trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil epidemiológico dos casos notificados de Tuberculose na População Privada de Liberdade e suas características sociodemográficas, epidemiológicas e operacionais, no estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2019 a 2023.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo dos casos de tuberculose em pessoas privadas de liberdade no estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2019 a 2023.

Área abrangência do estudo

O ERJ é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Situa-se na região Sudeste do país, tendo como limites os estados de Minas Gerais (norte e noroeste), Espírito Santo (nordeste) e São Paulo (sudoeste), além do Oceano Atlântico (leste e sul). Ocupa uma área de 43.750,425km² e está dividido em 92 municípios, com nove regionais de saúde, a saber: Regional Serrana, Metropolitana I e II, Baixada Litorânea, Médio Paraíba, Centro Sul, Baía da Ilha Grande, Norte e Noroeste. Apresentou em 2010 uma população de 16.055.174 habitantes na ocasião do último censo demográfico (IBGE, 2022).

O ERJ conta em seu território com 50 estabelecimentos públicos prisionais, distribuídos em nove municípios, sendo eles: Campos dos Goytacazes, Itaperuna, Japeri, Magé, Niterói, Resende, Rio de Janeiro, São Gonçalo e Volta Redonda, com aproximadamente cerca de 45.023 população privada de liberdade, tendo o município do Rio de Janeiro, Capital, 30 estabelecimentos prisionais em seu território (CNJ, 2024; SISDEPEN, 2023).

População do estudo

A população do estudo foi composta por todos os casos de TB notificados ao SINAN indicados como “PPL” - População Privada de Liberdade no período de 2019 a 2023, com base na pesquisa no banco de dados no dia 02 de fevereiro de 2024.

A definição de caso adotada no presente estudo segue a definida pelo Guia de Vigilância publicado pelo Ministério da Saúde em 2024: Caso confirmado de TB: Indivíduo que apresente um ou mais critérios a seguir:

- Critério laboratorial – Todo caso que, independentemente da forma clínica, apresenta pelo menos uma amostra positiva de baciloscopia ou de cultura, ou de teste rápido molecular para tuberculose.
- Critério clínico – Todo caso suspeito que não atendeu ao critério de confirmação laboratorial, mas apresentou resultados de exames de imagem ou histológicos sugestivos para tuberculose.

Fonte de dados

Todo caso diagnosticado de tuberculose deve ser obrigatoriamente notificado através da ficha de notificação/investigação do SINAN, que compreende 47 variáveis divididas em quatro blocos, sendo eles: dados gerais, notificação individual, dados de residência e dados complementares. Os três primeiros blocos citados englobam informações referentes à unidade notificadora e ao indivíduo, como dados pessoais e de moradia. Já o último bloco contempla informações relacionadas à investigação do caso, como tipo de entrada da pessoa no sistema de informação, forma da doença, pertencimento à população especial, resultados de exames, entre outros (Brasil, 2024).

Na variável raça/cor foram somados a categoria amarelos e indígenas, e na escolaridade, somadas as variáveis analfabetos, até 4 anos completos (1ª a 4ª série incompleta do EF + 4ª série completa do EF); até 8 anos completos (5ª A 8ª série incompleta do EF + Ensino fundamental completo); e mais que 8 anos.

O banco de dados utilizado foi extraído no sistema de tabulação de dados (TabNet) estadual, com base de dados exportada no dia 01/02/2024, incluindo todas as notificações de casos de TB realizadas no período de 2019 a 2023, no SINAN.

Foram excluídos os casos notificados no SINAN que encerram como mudança de diagnóstico, em todas as tabulações realizadas.

O presente estudo foi realizado exclusivamente com dados secundários, de acesso público, sem identificação dos sujeitos, obedecendo aos princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o que justifica a ausência do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Foram notificados no período de 2019 a 2023 no ERJ um total de 78.019 casos de tuberculose, destes, 10.170 se tratava da População Privada de Liberdade do ERJ, significando 14,99% dos casos totais e TB do ERJ. O ano com maior número de notificações de casos na PPL foi o de 2019 (2.237) e o ano de 2020 o menor número de casos notificados (1.789), conforme apresentado no Gráfico 1.



Gráfico 1. Distribuição dos casos notificados de tuberculose na população privada de liberdade segundo ano de diagnóstico no estado do Rio de Janeiro, de 2019 a 2023.

Fonte: https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?sinan/tf_tuberculose.def, extração em 02 de fevereiro de 2024.

O presente estudo buscou analisar e comparar os dados demográficos e socioeconômicos de indivíduos notificados com tuberculose ao longo de cinco anos consecutivos, de 2019 a 2023. Os resultados apresentados na Tabela 1 revelam uma série de tendências e flutuações nessas variáveis ao longo do período de estudo.

Em relação ao sexo dos pacientes, observou-se uma predominância significativa do sexo masculino em todos os anos, representando mais de 98% dos casos notificados. No entanto, houve flutuações nas proporções de casos femininos ao longo dos anos, com um aumento de 1,4% em 2020 para 1,8% em 2022, seguido por uma diminuição para 1,3% em 2023 (Tabela 1).

No que diz respeito à raça/cor da pele, a raça parda foi consistentemente a mais prevalente, representando a maioria dos casos notificados em todos os anos. No entanto, observou-se um aumento significativo na proporção de casos de raça branca e preta de 2019 para 2023, enquanto a proporção de casos de raça parda diminuiu nesse mesmo período. Além disso, a categoria "Ignorada/Sem preenchimento/Não se aplica" apresentou flutuações consideráveis, com uma diminuição significativa de 45,8% em 2020 para 8,9% em 2023, afetando os números nas outras categorias (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização do perfil sociodemográfico dos casos notificados de tuberculose (n) e suas porcentagens (%) na população privada de liberdade no estado do Rio de Janeiro, de 2019 a 2023.

VARIÁVEIS	2019 2.276		2020 1.848		2021 1.996		2022 1.902		2023 2.148	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Feminino	34	1,5	25	1,4	22	1,1	34	1,8	27	1,3
Masculino	2.242	98,5	1.823	98,6	1.974	98,9	1.868	98,2	2.120	98,7
Raça/cor da pele										
Branca	280	12,3	100	5,4	85	4,3	184	9,7	353	16,4
Preta	241	10,6	107	5,8	146	7,3	220	11,6	434	20,2
Branca	7	0,3	10	0,5	15	0,8	15	0,8	15	0,7
Preta	942	41,4	784	42,4	697	34,9	771	40,5	1.154	53,7
Ignorado/s/ preenc/ñ se aplica	806	35,4	847	45,8	1.053	52,8	712	37,4	192	8,9

VARIÁVEIS	2019 2.276		2020 1.848		2021 1.996		2022 1.902		2023 2.148	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Idade										
18 a 25a	1.104	48,5	834	45,1	805	40,3	720	37,8	724	33,7
26 a 35	777	34,1	684	37	802	40,1	820	43,1	992	46,1
35 a 45	257	11,2	196	10,6	268	13,4	244	12,8	280	13
46 a 55	79	3,4	60	3,2	70	3,5	77	4	84	3,9
56 ou +	24	1	33	1,7	28	1,4	28	1,4	39	1,8
Ignorada/sem preenchimento	5	0,2	2	0,1	1	0,05	1	0,05	4	0,1
Escolaridade										
Até 4 anos completos	172	7,5	78	4,2	73	3,7	154	8	327	15,2
Até 8 anos completos	948	41,6	537	29	377	18,8	467	24,5	765	35,6
Mais que 8 anos	174	7,6	57	3	48	2,4	93	4,8	421	19,5
Ignorada/s/preenchimento	986	43,3	1177	63,7	1.498	75,1	1.188	62,5	727	33,8

Fonte: https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?sinan/tf_tuberculose.def, extração em 02 de fevereiro de 2024

Em relação à escolaridade dos pacientes, a maioria dos pacientes notificados tinha entre 5ª e 8ª série incompleta do ensino fundamental, embora tenha havido uma diminuição nessa proporção de 37,9% em 2019 para 25,5% em 2023. Por outro lado, houve um aumento notável na proporção de casos com ensino fundamental completo, que passou de 3,7% em 2019 para 10,1% em 2023, e ensino médio incompleto, que passou de 5,4% em 2019 para 9,8% em 2023 (Tabela 1).

É importante destacar que a categoria “Ignorada/sem preenchimento” mostrou resultados expressivos no preenchimento em todos os anos, entretanto destaca-se a melhoria no preenchimento das fichas de notificação de tuberculose nesta população no ano de 2023, resultando uma queda expressiva na incompletude dos dados no ano de 2023 em relação aos anos anteriores (Tabela 1).

No tocante ao tipo de entrada dos pacientes, predominou a categoria de casos novos em todos os anos, representando 79,0% em 2019, diminuindo para 66,6% em 2023. A recidiva e o reingresso após abandono também apresentaram proporções notáveis ao longo dos anos, com um aumento de casos de recidiva de 12,4% em 2019 para 17,8% em 2023. Por outro lado, houve uma redução na proporção de reingresso após abandono de 6,1% em 2023. Destaca-se uma diminuição considerável na categoria “Não Sabe”, que foi de 2,9% em 2019 para 0,4% em 2023 (Tabela 2).

Tabela 2. Caracterização clínico-epidemiológicas dos casos de tuberculose (n) e suas porcentagens (%) na população privada de liberdade no estado do Rio de Janeiro, de 2019 a 2023.

VARIÁVEIS	2019 2.276		2020 1.848		2021 1.996		2022 1.902		2023 2.148	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de Entrada										
Caso Novo	1.798	79,0	1.524	82,5	1.574	78,9	1.305	68,6	1.431	66,6
Recidiva	283	12,4	168	9,1	269	13,5	292	15,4	382	17,8
Reingresso Após Abandono	71	3,1	53	2,9	68	3,4	123	6,5	131	6,1
Não Sabe	65	2,9	54	2,9	26	1,3	24	1,3	8	0,4
Transferência	58	2,5	48	2,6	59	3,0	157	8,3	194	9,0
Pós - Óbito	1	0,0	1	0,1	0	0,0	1	0,1	2	0,1
Forma Clínica										
Pulmonar	2.237	98,3	1.827	98,9	1.966	98,5	1.871	98,4	2.112	98,3
Extrapulmonar	31	1,4	12	0,6	19	1,0	19	1,0	20	0,9
Pulmonar + Extrapulmonar	8	0,4	9	0,5	11	0,6	12	0,6	16	0,7
Baciloscopia de Escarro (diagnóstico)										
Positiva	298	13,1	356	19,3	421	21,1	809	42,5	1.161	54,1
Negativa	210	9,2	153	8,3	461	23,1	457	24,0	245	11,4
Não realizada	1.040	45,7	637	34,5	261	13,1	531	27,9	608	28,3
Não se aplica	180	7,9	299	16,2	477	23,9	375	19,7	211	9,8
HIV										
Positivo	44	1,9	84	4,5	89	4,5	86	4,5	94	4,4
Negativo	921	40,5	880	47,6	1.493	74,8	1.575	82,8	1.986	92,5
Em andamento	43	1,9	153	8,3	24	1,2	15	0,8	36	1,7
Não realizado	1.268	55,7	731	39,6	390	19,5	226	11,9	32	1,5

VARIÁVEIS	2019 2.276		2020 1.848		2021 1.996		2022 1.902		2023 2.148	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cultura de Escarro										
Positivo	119	5,2	180	0,1	185	9,3	290	15,2	473	22,0
Negativo	39	1,7	52	4,2	58	2,9	94	4,9	112	5,2
Em andamento	16	0,7	131	29	208	10,4	91	4,8	536	25,0
Não realizado	2.102	92,4	1.485	80,4	1.545	77,4	1.427	75,0	1.027	47,8
Doenças e agravos associados - AIDS										
Sim	36	1,6	82	4,4	69	3,5	85	4,5	93	4,3
Não	653	28,7	706	38,2	1.325	66,4	1.463	76,9	2.043	5,1
Ignorado	1.587	69,7	1.060	57,4	602	30,2	354	18,6	12	0,6
Doenças e agravos associados - Alcoolismo										
Sim	209	9,2	60	3,2	61	3,1	121	6,4	181	8,4
Não	383	16,8	265	14,3	359	18,0	682	35,9	1.770	82,4
Ignorado	1.684	74,0	1.523	82,4	1.576	79,0	1.099	57,8	197	9,2
Doenças e agravos associados - Diabetes										
Sim	16	0,7	14	0,8	15	0,8	17	0,9	34	1,6
Não	577	25,4	399	21,6	706	35,4	919	48,3	1.976	92,0
Ignorado	1.683	73,9	1.435	77,7	1.275	63,9	966	50,8	138	6,4
Doenças e agravos associados - Doença Mental										
Sim	12	0,5	9	0,5	8	0,4	20	1,1	48	2,2
Não	557	25,4	363	19,6	679	34,0	775	40,7	1.895	88,2
Ignorado	1.707	75,0	1.476	79,9	1.309	65,6	1.107	58,2	205	9,5
Doenças e agravos associados - Tabagismo										
Sim	361	15,9	151	8,2	104	5,2	255	13,4	711	33,1
Não	278	12,2	200	10,8	295	14,8	519	27,3	1.176	54,7
Ignorado	1.637	71,9	1.497	81,0	1.597	80,0	1.128	59,3	261	12,2
Teste molecular rápido para tuberculose (TRM-TB)										
Detectável sensível a Rifampicina	470	20,7	464	25,1	367	18,4	397	20,9	1.294	60,2
Detectável resistente a Rifampicina	14	0,6	8	0,4	14	0,7	519	27,3	1.176	54,7
Não detectável	141	6,2	78	4,2	84	4,2	58	3,9	60	2,8
Inconclusivo	4	0,2	19	1,0	50	2,5	73	3,8	52	2,4
Não realizado	1.564	68,7	1.244	67,3	1.469	73,6	1.339	70,4	725	33,8
Ignorado/ sem preenchimento	83	3,6	35	1,9	12	0,6	18	0,9	3	0,1
Confirmação laboratorial										
Com confirmação laboratorial	694	29,9	702	37,5	683	33,7	1.030	53,3	1.813	81,4
Ignorado	1.582	68,3	1.146	61,3	1313	64,8	872	45,1	335	15,0
Situação de encerramento										
Cura	1118	48,3	759	40,6	835	41,2	990	51,3	453	20,4*
Interrupção	681	29,4	406	21,7	251	12,4	285	14,8	120	5,4*
Óbito por tuberculose	10	0,4	16	0,9	17	0,8	14	0,7	6	0,3*
Óbito por outras causas	9	0,4	23	1,2	14	0,7	23	1,2	11	0,5*
Transferências	45	1,9	80	4,3	387	19,1	347	18,0	291	13,1*
Mudança de diagnóstico	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0*
TB-DR	10	0,4	8	0,4	2	0,1	7	0,4	26	1,2*
Mudança de esquema	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0*
Falência	1	0,0	2	0,1	1	0,0	0	0,0	0	0,0*
Interrupção primária	6	0,3	1	0,1	3	0,1	25	1,3	8	0,4*
Ignorado /sem preenchimento	396	17,1	552	29,6	486	24,0	211	10,9	1.232	55,4*

Fonte: https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/webtabx.exe?sinan/tf_tuberculose.def, extração em 02 de fevereiro de 2024.

*O ano de 2023 não foi avaliado na variável "Situação de encerramento" devido ao tempo de fechamento dos casos na base de dados.

Quanto à forma clínica da tuberculose, a forma pulmonar foi preponderante em todos os anos, com uma variação mínima entre 98,3% e 98,5%. Houve uma pequena flutuação nas formas extrapulmonar e pulmonar+extrapulmonar ao longo do período estudado (Tabela 2).

No que concerne à baciloscopia de escarro, observou-se um aumento expressivo na proporção de casos com resultado positivo, passando de 13,1% em 2019 para 54,1% em 2023, enquanto houve uma diminuição na categoria "Não realizada" de 45,7% em 2019 para 28,3% em 2023 (Tabela 2).

Em relação ao status de HIV dos pacientes, houve uma diminuição nas proporções de casos com sorologia negativa, de 47,6% em 2022 para 92,5% em 2023, com uma diminuição correspondente na categoria “Não realizado”. A categoria “Em andamento” apresentou flutuações durante o período (Tabela 2). Analisando a cultura de escarro, verificou-se um aumento na realização de culturas 0,7% em 2019 para 52% em 2022.

A redução na proporção de casos com resultado negativo, de 1,7% em 2019 para 5,2% em 2023, enquanto houve um aumento notável na categoria “Em andamento”, passando de 0,7% em 2019 para 25,0% em 2023 (Tabela 2), embora, como a base de dados foi extraída em fevereiro de 2024, algumas culturas podem estar realmente em andamento e não necessariamente, por falta de qualidade do dado.

Em relação aos agravos associados, houve flutuações nas proporções de casos com alcoolismo, diabetes, doença mental e tabagismo ao longo dos anos. Destaca-se uma melhoria notável na categoria “Ignorado/sem preenchimento” em 2023, que passou de 74,0% em 2019 para 9,2% em 2023, influenciando os resultados das outras categorias analisadas (Tabela 2).

Ao considerar os dados de confirmação laboratorial, observa-se um aumento significativo na proporção de casos com confirmação laboratorial, passando de 29,9% em 2019 para 81,4% em 2023. Esta é uma tendência positiva que indica uma maior confiabilidade nos diagnósticos e uma abordagem mais assertiva no tratamento da tuberculose. Por outro lado, a categoria “Ignorado” apresenta uma diminuição notável, de 68,3% em 2019 para 15,0% em 2023, refletindo uma melhoria no registro e na documentação dos dados (Tabela 2).

Por fim, no que diz respeito à situação de encerramento dos casos, ao longo dos anos analisados, a proporção de casos de tuberculose resultando em cura mostrou flutuações notáveis. Inicialmente, em 2019, 48,3% dos casos resultaram em cura, seguido de uma queda em 2020 para 40,6%. No entanto, em 2021, houve um aumento para 41,2%, culminando em uma tendência ascendente significativa em 2022, alcançando 51,3%. Por outro lado, a proporção de casos interrompidos diminuiu progressivamente, passando de 29,4% em 2019 para 14,8% em 2022. A proporção de casos que resultaram em transferências apresentou um padrão interessante, com um aumento significativo ao longo dos anos. Em 2019, apenas 1,9% dos casos foram transferidos, enquanto em 2020, esse número mais que dobrou para 4,3%. Em 2021, houve um aumento dramático para 19,1%, antes de diminuir ligeiramente para 18,0% em 2022. Por fim, a proporção de casos com informações ignoradas ou não preenchidas mostrou uma tendência de queda ao longo dos anos, de 17,1 em 2019 para 10,9 em 2022 (Tabela 2).

Ao considerar os dados de confirmação laboratorial, observa-se um aumento significativo na proporção de casos com confirmação laboratorial, passando de 29,9% em 2019 para 81,4% em 2023. Esta é uma tendência positiva que indica uma maior confiabilidade nos diagnósticos e uma abordagem mais assertiva no tratamento da tuberculose. Por outro lado, a categoria “Ignorado” apresenta uma diminuição notável, de 68,3% em 2019 para 15,0% em 2023, refletindo uma melhoria no registro e na documentação dos dados (Tabela 2).

Por fim, no que diz respeito à situação de encerramento dos casos, ao longo dos anos analisados, a proporção de casos de tuberculose resultando em cura mostrou flutuações notáveis. Inicialmente, em 2019, 48,3% dos casos resultaram em cura, seguido de uma queda em 2020 para 40,6%. No entanto, em 2021, houve um aumento para 41,2%, culminando em uma tendência ascendente significativa em 2022, alcançando 51,3%. Por outro lado, a proporção de casos interrompidos diminuiu progressivamente, passando de 29,4% em 2019 para 14,8% em 2022. A proporção de casos que resultaram em transferências apresentou um padrão interessante, com um aumento significativo ao longo dos anos. Em 2019, apenas 1,9% dos casos foram transferidos, enquanto em 2020, esse número mais que dobrou para 4,3%. Em 2021, houve um aumento dramático para 19,1%, antes de diminuir ligeiramente para 18,0% em 2022. Por fim, a proporção de casos com informações ignoradas ou não preenchidas mostrou uma tendência de queda ao longo dos anos, de 17,1 em 2019 para 10,9 em 2022 (Tabela 2).

DISCUSSÃO

A incidência de TB no estado do Rio de Janeiro é aproximadamente duas vezes superior à do Brasil (6,69/100.000). Dentro dessa alta taxa de incidência do estado, o grupo populacional da pesquisa ainda superou a média geral do estado, ficando acima dos 1000/100.000 habitantes, na maior parte dos anos avaliados (Brasil, 2023; Sánchez; *et al*, 2023). Dentre os fatores que colaboram para a alta incidência e prevalência da TB nestes espaços de reclusão, insere-se a superlotação com muitos contatos próximos, já que no estado do Rio de Janeiro a PPL é, no mínimo, duas vezes maior que a capacidade das UP's (CNJ, 2024; SISDEPEN, 2023). Diante de tal cenário, é de suma importância o monitoramento contínuo dos casos sintomáticos, a avaliação clínica para um diagnóstico eficaz e de qualidade com o uso dos exames laboratoriais e de imagem em todos os casos, e a contínua vigilância dos casos em tratamento pela equipe de saúde responsável pela notificação dos casos.

O presente estudo abarca um importante evento da história mundial, a saber, a emergência de saúde pública Covid-19, a qual trouxe um significativo impacto negativo no andamento das ações de TB. Houve redução de quase 20% do número de notificações dos casos de TB no sistema prisional nos anos de 2020 e 2021. Ocorreram neste período de pandemia, medidas com foco na prevenção desse agravo nas prisões do ERJ, como aumento na concessão de cumprimento de pena em regime semiaberto e aberto, redução na admissão de novos presos nas audiências de custódia, resultando redução do efetivo carcerário em 18%, que passou de 52.013 em março/2020 para 42.770 em dezembro/2021, além de suspender as visitas de familiares e amigos. Ainda ocorreu a concessão de afastamento dos profissionais de saúde idosos e portadores de comorbidades. Há uma forte discussão se tais medidas foram efetivas na redução dos agravos e mortes, visto que a PPL faz parte de um grupo de populações negligenciadas, portanto, os testes para diagnóstico da COVID-19, chegaram muito tardiamente e se concentraram no PSG HAVC, que se destina a atendimentos de emergência dos PPL, portanto a testagem ocorria somente em casos graves. As ações para TB foram deixadas para segundo plano, logo, acredita-se que houve relevante subnotificação dos casos de TB nos anos de 2020, 2021 e 2022, consequentemente (Sánchez *et al.*, 2023). Em 2023, é possível observar o aumento no número de casos, podendo corresponder à atuação das equipes de atenção primária prisional (e-APP), que foram contratadas no final de 2022.

Foi também neste período que o projeto de Fortalecimento das Ações de Enfrentamento da Tuberculose no ERJ, da Gerência de Tuberculose Estadual, iniciou suas atividades. Os investimentos foram direcionados para aumento da oferta de diagnóstico de TB com uso do Teste Rápido Molecular (TRM-TB), melhorar o acesso ao exame de RX de tórax para a PPL e promoção de rastreio com uso de RX em massa anual, além de apoio técnico para as e-APP através de profissionais descentralizados, através do termo de cooperação técnica n°. 129 (SES-RJ; OMS; OPAS, 2022).

Entretanto, os resultados deste estudo mostraram desafios em relação ao preenchimento e alimentação da notificação compulsória dos casos de tuberculose na população privada de liberdade do estado do Rio de Janeiro. O número alarmante de casos de tuberculose sem confirmação laboratorial, associado a um baixo número de culturas realizadas e a alta incompletude nos exames de HIV, são preocupantes. As baixas taxas de cura, altas taxas de interrupção e de transferências no período do estudo também refletem uma situação preocupante no sistema prisional, contribuindo para o incremento do número de casos, indo em desacordo com as recomendações acerca o manejo clínico e vigilância dos casos de tuberculose dos órgãos nacionais e internacionais de saúde, que preconizam detectar 70% e curar pelo menos 85% dos casos; que a taxa de abandono do tratamento seja inferior a 5%; testar todos os casos diagnosticados com TB, preferencialmente, pelo Teste Rápido Diagnóstico, por ser a doença infecciosa mais frequente nas pessoas que vivem com HIV e tem grande impacto na qualidade de vida e na mortalidade dessa população, já que a coinfeção TB-HIV é a principal causa de morte em pacientes com AIDS e realização de exame de cultura bacteriológica de forma universal (Brasil, 2019).

Por outro lado, foi possível observar uma melhora substancial da qualidade dos dados entre o ano de 2023 comparado com os anos de 2019 a 2022, a melhoria nos dados de preenchimento da ficha de notificação de tuberculose na população privada de liberdade reflete um avanço significativo no sistema de saúde dentro das unidades prisionais.

Essa melhoria pode ser correlacionada com a descentralização e o início do trabalho das equipes de atenção primária prisional, pois apesar de ter aderido à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) em 2014, ano em que foi instituída, o ERJ, até a criação da Superintendência Estadual de Atenção Psicossocial e Populações em Situação de Vulnerabilidade (SUPAPPSV/SES-RJ) em 2019, somente dois dos nove municípios com unidades prisionais haviam implantado e-APP. Tendo a maioria das unidades prisionais do estado uma assistência à saúde de forma centralizada no equipamento de saúde de nível secundário (Sanatório Penal) e na referência de urgência e emergência (Hospital Dr. Hamilton Agostinho), ordenando toda a linha de cuidado da tuberculose nessa população no estado (SES-RJ; OMS; OPAS, 2022).

Naquele momento, essa foi uma das prioridades elencadas para a saúde no ERJ. A partir do diagnóstico inicial realizado pela Coordenação de Saúde dos Privados de Liberdade da SUPAPPSV, foi identificada a necessidade de qualificação das gestões municipais, partindo do reposicionamento do papel da SES-RJ como coordenadora e indutora desse processo. Nessa indução, foi formulado o Programa Estadual de Cofinanciamento da PNAISP (COFI-PNAISP) por meio da Resolução SES nº. 1.921 de 25 de outubro de 2019. Assim, de 2019 a 2022, o número de e-APP passou de três para 39, distribuídas por todos os nove municípios com Unidade Prisional em seu território, atingindo 100% de cobertura. A adesão total pelo município do Rio de Janeiro também pode ter um impacto positivo no cuidado em TB nesse público, tendo em vista que concentra o maior número de unidades prisionais e, por conseguinte, de população privada de liberdade (SES-RJ; OMS; OPAS, 2022).

No presente estudo, conforme realizada a descrição do panorama epidemiológico da tuberculose na população privada de liberdade no ERJ, já é possível visualizar uma melhora significativa na qualidade dos dados e no preenchimento adequado das informações nas notificações compulsórias. A identificação de áreas de deficiência, como a baixa realização de exames laboratoriais para diagnóstico e a alta taxa de transferências sem encerramento adequado do tratamento, direciona a atenção para a necessidade contínua de intervenções específicas e eficazes no sistema prisional. Portanto, a implementação de estratégias voltadas para o fortalecimento da vigilância, o aumento da adesão ao tratamento e a melhoria das condições de saúde nesse contexto são fundamentais para enfrentar os desafios persistentes e promover um controle efetivo da tuberculose entre a população privada de liberdade no Estado do Rio de Janeiro. Nesse sentido, destaca-se o papel crucial da atenção primária prisional, cujo fortalecimento tem sido associado à melhoria substancial da qualidade da assistência e ao preenchimento adequado das fichas no ano de 2023.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados do trabalho tiveram como ponto forte demonstrar o panorama epidemiológico da tuberculose na população privada de liberdade no estado do Rio de Janeiro nos anos de 2019 a 2023.

Em particular, a predominância de casos novos, a redução das categorias de reingresso após abandono e de “Não sabe”, e o aumento nos casos de recidiva evidenciam a necessidade de abordagens específicas para cada tipo de entrada, visando à prevenção e o controle eficazes da doença.

A predominância da forma pulmonar da tuberculose ao longo dos anos aponta para a importância da detecção precoce e do tratamento adequado, principalmente considerando o aumento nas proporções de casos com baciloscopia de escarro positiva. No entanto, é relevante notar as flutuações significativas na realização desse exame, indicando a necessidade de aprimoramento nos protocolos de diagnóstico.

Os resultados também destacam a importância da avaliação do status de HIV nos pacientes com tuberculose, especialmente considerando as flutuações nas proporções de casos com sorologia negativa e as categorias “Em andamento” e “Não realizado”. Essas variações sugerem a necessidade de estratégias aprimoradas de rastreamento e tratamento do HIV nessa população, visando uma abordagem integrada para o controle das duas doenças.

Além disso, a melhoria na proporção de casos com dados preenchidos corretamente, evidenciada pela

redução na categoria “Ignorado/sem preenchimento”, é crucial para garantir a qualidade dos dados e embasar políticas de saúde mais eficazes. Essa melhoria contribui para uma compreensão mais precisa do perfil epidemiológico da tuberculose na população em estudo e permite a identificação de lacunas e áreas de intervenção prioritárias.

Em conjunto, os resultados apresentados neste estudo fornecem insights valiosos para o desenvolvimento de estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento da tuberculose na população em questão. No entanto, é essencial reconhecer as limitações do estudo, como possíveis vieses de notificação e a falta de dados sobre determinantes sociais e ambientais da doença. Outrossim, haja vista a complexidade da temática da TB na PPL, cabe ressaltar que a pesquisa, ao utilizar uma base de dados secundários, torna-se uma alternativa apropriada, principalmente quando se propõe a identificar as limitações dos sistemas de informações e incentivar sua melhoria. Vale considerar que, quando bem trabalhada, a utilização dessa fonte de dados apresenta vantagens importantes, como ampla cobertura populacional, baixo custo e menor tempo para execução da pesquisa.

Em resumo, os dados fornecidos oferecem uma visão abrangente da dinâmica da tuberculose na população privada de liberdade no estado do Rio de Janeiro ao longo de cinco anos, revelando tanto melhorias alcançadas quanto desafios persistentes no controle da doença. Essas informações são cruciais para direcionar políticas de saúde pública e estratégias de intervenção que visam a redução da incidência e do impacto da tuberculose no país. Destaca-se a importância do fortalecimento da atenção primária prisional, cujo papel fundamental na melhoria da qualidade da assistência e na coleta de dados precisos foi evidenciado, especialmente no ano de 2023, reforçando a necessidade de investimento contínuo nessa área para enfrentar os desafios que persistem.

CONTRIBUÇÕES DOS AUTORES

Todos os autores participaram da concepção das questões de pesquisa deste estudo. FLFS foi responsável pela coleta de dados e pela elaboração das tabelas e gráficos. FLFS e PMON realizaram a análise dos dados do Sinan, interpretaram os resultados e lideraram a redação do artigo. Todos os autores contribuíram igualmente para as versões preliminares do texto e aprovaram a versão final para publicação.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os profissionais de saúde envolvidos no diagnóstico e controle da tuberculose no sistema prisional, cujo trabalho incansável inspira esta pesquisa. Também expressamos nossa gratidão às instituições que apoiaram este estudo e aos colegas pesquisadores que contribuíram com insights e sugestões ao longo do desenvolvimento do manuscrito.

REFERÊNCIAS

BATISTA, M. A.; ARAUJO, J. L.; NASCIMENTO, E. G. C. Assistência à saúde das pessoas privadas de liberdade provisória: análise da efetividade do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário. Arq. Ciênc. Saúde UNIPAR, Umuarama, v. 23, n. 2, p. 71-80, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25110/arqsauade.v23i2.2019.6125>.

BRASIL. Ministério da Saúde. População em Situação de Vulnerabilidade, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/situacao-de-vulnerabilidade#:~:text=Pessoas%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua%20apresentam%20um%20risco%20de%20adoecer,aumento%20do%20risco%20de%20adoecimento>>. Acesso em: 25 de set. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. Guia de vigilância em saúde: volume 2 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Estratégicas de Epidemiologia e Vigilância em Saúde e Ambiente. – 6. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigilancia/guia-de-vigilancia-em-saude-volume-2-6a-edicao>>. Acesso em: 05 de ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose. Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: Estratégias para 2021-2025. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/829/plano_eliminaao_tb_14out21_isbn_web1.pdf>. Acesso em: 05 de ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis - Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/manual-de-recomendacoes-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 05 de ago. 2024.

CNJ - CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Dados das inspeções nos Estabelecimentos Penais. Relatório Mensal do Cadastro Nacional de Inspeções nos Estabelecimentos Penais (CNIEP). Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/inspecao_penal/mapa.php>. Acesso em: 20 de ago. 2024. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rj.html>>. Acesso em: 04 de out. 2024.

SÁNCHEZ, A; et al. Impacto da pandemia de Covid-19 na mortalidade em prisões. Ciências & Saúde Coletiva, v. 28, n. 12, p. 3725-3736, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320232812.05382023>.

SES-RJ - Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, 2021-2025, 25 p., 2021. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2431-plano-de-trabalho-2021-alerj-sei/file.html>>. Acesso em: 25 de mar. 2024.

SES-RJ - Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro; OMS - Organização Mundial da Saúde; OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Representação no Ministério da Saúde. Termo de Cooperação nº 129 - Fortalecimento das ações de controle e eliminação da Tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/documentos/termo-cooperacao-no-129-fortalecimento-das-acoes-controle-e-eliminacao-da-tuberculose-no>>. Acesso em: 25 de mar. 2024.

SINAN - Sistema de Informação de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. TabNet Tuberculose: Dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em: <https://sistemas.saude.rj.gov.br/tabnetbd/dhx.exe?sinan/tf_tuberculose.def>. Acesso em: 20 de ago. 2024.

SISDEPEN. Sistema Nacional de Informações Penais. Brasil, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios>>. Acesso em: 03 de out. 2024.

Recebido em: 08/05/2024
Aprovado em: 26/08/2024



INTERRUPÇÃO DE TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, DE 2016 A 2022



Regina Célia Brazolino Zuim¹  Jacqueline Ramos de Almeida¹ 

Aline Ribeiro de Almeida² 

RESUMO

O objetivo do trabalho foi de descrever a magnitude da associação entre tuberculose e uso de Substâncias Psicoativas (SPA) e interrupção do tratamento de tuberculose em usuários de SPA, estabelecendo as relações entre eles e os demais casos de tuberculose notificados no estado do Rio de Janeiro, no período de 2016 a 2022. Estudo de coorte retrospectivo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Tuberculose. Foram encontradas 25.705 (23,8%) notificações de tuberculose em usuários de SPA. O uso de álcool e drogas ilícitas teve associação com desfechos desfavoráveis nos casos novos (drogas ilícitas isoladamente, *Odds Ratio* ajustada (aOR)=2,31, intervalo de confiança (IC) 95%=2,12-2,52), ou em conjunto com álcool (aOR=2,42, IC95%= 2,20-2,67) e nos retratamentos (drogas ilícitas isoladamente aOR=2,10, IC95%=1,83-2,39), ou em conjunto com álcool aOR=1,99 (IC95%=1,73-2,30). O uso isolado de álcool contribuiu para desfechos desfavoráveis em uma proporção menor de casos, tanto nos casos novos (aOR de 1,29, IC95%=1,17-1,43) como nos retratamentos (aOR=1,24, IC95%=1,05-1,47). O uso de SPA está associado a maiores chances de interrupção do tratamento da tuberculose. Entretanto, vulnerabilidades comuns aos doentes de tuberculose, usuários e não usuários de SPA, indica que outros estudos são necessários para esclarecer as associações.

Palavras-chave: Tuberculose; Drogas Ilícitas; Alcoolismo; Notificação de Doenças.

¹ Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

² Petrobras, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:

Regina Zuim
e-mail: zuim.regina@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em outros países, a crise sanitária e social agravada pela pandemia de Covid-19 foi uma barreira de acesso ao cuidado da tuberculose (TB). Como consequência, espera-se um aumento no número de casos e óbitos relacionados à doença nos próximos anos (Brasil, 2023a). Mundialmente, em 2022, o número de casos novos de TB chegou a 7,5 milhões, o maior número desde o início do monitoramento global pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1995. Nesse mesmo ano, a doença foi a segunda principal causa de morte por um único agente infeccioso, ficando atrás apenas da COVID-19, e causou quase o dobro de mortes em comparação ao HIV/AIDS (WHO, 2023).

Entre 2020 e 2022, houve um aumento de 3,9% na taxa de incidência da TB, revertendo às reduções observadas nas duas últimas décadas. Essa reversão compromete as metas da Estratégia Global pelo Fim da TB, que prevê uma queda anual de 4 a 5% até 2025, e uma média de 17% ao ano entre 2025 e 2035 (WHO, 2022). Na segunda reunião de alto nível das Organizações das Nações Unidas sobre a luta contra a TB, em setembro de 2023, foram estabelecidas novas metas para melhorar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da TB até 2027 (United Nations, 2023). No Brasil, o Ministério da Saúde anunciou, em 2023, que pretende alcançar as metas do Plano Brasil Livre da TB em 2030, cinco anos antes do previsto (Brasil, 2021; Brasil, 2024).

A TB, assim como o uso de substâncias psicoativas (SPA), acompanha a história da humanidade desde a antiguidade. As circunstâncias e motivações para o uso dessas substâncias mudaram ao longo do



tempo, moldadas por diferentes contextos sociais e culturais. Como tem sido constatada a oferta, a demanda, a diversificação e as formas de obtenção destas substâncias também variaram no percurso do tempo e nos diferentes grupos populacionais, levando a circunstâncias distintas de vulnerabilidade individual, social e comunitária e impondo novos desafios para os cuidados com a saúde (Bastos, 2017).

O uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas tem se tornado um problema de saúde pública mundial, gerando complicações significativas para os indivíduos e a sociedade. Em 2022, mais de 292 milhões de pessoas consumiram algum tipo de SPA, um aumento de 20% em dez anos, tendo como consequência o aumento nos transtornos associados ao uso (UNODC, 2024).

Estudos têm estabelecido associações do uso de SPA com os resultados desfavoráveis dos tratamentos de tuberculose, sendo a interrupção do tratamento um deles (Silva *et al.*, 2018; Poersch; Dias-da-Costa, 2021). Em 2022, no estado do Rio de Janeiro, a taxa de interrupção do tratamento foi de 16,1%, maior que a taxa nacional (13,6%) e três vezes maior que a meta de 5% preconizada pela OMS (Rio de Janeiro, 2024). Trata-se, portanto, de um tema de relevância, pois além de manter o paciente em sofrimento e transmitindo a doença, também está associado a desfechos graves, como morte, resistência medicamentosa e novos casos de TB, aumentando os custos e a duração do tratamento (Brasil, 2019a).

De acordo com a OMS, o uso nocivo de álcool é responsável por mais de 200 tipos de problemas de saúde, comprometendo a qualidade de vida dos usuários e causando mundialmente mais de três milhões de mortes por ano (Andrade, 2023). No Brasil, é a substância consumida alguma vez na vida por mais da metade da população brasileira de 12 a 65 anos e os óbitos relacionados ao seu consumo representam 6,9%, valor superior à média global de 5,3% e à média da região das Américas, que é de 5,5% (Bastos *et al.*, 2017; Andrade, 2023).

Em relação às demais substâncias, a *Cannabis*, conhecida vulgarmente como maconha, continua sendo a mais utilizada globalmente, seguida dos opioides, anfetaminas, cocaína e ecstasy (UNODC, 2023). No Brasil, a maconha é a mais consumida, seguida pela cocaína em pó (Bastos *et al.*, 2017). Além das complicações já citadas, as atividades ilícitas associadas à produção e distribuição de drogas contribuem para a degradação ambiental, promovendo o desmatamento, o descarte indevido de resíduos tóxicos e a contaminação química (UNODC, 2023).

O aumento do número de consumidores de SPA supõe uma maior demanda por serviços de saúde que atendam às suas necessidades e se observe desigualdade no acesso aos cuidados de transtornos associados ao uso de substâncias (UNODC, 2024). De acordo com o Ministério da Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), em 2021, registrou 400,3 mil atendimentos a pessoas com transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a maioria deles ofertados as pessoas do sexo masculino com idades entre 25 a 29 anos (Brasil, 2023b).

Tuberculose e uso de SPA são, desta forma, dois desafios globais para a saúde pública. Embora atuem de forma independente, um pode amplificar os impactos indesejáveis do outro. A determinação social, expressa na pobreza, baixa escolaridade, alta densidade demográfica e normas culturais, é comum tanto à tuberculose quanto ao uso prejudicial das SPA. Esse fenômeno, denominado sindemia — termo cunhado pelo antropólogo Merrill Singer para descrever a interação sinérgica entre doenças e fatores sociais, ambientais ou econômicos —, representa um desafio adicional para os sistemas de saúde, indicando que uma abordagem sistêmica pode melhorar os desfechos e práticas em saúde (Mendenhall, 2017). Tais constatações tornam evidente a importância do monitoramento sistemático de variáveis de interesse relacionadas aos dois agravos e a inclusão do uso de SPA e outras vulnerabilidades como parte do manejo dos casos de tuberculose.

Este estudo tem por objetivo descrever a associação entre variáveis sociodemográficas e a interrupção do tratamento de TB em usuários e não usuários de SPA, no estado do Rio de Janeiro, no período de 2016 a 2022.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de *coorte retrospectivo* para conhecer a frequência do uso de (SPA) em doentes de tuberculose e a associação do uso destas substâncias com os resultados de tratamento de tuberculose, no estado do Rio de Janeiro. Foram elegíveis todas as notificações de tuberculose pulmonar registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre 2016 e 2022.

Na etapa de pré-processamento dos dados, foram excluídos os casos não encerrados (5614 – 5,1%), os encerramentos por transferência (2869 – 2,6%); entradas por transferência (4997 – 6,6%), notificações sem informação/ignorado sobre o uso de SPA (18019 – 16,5%), faixa etária de 0 a 9 anos (1876 – 1,7%), ou seja, as crianças segundo definição da OMS e do Ministério da Saúde (Brasil, 2017). No total, 39459 (36,2%) dos registros foram sinalizados para remoção do escopo do estudo. Vale notar que o total final de exclusões é menor do que o somatório dos percentuais apresentados em cada categoria, uma vez que um mesmo registro pode estar enquadrado em mais de uma categoria.

Para aumentar a qualidade da aplicação dos critérios, antes da etapa de sinalização para exclusão foram corrigidas divergências entre o que foi assinalado nos campos específicos álcool e drogas ilícitas e o que estava descrito no campo outros agravos (0,06%); as idades foram validadas realizando-se cálculo a partir da data de nascimento. A existência de duplicidades foi minimizada pela retirada das entradas e resultados de tratamentos por transferência. Assumimos que as duplicidades restantes estarão aleatoriamente distribuídas entre as categorias analisadas e que, portanto, não irão impactar neste tipo de estudo estatístico. Note-se que se está falando sobre as duplicidades que possam ter restado após todo o processo de retirada das transferências, realizado na Gerência de Tuberculose da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, ou seja, dados remanescentes. Neste sentido, se utilizou o pressuposto de variância constante (homoscedasticidade), que indica que a variância dos resíduos deve permanecer constante ao longo de toda a variável y .

A variável dependente foi o desfecho do tratamento por cura e por interrupção do tratamento (abandono).

No Brasil, considera-se cura como o término dos seis meses de tratamento quando há duas baciloscopias negativas ou, na ausência de comprovação bacteriológica, por critérios clínicos e epidemiológicos. Considera-se interrupção/abandono quando o doente não inicia o tratamento ou o interrompe por 30 dias consecutivos.

As análises foram estratificadas por tipo de entrada do caso. No SINAN, o caso novo é aquele que nunca fez uso da medicação antituberculosa ou o fez por menos de 30 dias. A recidiva é o caso de tuberculose ativa que foi tratado anteriormente e recebeu alta por cura comprovada ou por completar o tratamento. O reingresso após abandono acontece quando o caso de tuberculose ativa foi tratado anteriormente, por mais de 30 dias, mas que deixou de tomar o medicamento por 30 dias consecutivos ou mais (Brasil, 2019a). Comumente, tanto a recidiva após cura quanto o reingresso após abandono são considerados como retratamentos, padrão mantido para este estudo. O termo interrupção do tratamento será utilizado em substituição ao abandono.

Os desfechos foram comparados entre usuários de SPA, variável independente de interesse, e não usuários. As variáveis de ajuste individuais incluídas nas análises foram: sexo (masculino, feminino), raça-cor da pele (branca e não branca), faixa etária (<36 e > 36 anos), ser ou não população em situação de rua, *status* HIV e município de notificação diferente da residência. A categorização binária da idade em 36 anos foi estabelecida pelo cálculo da mediana.

Foram realizadas análises descritiva e bivariada para identificar os fatores associados ao sucesso ou insucesso do tratamento da tuberculose pulmonar. Na análise bivariada, foram consideradas variáveis cuja associação com resultados de tratamento se encontram amplamente descritas na literatura e conhecimento prévio de especialistas. Foram calculadas as *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). As variáveis que apresentaram associação com o desfecho na análise bivariada entraram em uma análise multivariada, com modelo de regressão logística para cálculo da OR ajustada (aOR). O uso isolado de álcool foi mantido na análise multivariada, apesar de não ter

sido associado à interrupção do tratamento na análise bivariada pela ampla evidência da associação, encontrada na literatura.

Os dados foram analisados utilizando a linguagem de programação *Python*, incluindo as bibliotecas *SciPy* e *statsmodels* (Jones *et al.*, 2001).

O estudo respeitou os preceitos éticos para condução de pesquisa com seres humanos. Foram utilizados, exclusivamente, dados secundários oriundos de levantamento realizado pela Gerência de Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde, com a finalidade específica de promover melhorias no atendimento aos doentes com tuberculose, respeitando o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e, portanto, não houve a necessidade da aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Entre 2016 e 2022, foram notificados 108.129 casos de tuberculose no estado do Rio de Janeiro com informação qualificada sobre o uso de SPA. Desses, 25.705 (23,8%) eram usuários de SPA, com maior proporção de retratamentos do que o observado para os não usuários (Tabela 1). Em 2022, observou-se um aumento no percentual de usuários de SPA entre os casos totais (Tabela 2).

Tabela 1. Distribuição das notificações (Nº) e suas porcentagens (%), por tipo de entrada em indivíduos informados como usuários e não usuários de SPA, Rio de Janeiro, 2016 a 2022. SPA: Substância Psicoativa

	Casos Novos		Rastreamentos		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Usuários de SPA	17500	68,1	8205	31,9	25705	23,8
Não-usuários de SPA	68981	83,7	13443	16,3	82424	76,2
Total	86481	80,0	21648	20,0	108129	100,0

Tabela 2. Distribuição de casos (Nº) e suas proporções (%) de notificações em indivíduos informados como usuários de SPA, Rio de Janeiro, 2016 a 2022. SPA: Substância Psicoativa

Ano	Total de Casos	Casos em Usuários de SPA	
		Nº	%
2016	14605	3392	23,2
2017	14802	3537	23,9
2018	15526	3750	24,2
2019	15654	3610	23,1
2020	14365	3343	23,3
2021	15964	3660	22,9
2022	17213	4413	25,6

No modelo final de análise multivariada, ajustado para sexo, cor/raça, idade, tabagismo, situação de rua, coinfeção pelo HIV e residência igual ao município de notificação, o uso de álcool e drogas ilícitas foi significativamente associado à interrupção de tratamento entre os casos novos. O uso de drogas ilícitas isoladamente apresentou uma razão de chance ajustada (aOR) de 2,31 com intervalo de confiança de 95% (IC95%) de 2,12-2,52 e o uso combinado de álcool e drogas ilícitas teve uma aOR de 2,42 (IC95%=2,20-2,67). O uso isolado de álcool contribuiu para desfechos desfavoráveis em uma proporção menor de casos, com aOR de 1,29 (IC95%=1,17-1,43) (Tabela 3).

Tabela 3. Número e proporção de cura e interrupção do tratamento, nos casos novos, forma pulmonar, entre usuários de SPA, ajustado para variáveis sociodemográficas, Estado do Rio de Janeiro, 2016 a 2022. OR: Odds Ratio; aOR: Odds Ratio ajustada; PSR: População em Situação de Rua; PVHA: Pessoa Vivendo com HIV.

	Cura (Nº / %)	Interrupção (Nº / %)	OR	aOR (IC 95%)
Sexo				
Mulheres	15202 (86,8)	2303 (13,2)	1.86(1.77- 1.95)	1.44 (1.35-1.54)
Homens	31656 (78,1)	8903 (21,9)		
Não Informado	10 (90,9)	1 (9,1)		

	Cura (Nº / %)	Interrupção (Nº / %)	OR	aOR (IC 95%)
Faixa Etária (anos)				
< 36	23819 (85,7)	7369 (14,3)		
> 36	23049 (85,4)	3838 (236)	1.86(1.77- 1.95)	1.44 (1.35-1.54)
Não Informado	0	0		
Raça-Cor				
Não Branca	29156 (79,1)	7695 (20,9)		
Branca	13362 (86,4)	2096 (13,6)	1.68(1.60-1.77)	1.51 (1.41-1.61)
Não Informado	4350 (75,4)	1416 (24,6)		
Uso de Álcool Isoladamente				
Não	37682 (81,9)	8301 (18,1)		
Sim	3499 (81,6)	791 (18,4)	1.03(0.95-1.11)	1.29 (1.17-1.43)
Não Informado	5687 (72,9)	2115 (27,1)		
Uso de Drogas Ilícitas Isoladamente				
Não	38174 (83,8)	7370 (16,2)		
Sim	2738 (63,3)	1586 (36,7)	3.00(2.81-3.21)	2.31 (2.12-2.52)
Não Informado	5956 (72,6)	2251(27,4)		
Uso de Álcool e Drogas Ilícitas				
Não	39135 (83,6)	7693 (16,4)		
Sim	1217 (61,8)	1004 (38,2)	3.14(2.92-3.38)	2.42 (2.20-2.67)
Não Informado	5549 (71,9)	2165 (28,1)		
Tabaco				
Não Branca	31645 (85,4)	5417 (14,6)		
Branca	9411 (72,3)	3606 (27,7)	2.24 (2.13-2.35)	1.53 (1.43-1.64)
Não Informado	5812 (72,7)	2184 (27,3)		
PSR				
Não	43257 (82,1)	9478 (17,9)		
Sim	590 (44,3)	742 (55,7)	5.74 (5.14-6.41)	3.34 (2.91-3.83)
Não Informado	3021 (75,3)	987 (24,7)		
PVHA				
Não	37746 (82,9)	7789 (17,1)		
Sim	2776 (74,3)	961 (25,7)	1.68 (1.55-1.81)	1.63 (1.49-1.80)
Não Informado	6346 (72,1)	2457 (27,9)		

Entre os retratamentos, observou-se esta mesma associação, mas com razões de chance menores do que nos casos novos. O uso de drogas ilícitas isoladamente apresentou aOR de 2,10 (IC95%=1,83-2,39), enquanto o uso combinado de álcool e drogas ilícitas teve aOR de 1,99 (IC95%=1,73-2,30). Assim como nos casos novos, o uso isolado de álcool foi menos associado a desfechos desfavoráveis (aOR=1,24, IC95%=1,05-1,47) (Tabela 4).

Tabela 4. Número e proporção de cura e interrupção do tratamento, nos retratamentos, forma pulmonar, entre usuários de SPA, ajustado para variáveis sociodemográficas, Estado do Rio de Janeiro, 2016 a 2022. OR: Odds Ratio; aOR: Odds Ratio ajustada; PSR: População em Situação de Rua; PVHA: Pessoa Vivendo com HIV.

	Cura (Nº / %)	Interrupção (Nº / %)	OR	aOR (IC 95%)
Sexo				
Mulheres	1671 (61,3)	1055 (38,7)		
Homens	5193 (56,3)	4023 (43,7)	1,23 (1,12-1,34)	1,28 (1,15-1,43)
Não Informado	3	1		
Faixa Etária (anos)				
< 36	3218 (66,1)	3209 (33,9)		
> 36	3649 (50,1)	1870 (49,9)	1.95 (1.81-2.10)	2.10 (1.91-2.31)
Não Informado	0	0		
Raça-Cor				
Não Branca	4856 (55,1)	3963 (44,9)		
Branca	1433 (65,4)	758 (34,6)	1.54 (1.40-1.70)	1.40 (1.25-1.58)
Não Informado	578	358		
Uso de Álcool Isoladamente				
Não	5253 (56,1)	4105 (43,9)		
Sim	610 (62,3)	369 (37,7)	0.77 (0.68-0.89)	1.24 (1.05-1.47)
Não Informado	1004	605		
Uso de Drogas Ilícitas Isoladamente				
Não	5062 (60,5)	3310 (39,5)		
Sim	748 (40,9)	1080 (59,1)	2.21 (1.99-2.45)	2.10 (1.83-2.39)
Não Informado	1057	689		

	Cura (Nº / %)	Interrupção (Nº / %)	OR	aOR (IC 95%)
Uso de Álcool e Drogas Ilícitas				
Não	5053 (60,0)	3374 (40,0)	2.01 (1.82-2.23)	1.99(1.73-2.30)
Sim	776 (42,7)	1043 (57,3)		
Não Informado	1038	662		
Tabaco				
Não Branca	3755 (62,3)	2269 (37,7)	1.72 (1.58-1.856)	1.25 (1.12-1.39)
Branca	2060 (49,1)	2135 (50,9)		
Não Informado	1052	675		
PSR				
Não	6056 (58,8)	4066 (40,2)	2.99 (2.62-3.41)	1.94 (1.65-2.27)
Sim	359 (33,3)	720 (66,7)		
Não Informado	452	293		
PVHA				
Não	5235 (58,7)	3685 (41,3)	1.52 (1.35-1.73)	1.53 (1.32-1.77)
Sim	549 (48,2)	589 (51,8)		
Não Informado	1083	805		

Ser do sexo masculino, de raça não branca e ter até 36 anos também esteve associado a maiores chances de interrupção do tratamento. Entre essas variáveis, a idade foi o fator mais fortemente associado ao desfecho desfavorável, principalmente nos casos de retratamento (aOR= 2,10, IC95%=1,91-2,31), com chance comparável à apresentada pelos usuários de drogas ilícitas (Tabelas 3 e 4).

Entre as populações consideradas como de maior vulnerabilidade analisadas neste estudo, as maiores chances de interrupção do tratamento foram maiores nos casos novos, na PSR (aOR= 3,34, IC95%=2,91-3,83) do que nas pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) (aOR= 1,63, IC95%=1,49-1,80).

DISCUSSÃO

A proporção de usuários de SPA encontrada neste estudo foi significativa, considerando-se que a continuidade do tratamento para tuberculose é impactada pelo Transtorno do Uso de Álcool e o uso de Drogas Ilícitas (Asghar *et al.*, 2009; Araújo; Vieira; Lucena Junior, 2017). Nota-se que em 2022 houve um aumento na proporção de usuários de SPA, que poderia estar associada ao aumento no consumo das substâncias no período pandêmico, conforme o relatado no relatório mundial sobre drogas (UNODC, 2024), ou a um aumento do adoecimento por tuberculose neste grupo, o que demanda continuidade no monitoramento desta taxa.

Embora os dados acima já sejam preocupantes, há que considerar que tanto a proporção de usuários quanto a gravidade do problema podem estar subestimadas. No Brasil, não há critérios padronizados para o preenchimento das variáveis “uso de álcool” e “uso de drogas ilícitas” no SINAN, e supõe-se que sejam incluídos apenas aqueles que declaram uso regular, uso abusivo ou que tenham dependência química. Esta tendência já foi observada entre profissionais de saúde (Formigoni; Duarte, 2018).

Além disso, cerca de 20% das pessoas que acessam a rede básica de saúde, incluindo serviços para tuberculose, não revela o uso de SPA nem a intensidade do consumo (Formigoni; Duarte, 2018). De todo modo, a OMS considera que não há limite seguro para o consumo de álcool e que os danos à saúde aumentam proporcionalmente à quantidade consumida (WHO, 2018; Rehm *et al.*, 2020). Este pressuposto está incorporado na Política Nacional sobre Drogas, que recomenda a identificação precoce de indivíduos com potencial risco de uso de SPA, visando intervenções terapêuticas ou preventivas (Brasil, 2019b).

Desta forma, seria importante avaliar rotineiramente essa condição e integrar o seu gerenciamento ao manejo dos casos de tuberculose. No entanto, a ausência de critérios bem estabelecidos para a notificação das variáveis: uso de álcool e uso de drogas ilícitas, dificulta as ações de vigilância em saúde e limita o conhecimento dos padrões de consumo associados aos resultados de tratamento da tuberculose, em nosso meio. Normatizações nacionais seriam importantes para a qualificação dos dados e para o manejo integrado dos casos.

A proporção de retratamentos encontrada neste estudo entre os usuários de SPA (31,9%) é cerca de duas vezes maior que a dos demais doentes, achado que reflete as taxas mais baixas de sucesso de tratamentos encontradas neste grupo e, também, bem documentadas na literatura (Brasil, 2019a). O grupo formado pelos retratamentos apresenta maior chance de desenvolver desfechos desfavoráveis para a doença, tais como óbito, nova interrupção e resistência aos medicamentos, representando uma ameaça adicional ao controle da tuberculose (Silva *et al.*, 2017).

As maiores chances de interrupção do tratamento foram encontradas para pessoas do sexo masculino, não brancas e com menos de 36 anos, tanto nos casos novos como nos retratamentos. Estes achados são compatíveis com outras pesquisas realizadas no Brasil e em outros países. No Brasil, dois em cada três casos de tuberculose ocorrem em homens, principalmente em jovens (Brasil, 2024). Portanto, em idade produtiva e mais propensos ao uso de álcool e drogas, o que está associado à interrupção do tratamento (Chirinos; Meirelles, 2011).

Entretanto, a análise multivariada demonstrou que resultados desfavoráveis de tratamento ocorrem de forma independente, apontando para a presença de outras vulnerabilidades nesses grupos. Explorar essas vulnerabilidades requer, entre outros, uma consideração mais aprofundada das questões de gênero, uma vez que os homens, devido a normas sociais, tendem a negligenciar a própria saúde. Outro recorte a ser aprofundado é o de raça, pois no Brasil, ser pardo ou preto é um marcador de desigualdade social, refletido nos piores indicadores socioeconômicos e de saúde, com a pobreza sendo um fator de risco relevante para a TB (Brasil, 2024).

De uma forma geral, houve diferenças nas situações de encerramento, segundo o tipo de entrada. As análises mostraram que o uso de drogas ilícitas, isoladamente ou em combinação com álcool, aumentou as chances de interrupção do tratamento mais de duas vezes entre os casos novos. A relação entre o uso de drogas e álcool e os resultados de tratamento da tuberculose tem sido amplamente estudada, tanto no Brasil quanto no mundo, concluindo que o uso destas substâncias são fatores de risco significativos para resultados malsucedidos do tratamento, tais como a morte e a interrupção e falência do tratamento (Chirinos; Meirelles, 2011; Silva *et al.*, 2017). Neste estudo, observamos baixo impacto do uso isolado do álcool nos resultados de tratamento, o que difere do encontrado em outros estudos (Andrade, 2023; Ragan, E. *et al.*, 2020), outras investigações serão necessárias para esclarecer tais achados.

Resultados semelhantes ao uso de drogas ilícitas foram observados entre pessoas em situação de rua, com chances ainda mais elevadas de interrupção. Embora os retratamentos tenham as proporções de interrupção do tratamento impactadas pelo uso de SPA, as razões de chances foram menores que nos casos novos. Ou seja, nessas vidas que tratam uma e outra vez a tuberculose, estão implicados fatores que vão além do uso de SPA, de viver em situação de rua, de ser uma PVHA.

Aponta-se, assim, para a possibilidade da existência de outras vulnerabilidades, sejam de ordem individual, social ou programática, comuns aos usuários e não usuários de SPA, como determinantes de insucessos terapêuticos. É importante que as equipes de saúde busquem arranjos tecnológicos e incorporem nas práticas de cuidado as tecnologias leves/relacionais, valorizando o acolhimento, a escuta ativa e o saber dos usuários (Merhy; Feuerwerker, 2016).

O uso e a dependência de SPA têm uma determinação multifatorial, e a subjetividade dos usuários deve ser considerada para compreender suas motivações, limites e potencialidades. É inaceitável tratar o uso de SPA como uma questão moral ou desvio de caráter, pois isso contribui para o aumento da vulnerabilidade e se constitui em uma barreira de acesso aos serviços de saúde (Guerra; Vandenberghe, 2017).

As interações entre este agravamento e a tuberculose são potencializadas por contexto social desfavorável, ou pela interação direta entre os dois agravos e o ambiente social. Desta forma, as forças que unem e determinam ambos demandam abordagem para além de soluções puramente biomédicas, que possuem pouco alcance ante grupos mais vulneráveis. Para o enfrentamento desta sindemia, como ocorre com outras, pressupõe-se a atuação de um sistema de saúde estruturado com foco na integralidade do cuidado e orientado para abordar as causas sociais e estruturais existentes. Igualmente, se pressupõe o

desenvolvimento de políticas sociais e de saúde estruturadas de forma integrada e com o envolvimento da sociedade civil e das diversas áreas de atuação do Estado. Neste sentido, no país tem ocorrido um investimento no enfrentamento da tuberculose, norteador pelo Plano Brasil Livre da TB, a se consolidar nos estados e municípios, que se apoia em pilares que organizam as ações em torno da prevenção e cuidado integrado centrados do usuário-cidadão, com apostas no fortalecimento da participação da sociedade civil e das articulações intra e intersectorial (Brasil, 2021).

CONCLUSÃO

Em 2022, se observou aumento no número de casos novos de TB, dentro de uma projeção realizada pela OMS, resultado da pandemia de Covid-19. Esta realidade ocorre de forma paralela aos esforços mundiais para o fim da TB como problema de saúde pública até 2035. O aumento no uso de SPA também tem sido constatado nos últimos dez anos, tendo como consequência o aumento nos transtornos associados ao seu uso.

Estudos têm estabelecido associações do uso de SPA com os resultados desfavoráveis dos tratamentos de tuberculose, sendo a interrupção do tratamento um deles. Em consonância com a literatura, neste estudo foi evidenciada uma importante associação entre o uso dessas substâncias, principalmente as drogas ilícitas, e a interrupção do tratamento da tuberculose.

Embora o estudo tenha sido estratificado por tipo de entrada e variáveis de ajuste individuais tenham sido utilizadas, ficou evidenciada a necessidade de aprofundamentos para conhecer ou afastar a presença de outras vulnerabilidades, comuns aos usuários e não usuários de SPA. Tais vulnerabilidades não são possíveis de serem identificadas nos sistemas de informação de vigilância em saúde, como o SINAN. Considerando que tuberculose e uso de SPA compõem uma sindemia, avalia-se como importante a integração da abordagem do uso dessas substâncias ao manejo da tuberculose.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

ZRCB, AAR e AJR contribuíram na concepção e delineamento do problema e desenho metodológico do estudo. AAR e AJR contribuíram no levantamento e estruturação dos dados. ZRCB contribuiu na redação da primeira versão do manuscrito. As três autoras realizaram a revisão geral da primeira versão e análise dos dados. Todas as autoras aprovaram a versão final e são responsáveis por todos os aspectos do estudo, incluindo a garantia de sua fidedignidade e integridade.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. G. de (org.). Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2023. 1. ed. - São Paulo-SP: CISA – Centro de Informações sobre Saúde e Álcool, 2023, 112 p. Disponível em: <<https://cisa.org.br/biblioteca/downloads/artigo/item/426-panorama2023>>. Acesso em: ago. 2024.

ARAÚJO, A. S.; VIEIRA, S. S., LUCENA JUNIOR, B. Fatores condicionantes ao abandono do tratamento da tuberculose relacionados ao usuário e à equipe de saúde. Cadernos Saúde em Desenvolvimento, v. 10, n. 6, 2017. Disponível em: <<https://cadernosuninter.com/index.php/saude-e-desenvolvimento/article/view/585>>. Acesso em: ago. 2024.

ASGHAR, R. J. *et al.* Limited utility of name-based tuberculosis contact investigation among persons using illicit drugs: results of an outbreak investigation. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, v. 86, p. 776-780, 2009. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11524-009-9378-z>.

BASTOS, F. I. P. M. *et al.* (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>>. Acesso em: ago. 2024.

BRASIL. Atos do Poder Executivo. Política Nacional sobre Drogas - PNAD. Decreto n.º 9.761, de 11 de abril de 2019. Edição: 70-A | Seção: 1 – Extra | Página: 7. Brasília-DF, 2019b. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-9-761-de-11-de-abril-de-2019-71137316>>. Acesso em: ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública – estratégias para 2021-2025. Brasília-DF, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/brasil-livre-da-tuberculose/view>>. Acesso em: ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica, Brasília-DF, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-do-adolescente/saude-sexual-e-reprodutiva/ferramentas/saude_adolescentes.pdf/view>. Acesso em: ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico Número Especial, Mar. 2023a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar.2023/view>>. Acesso em: ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico Número Especial, Mar. 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/view>>. Acesso em: ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília-DF, 2019a. 2ª ed. 364 p. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>>. Acesso em: ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Atenção Primária. Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12% no SUS. Ministério da Saúde. Publicado em 21/02/2022; atualizado em 18/07/2023. 2023b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/fevereiro/atendimento-a-pessoas-com-transtornos-mentais-por-uso-de-alcool-e-drogas-aumenta-12-4-no-sus>>. Acesso em: ago. 2024.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. Decreto n.º 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável - Unir para Cuidar, e altera o Decreto nº 11.494, de 17 de abril de 2023, para dispor sobre o Comitê Interministerial para a Eliminação da Tuberculose e de Outras Doenças Determinadas Socialmente - CIEDDS. 2024. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/D11908.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.908%2C%20DE%206,Outras%20Doen%C3%A7as%20Determinadas%20Socialmente%20%2D%20CIEDDS>. Acesso em: ago. 2024.

CHIRINOS, N. E. C.; MEIRELLES, B. H. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: uma revisão integrativa. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 599-606, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072011000300023>.

GUERRA, M. R. S. R.; VANDENBERGHE, L. Abordagem do comportamento de uso abusivo de substâncias psicoativas no Brasil: o estado da arte. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 12, n. 3, e1120, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S1809-89082017000300008&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: ago. 2024.

JONES, E. *et al.* SciPy: Open Source Scientific Tools for Python, 2001. Disponível em: <<http://www.scipy.org>>. Acesso em: ago. 2024.

MENDENHALL E. Syndemics: a new path for global health research. The Lancet., v. 389, n. 10072, p. 889-91, 2017. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30602-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30602-5).

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea In: MERHY, E.E. *et al.* (Orgs.) Políticas e Cuidados em Saúde Livro 1 – Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes. 1ª ed. – Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/project/politicas-e-cuidados-em-saude-livro-1-avaliacao-compartilhada-do-cuidado-em-saude-surpreendendo-o-instituido-nas-redes/>>. Acesso em: ago. 2024.

POERSCH, K.; DIAS-DA-COSTA, J. S. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose: estudo de casos e controles. Cad Saúde Colet, v. 29, n. 4, p. 485-495, 2021. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202129040>.

RAGAN, E. *et al.* The impact of alcohol use on tuberculosis treatment outcomes: a systematic review and meta-analysis. The international journal of tuberculosis and lung disease: The Official Journal of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, v. 24, n. 1, p. 73-82, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5588/ijtld.19.0080>.

REHM, J. *et al.* Alcohol use in times of the COVID 19: implications for monitoring and policy. Drug Alcohol Ver., v. 39, p. 301-4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/dar.13074>.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Saúde. Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Tuberculose. Pannel de Tuberculose. Monitora RJ. Disponível em: <<https://lookerstudio.google.com/reporting/1933da0e-a4e4-4213-91a0-8f852d4fc618/page/YpEsD>>. Acesso em: ago. 2024.

SILVA, D. R. *et al.* Fatores de risco para tuberculose: diabetes, tabagismo, álcool e uso de outras drogas. J Bras Pneumol., v. 44, n. 2, p. 145-152, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37562017000000443>.

SILVA, T. C. *et al.* Fatores associados ao retratamento da tuberculose nos municípios prioritários do Maranhão, Brasil. *Ciênc. saúde colet.*, v. 22, n. 12, p. 4095-4103, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.20612015>.

FORMIGONI, M. L. O. S.; DUARTE, P. C. A. V. Módulo 3: Detecção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. 1ª ed., v. 4 – São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP); Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Coleção SUPERA EAD (Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento). 2018. Disponível em: <https://www.supera.org.br/material/>. Acesso em: abr. 2019.

UNITED NATIONS. Political declaration of the high-level meeting on the fight against tuberculosis: resolution adopted by the General Assembly. Seventy-eighth session. Agenda item 125, Global health and foreign policy. 2023. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/4025280?ln=en&v=pdf>. Acesso em: set. 2024.

UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). World Drug Report 2023. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>. Acesso em: abr. 2024.

_____. World Drug Report 2024. Disponível em: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2024.html>. Acesso em: ago. 2024.

WHO (World Health Organization). Global tuberculosis report 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240083851>. Acesso em: jan. de 2024.

_____. Global tuberculosis report 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363752/9789240061729-eng.pdf>. Acesso em: fev. de 2023.

_____. Global status report on alcohol and health, 2018. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en. Acesso em: abr. de 2020.

Recebido em: 15/10/2024
Aprovado em: 27/12/2024





INFECÇÃO LATENTE PELO *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, SITUAÇÃO DE ENCERRAMENTO E RELAÇÃO COM A COINFEÇÃO DO HIV - 2019 A 2022



Gabriela Fonte Pessanha¹  Mayara Daher Pacheco²  Monica da Costa Guedes^{1,3} 
Larissa da Silva Machado¹ 

RESUMO

Este artigo tem por objetivo descrever as características da população com Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) que realiza quimioprevenção no estado do Rio de Janeiro, sobretudo aquelas vivendo com vírus da imunodeficiência humana (PVHA), além de discutir os principais desfechos a partir dos tratamentos disponibilizados. Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, utilizando dados secundários individualizados e não identificados do Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (IL-TB-sitetb) (2019 a 2022). Destaca-se o aumento de 326% no número de tratamentos realizados (12.356), entre estes 53,6% são do sexo feminino, 60,9% somam pretos e pardos e 56,7% entre 20 a 59 anos. Quanto ao diagnóstico, 87,5% realizaram prova tuberculínica e 9,8% não realizaram radiografia de tórax. A principal indicação de tratamento nos contatos de tuberculose pulmonar/laríngea (58,1%), seguida de PVHA (17,1%). A interrupção do tratamento decresceu, o tratamento completo aumentou e o grupo com maior percentual de encerramento por óbitos foram as PVHA (57,1%). Os resultados apresentados evidenciam os altos índices de incidência da TB ativa no estado e apontam para a relevância da priorização da busca de ILTB em populações mais vulneráveis.

Palavras-chave: Infecção latente pelo *M. tuberculosis*, tratamento preventivo, coinfeção TB-HIV, tuberculose, HIV.

¹ Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

² Hospital Universitário Gaffree e Guinle, Rio de Janeiro, Brasil.

³ Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

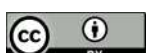
Autor Correspondente:
Gabriela Pessanha
e-mail: gfonte.sesrj@gmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a segunda principal causa de morte no mundo por um único agente infeccioso, depois da doença do coronavírus (Covid-19), e causou quase o dobro de mortes do que o vírus da imunodeficiência humana (HIV/Aids). Estima-se que um quarto da população mundial esteja infectado com *Mycobacterium tuberculosis* e, portanto, corre o risco de desenvolver a doença (WHO, 2023).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2022, mais de 10 milhões de pessoas adoeceram com a TB e dentre elas houve 1,8 milhão de óbitos. Neste mesmo ano, 81.604 mil pessoas adoeceram no Brasil e destas, mais de cinco mil evoluíram para óbito (Brasil, 2024). No estado do Rio de Janeiro (ERJ) em 2022, foram diagnosticados 13.495 casos novos de tuberculose (84,06 casos por 100.000 habitantes) (Rio de Janeiro, 2022).

O Brasil é um dos vinte e dois países que concentram aproximadamente 80% da carga global de TB, sendo um dos alvos prioritários para o controle da doença no mundo (WHO, 2015; Brasil, 2017). No ano de 2017, alinhada à OMS, o Ministério da Saúde (MS), através da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), lançou o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (Brasil, 2017). Uma das estratégias prioritárias para prevenção e controle do agravo definidas no Plano é a identificação e tratamento adequado de pessoas com Infecção Latente da Tuberculose (ILTB), cuja meta definida é reduzir para menos de 10 casos de tuberculose por 100 mil habitantes (Brasil, 2022c).



Pessoas infectadas podem não desenvolver a doença de imediato. Nessas situações, os bacilos permanecem latentes e com sua atividade metabólica diminuída dentro do pulmão, na condição chamada de infecção latente pelo *M. tuberculosis*. Na ILTB, não há nenhuma evidência clínica, bacteriológica ou radiográfica de TB ativa, nem transmissão. As pessoas infectadas podem permanecer saudáveis por muitos anos sem transmitir o bacilo e com imunidade parcial à doença, podendo desenvolvê-la ao longo da vida em condições de comprometimento do sistema imunológico (WHO, 2019; Brasil, 2022c).

Assim, é de extrema importância a investigação de contatos das pessoas com TB pulmonar/laríngea ativa para o controle da doença. Além de permitir a detecção precoce da TB ativa, a investigação de contatos possibilita identificar as pessoas com ILTB para início do tratamento adequado e prevenção do desenvolvimento da TB ativa (Brasil, 2022c). Em 2022, segundo dados do MS, o percentual de avaliação de contatos no Brasil foi de 64,3%, já no RJ chegou a apenas 38,9% no mesmo ano.

Desta forma, um dos desafios dos programas de controle da tuberculose no Brasil para o alcance das metas previstas para redução da incidência e mortalidade é o aumento do rastreamento, do diagnóstico, do tratamento oportuno, incluindo o tratamento da ILTB, principalmente entre crianças menores de cinco anos e pessoas vivendo com HIV (PVHA). O tratamento para ILTB é recomendado quando o indivíduo infectado apresenta risco para desenvolver a tuberculose em sua forma ativa. Para o diagnóstico da ILTB, faz-se necessária a avaliação do resultado da prova tuberculínica (PT) ou do Interferon Gamma Release Assay (IGRA), a depender da situação, associada aos fatores de risco individuais e da exclusão da tuberculose ativa (Brasil, 2022c).

Ao longo dos últimos anos algumas estratégias adotadas com o objetivo de reduzir o número de novos casos de tuberculose foram apresentadas. O projeto Expand TPT, por exemplo, tem o objetivo de ampliar a avaliação de contatos e o tratamento preventivo da tuberculose (TPT) na população geral. Por sua vez, o projeto Aids Avançada apresenta um circuito rápido com o objetivo de qualificar a assistência às PVHA com contagem de linfócitos T-CD4 (marcador “*cluster of differentiation 4*”) < 200 e indicação de TPT, assim como, o Sistema de Monitoramento Clínico de PVHA (SIMC) uma ferramenta para acompanhamento da saúde de pessoas vivendo com TB/HIV/Aids e o Sistema de Informação para notificação das pessoas em tratamento de ILTB (IL-TB) (Brasil, 2022b).

Apesar das diferentes estratégias em curso para o combate à tuberculose no país, o ERJ apresentou uma das maiores taxas de incidência e mortalidade nos últimos anos. Ações que promovam a vigilância da ILTB e o seu tratamento oportuno devem ser fortalecidas. No ERJ, os tratamentos de ILTB começaram a ser notificados em 2018 por meio do IL-TB e poucos são os estudos sobre essa temática. Nesse sentido, pretende-se descrever as características da população com ILTB que realiza quimioprevenção no estado do RJ, sobretudo aquelas vivendo com HIV, além de discutir os principais desfechos a partir dos diferentes tratamentos disponibilizados.

METODOLOGIA

Estudo transversal, descritivo, de abordagem quantitativa, utilizando dados secundários individualizados e não identificados do (IL-TB). Foi usada a base de dados da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) dos tratamentos realizados nos residentes do estado, mesmo com transferência para outros estados da federação. Os dados analisados são referentes à data de início de tratamento de 01 de janeiro de 2019 a 31 de dezembro de 2022. A escolha do período se deu por conta da implementação do sistema de informação a partir de 2018 no Rio de Janeiro, e dessa forma a inserção de dados pela maioria dos municípios se consolidou em 2019.

Foram descartadas as notificações com encerramento por tuberculose ativa, pois a condição descaracteriza a ILTB. Foram incluídos os tratamentos caracterizados como “Caso novo”, “Reentrada após mudança de esquema”, “Reingresso após abandono”, “Reexposição” e “Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento”.

Para fins de caracterização da amostra, foram utilizadas as variáveis sociodemográficas: sexo (Masculino e Feminino), raça/cor (amarela, branca, indígena, parda e preta) e faixa etária. A variável faixa etária foi categorizada em grupos de indivíduos de “<1 ano”, “1 a 4”, “5 a 9”, “10 a 14”, “15 a 19”, “20 a 39”,

“40 a 59”, “60 a 64”, “65 a 69”, “70 a 79” e “80+”. Foram utilizadas variáveis sobre diagnóstico (IGRA e PT), comorbidades (HIV e TARV), indicação de tratamento, tipo de tratamento e encerramento do tratamento. Para a classificação dos casos de coinfeção TB e HIV foram considerados todos os registros com a variável “HIV” com resultado positivo e os casos sem coinfeção aqueles com diagnóstico de HIV negativo, os testes “não realizados” e os testes “em andamento” (apenas 55 casos).

Para análise do tipo de tratamento categorizamos cinco tipos de tratamentos de acordo com o tipo de medicamento dispensado e número de doses. Nos casos de dispensação de Isoniazida sem a informação do número de doses ou com a informação inconsistente, foi criada a categoria Isoniazida (H). Dessa forma, as categorias foram: Isoniazida; Isoniazida – 6H: 6 meses/180 doses; Isoniazida – 9H: 9 meses/270 doses; Isoniazida + Rifapentina – 3HP: 3 meses/12 doses semanais; e Rifampicina – 4R: 4 meses/120 doses.

A análise dos dados se deu de forma descritiva utilizando o software RStudio, versão 4.2. A utilização da técnica de Fischer, para verificar a significância estatística, se justifica, pois, auxilia na análise de dados onde existem pequenas amostras de frequências esperadas, neste sentido, garante que os resultados encontrados sejam os mais precisos possíveis e não haja viés de distorção. Além disso, a técnica tem conhecida robustez, estando menos suscetível a erros do tipo I e II.

Foram realizadas análises a partir da elaboração de tabelas de contingência nas quais o desfecho escolhido foi: possuir ou não a coinfeção ILTB-HIV. O p-test foi realizado com o pacote “epiDisplay”, extensão instalada no software RStudio, com metodologia base de 95% de intervalo de confiança nos testes. Para a análise estatística, foi aplicado o teste exato de Fisher. De acordo com as resoluções n.º 466 de 2012 e n.º 510 de 2016 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, este estudo não necessitou da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa por empregar dados secundários não identificados.

RESULTADOS

No ERJ foram notificados 12.356 tratamentos para ILTB entre os anos de 2019 e 2022, segundo dados extraídos do sistema IL-TB do MS. O aumento do número de tratamentos preventivos realizados foi 326,11% entre 2019 e 2022.

Do total de tratamentos iniciados no período, 12.049 (97,5%) se referem a casos novos, 187 (1,5%) foram casos de reingresso após interrupção de tratamento, 66 (0,5%) de reexposição, 44 (0,4%) de reentrada após mudança de esquema, e 10 (0,1%) de reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de casos (n) e suas porcentagens (%) por variáveis sociodemográficas, clínicas e diagnóstico e ano de início de tratamento para a infecção latente da tuberculose (ILTB) no estado do Rio de Janeiro entre 2019-2022.

Variáveis sociodemográficas, clínicas e de diagnóstico	2019		2020		2021		2022		*p-test
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total	1241	100.0	2327	100.0	3500	100.0	1241	100.0	
Tipo de Entrada									<0.001
Caso novo	1218	98.1	1218	98.1	1218	98.1	1218	98.1	
Reentrada após mudança de esquema	4	0.3	4	0.3	4	0.3	4	0.3	
Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Reexposição	5	0.4	5	0.4	5	0.4	5	0.4	
Reingresso após interrupção do tratamento	14	1.1	14	1.1	14	1.1	14	1.1	
Sexo									0.249
Masculino	587	47.3	587	47.3	587	47.3	587	47.3	
Feminino	654	52.7	654	52.7	654	52.7	654	52.7	
Raça									<0.001
Amarela	10	0.8	19	0.8	20	0.6	25	0.5	
Branca	434	35.0	765	32.9	1109	31.7	1562	29.5	
Ignorado	114	9.2	196	8.4	256	7.3	303	5.7	
Indígena	2	0.2	3	0.1	4	0.1	9	0.2	
Parda	463	37.3	905	38.9	1473	42.1	2302	43.5	
Preta	218	17.6	439	18.9	638	18.2	1087	20.6	

Variáveis sociodemográficas, clínicas e de diagnóstico	2019		2020		2021		2022		*p-test
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Total	1241	100.0	2327	100.0	3500	100.0	1241	100.0	
Faixa Etária									<0.001
<1 Ano	52	4.2	63	2.7	71	2.0	76	1.4	
1 a 4	93	7.5	146	6.3	259	7.4	359	6.8	
5 a 9	125	10.1	189	8.1	338	9.7	498	9.4	
10 a 14	92	7.4	161	6.9	263	7.5	421	8.0	
15 a 19	51	4.1	106	4.6	166	4.7	255	4.8	
20 a 39	336	27.1	731	31.4	955	27.3	1443	27.3	
40 a 59	355	28.6	642	27.6	1044	29.8	1510	28.6	
60 a 64	57	4.6	131	5.6	190	5.4	311	5.9	
65 a 69	39	3.1	81	3.5	116	3.3	239	4.5	
70 a 79	38	3.1	66	2.8	76	2.2	152	2.9	
80 e +	3	0.2	11	0.5	22	0.6	24	0.5	
HIV									<0.001
Em andamento	2	0.2	3	0.1	13	0.4	37	0.7	
Não realizado	482	38.8	826	35.5	1607	45.9	2422	45.8	
Negativo	486	39.2	872	37.5	1194	34.1	1924	36.4	
Positivo	271	21.8	626	26.9	686	19.6	905	17.1	
Coinfecção ILTB-HIV									<0.001
Sim	271	21.8	626	26.9	686	19.6	905	17.1	
Não									
Tipo de Tratamento									<0.001
Isoniazida	786	63.3	1622	69.7	2340	66.9	1695	32.1	
Isoniazida - 6H (6 meses/180 doses)	355	28.6	534	22.9	889	25.4	711	13.4	
Isoniazida - 9H (9 meses/270 doses)	71	5.7	118	5.1	149	4.3	91	1.7	
Rifampicina - 4R (3 meses/12 doses semanais)	29	2.3	53	2.3	86	2.5	151	2.9	
Rifapentina + Isoniazida - 3HP (4 meses/120 doses)	0	0.0	0	0.0	36	1.0	2640	49.9	
Radiografia do Torax									<0.001
Alteração não sugestiva de TB ativa	102	8.2	182	7.8	250	7.1	308	5.8	
Alteração sugestiva de TB ativa	6	0.5	8	0.3	5	0.1	18	0.3	
Não realizada	109	8.8	280	12.0	335	9.6	484	9.2	
Normal	1024	82.5	1857	79.8	2910	83.1	4478	84.7	
Interferon Gamma Release Assay (IGRA)									<0.001
Indeterminado	3	0.2	14	0.6	12	0.3	16	0.3	
Não realizado	1182	95.2	2251	96.7	3340	95.4	4944	93.5	
Negativo	16	1.3	29	1.2	37	1.1	31	0.6	
Positivo	40	3.2	33	1.4	111	3.2	297	5.6	
Prova Tuberculínica (PT)									<0.001
Sim	1095	88.2	1959	84.2	3059	87.4	4703	88.9	
Não									
Contato de TB									<0.001
Ignorado	68	5.5	142	6.1	150	4.3	202	3.8	
Não	337	27.2	647	27.8	940	26.9	1099	20.8	
Não Sabe	111	8.9	207	8.9	299	8.5	541	10.2	
Sim	725	58.4	1331	57.2	2111	60.3	3446	65.2	
Situação de encerramento									<0.001
Interrupção do tratamento	263	22.8	558	26.2	729	23.4	678	15.7	
Óbito	4	0.3	16	0.8	2	0.1	13	0.3	
Suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento	1	0.1	6	0.3	28	0.9	19	0.4	
Suspensão por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária	7	0.6	13	0.6	12	0.4	6	0.1	
Suspensão por reação adversa	17	1.5	27	1.3	32	1.0	58	1.3	
Transferido para outro país	5	0.4	7	0.3	9	0.3	5	0.1	
Tratamento completo	848	73.6	1485	69.8	2279	73.3	3528	81.5	
TB ativa	7	0.6	17	0.8	19	0.6	24	0.6	

*Teste exato de Fisher. Fonte: Sistema IL-TB. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em relação ao perfil sociodemográfico (Tabela 1), 6.546 (53,6%) são do sexo feminino. Do total, 5.143 (41,6%) são pardos, 3.870 (31,3%) brancos, 2.382 (19,3%) pretos, 74 (0,6%) amarelos, 18 (0,1%) indígenas, 869 (7,0%) possuem a informação ignorada. Quando somadas as categorias parda e preta, a população negra passa a compreender 60,9% dos casos notificados. As faixas etárias correspondentes aos adultos jovens (20 a 39 anos) e adultos (40 a 59 anos) concentram a maior parte dos casos, com 3.465 (28%) e 3.551 (28,7%), respectivamente. Já a faixa etária com menor número de casos identificados foi a de idosos com mais de 80 anos (60; 0,5%).

Quanto aos métodos para o diagnóstico da ILTB são utilizados a PT e o IGRA no estado do Rio de Janeiro. Entretanto, o IGRA passou a ser disponibilizado apenas em agosto de 2022 pelo MS (Brasil, 2022a). Por conta disso, 10.816 (87,5%) realizaram PT, enquanto 639 (5,2%) realizaram IGRA. Sobre

a realização de radiografia de tórax, exame também recomendado para descartar TB ativa antes de iniciar o tratamento para ILTB, 10.269 (83,1%) exames apresentaram resultado normal, apenas 37 (0,3%) apresentaram alteração sugestiva de TB ativa e em 1.208 (9,8%) o exame não foi realizado. A testagem diagnóstica para o HIV foi realizada em 7.019 (56,8%) pacientes, sendo 2.488 (20,1%) com resultado positivo; em 5337 (43,2%) pacientes a testagem não foi realizada (Tabela 1).

Em relação à indicação do tratamento, 58,1% (7.173) dos casos de ILTB notificados iniciaram o tratamento por serem “contatos de TB pulmonar ou laríngea, adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG” (6372) ou por serem “contatos de TB pulmonar ou laríngea confirmada por critério laboratorial” (801), demonstrando que a principal indicação de tratamento está entre os contatos de TB potencialmente bacilífera. Outras indicações que merecem destaque são “pessoas vivendo com HIV/Aids” com 2109 (17,1%) casos, incluindo “pessoas vivendo com HIV/Aids com CD4+ maior que 350 céls./mm³” (1.046; 8,5%) e “pessoas vivendo com HIV/aids com contagem de células CD4+ menor ou igual a 350 céls./mm³” (1.063; 8,6%), e “pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides” que representam 1.298 (10,5%) casos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição de casos (n) e suas porcentagens (%) por indicação do tratamento para infecção latente da tuberculose (ILTB) e ano de início de tratamento no estado do Rio de Janeiro entre 2019-2022. BCG: Bacilo de Calmette e Guérin; PT: Prova Tuberculínica; IGRA: Interferon Gamma Release Assay; CD4+ marcador “*cluster of differentiation 4*”.

Indicação de Tratamento	Ano de Início de Tratamento							
	2019		2020		2021		2022	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	1241	100.0	2327	100.0	3500	100.0	5288	100.0
Contatos de TB pulmonar ou laríngea confirmada por critério laboratorial	76	6.1	143	6.1	222	6.3	360	6.8
Contatos de TB pulmonar ou laríngea, adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG	542	43.7	1016	43.7	1754	50.1	3060	57.9
Diabetes mellitus	14	1.1	20	0.9	48	1.4	55	1.0
Insuficiência renal em diálise	3	0.2	8	0.3	7	0.2	10	0.2
Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas	1	0.1	1	0.0	3	0.1	4	0.1
Neoplasias em terapia imunossupressora	9	0.7	14	0.6	4	0.1	16	0.3
Outra	98	7.9	234	10.1	270	7.7	179	3.4
Pessoas candidatas a transplante de células-tronco e/ou órgãos sólidos	9	0.7	18	0.8	34	1.0	41	0.8
Pessoas com alterações radiológicas fibróticas sugestivas de sequela de TB	4	0.3	4	0.2	9	0.3	27	0.5
Pessoas com baixo peso < 85% do peso ideal	1	0.1	8	0.3	4	0.1	8	0.2
Pessoas com calcificação isolada sem fibrose na radiografia	3	0.2	18	0.8	24	0.7	33	0.6
Pessoas que farão uso/em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides	181	14.6	190	8.2	412	11.8	515	9.7
Pessoas que farão uso/em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
Pessoas que farão uso/em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides, com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião.	0	0.0	0	0.0	1	0.0	1	0.0
Pessoas tabagistas > 1 maço/dia	6	0.5	29	1.2	21	0.6	54	1.0
Pessoas vivendo com HIV/aids com CD4+ > 350 cél./mm ³	134	10.8	199	8.6	258	7.4	455	8.6
Pessoas vivendo com HIV/aids com contagem de células CD4+ ≤ a 350 cél./mm ³	75	6.0	304	13.1	335	9.6	349	6.6
Pessoas vivendo com HIV/aids com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB	5	0.4	0	0.0	3	0.1	14	0.3
Pessoas vivendo com HIV/aids com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião	25	2.0	52	2.2	36	1.0	52	1.0
Pessoas vivendo com HIV/aids contatos de TB pulmonar ou laríngea com confirmação laboratorial	24	1.9	24	1.0	19	0.5	14	0.3
Profissionais de saúde	9	0.7	13	0.6	12	0.3	19	0.4
Recém-nascidos coabitantes de caso fonte de TB pulmonar ou laríngea confirmado por critério laboratorial	22	1.8	30	1.3	23	0.7	14	0.3
Silicose	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0
Trabalhadores de instituições de longa permanência	0	0.0	2	0.1	1	0.0	6	0.1

Fonte: Sistema IL-TB. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Quando analisadas as distribuições das indicações de tratamento pelo tipo de encerramento (Tabela 3), observa-se que no grupo de interrupção de tratamento (2.228) o maior percentual refere-se ao grupo com indicação de “contato de TB pulmonar ou laríngea” (1.363; 61,2%); quando verificada a distribuição dentro dos encerramentos por óbitos (35), a indicação com maior percentual neste grupo refere-se às “pessoas vivendo com HIV/Aids” (20; 57,1%).

Tabela 3 - Distribuição de casos (n) e suas porcentagens (%) pela indicação do tratamento para infecção latente da tuberculose (ILTb) e situação de encerramento no estado do Rio de Janeiro entre 2019-2022. BCG: Bacilo de Calmette e Guérin; PT: Prova Tuberculínica; IGRA: Interferon Gamma Release Assay; CD4+ marcador “cluster of differentiation 4”.

Indicação de Tratamento	Encerramento																			
	Interrupção do Tratamento		Óbito		Suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento		Suspensão por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária		Suspensão por reação adversa		Transferido para outro país		Tratamento completo		Tuberculose ativa		Ign/Em branco		Total geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	2552	100,00	44	100,00	68	100,0	42	100,0	184	100,0	26	100,0	10629	100,0	76	100,0	3874	100,0	17495	100,0
Contatos de TB pulmonar ou laringea confirmada por critério laboratorial	142	5,56	0	0,00	1	1,47	5	11,90	9	4,89	1	3,85	651	6,12	5	6,58	230	5,94	1044	5,94
Contatos de TB pulmonar ou laringea, adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG	1390	54,47	6	13,64	34	50,00	8	19,05	71	38,59	7	26,92	5515	51,89	33	43,42	1970	50,85	90,34	51,04
Diabetes mellitus	27	1,06	6	0,00	0	0,00	0	0,00	2	1,09	1	3,85	110	1,03	1	1,32	34	0,88	175	1,00
Insuficiência renal em diálise	8	0,31	1	2,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	20	0,19	1	1,32	14	0,36	44	0,25
Neoplasias de cabeça e pescoço, linfomas e outras neoplasias hematológicas	1	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	10	0,09	0	0,00	2	0,05	13	0,07
Neoplasias em terapia imunossupressora	8	0,31	1	2,27	1	1,47	0	0,00	1	0,54	0	0,00	39	0,37	1	1,32	11	0,28	62	0,35
Outra	129	5,05	4	9,09	8	11,76	5	11,90	10	5,43	4	15,38	586	5,51	10	13,16	186	4,80	942	5,38
Pessoas candidatas a transplante de células-tronco e/ou órgãos sólidos	14	0,55	2	4,55	0	0,00	0	0,00	4	2,17	0	0,00	93	0,87	0	0,00	38	0,98	151	0,86
Pessoas com alterações radiológicas fibroticas sugestivas de sequela de TB	6	0,24	0	0,00	0	0,00	1	2,38	1	0,54	0	0,00	48	0,45	0	0,00	11	0,28	67	0,38
Pessoas com baixo peso < 85% do peso ideal	7	0,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	16	0,15	0	0,00	11	0,28	34	0,19
Pessoas com calcificação isolada sem fibrose na radiografia	10	0,39	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	65	0,61	3	3,95	21	0,54	99	0,57
Pessoas que farão uso/em uso de imunobiológicos e/ou imunossupressores, incluindo corticosteroídes	185	7,25	5	11,36	6	8,82	3	7,14	39	21,20	4	15,38	1272	11,97	6	7,89	444	11,46	1964	11,23

Encerramento																				
Indicação de Tratamento	Interrupção do Tratamento		Óbito		Suspenso por condição clínica desfavorável ao tratamento		Suspenso por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária		Suspenso por reação adversa		Transferido para outro país		Tratamento completo		Tuberculose ativa		Ign/Em branco		Total geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	2552	100,00	44	100,00	68	100,0	42	100,0	184	100,0	26	100,0	10629	100,0	76	100,0	3874	100,0	17495	100,0
Pessoas que farão uso/em uso de imuno-biológicos e/ou imunos-suppressores, incluindo corticos-teroides, com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.	2	0,08	0	0,00	2	2,94	0	0,00	1	0,54	0	0,00	18	0,17	1	1,32	28	0,72	52	0,30
Pessoas que farão uso/em uso de imuno-biológicos e/ou imunos-suppressores, incluindo corticos-teroides, contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial.	3	0,12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,54	0	0,00	10	0,09	0	0,00	14	0,36	28	0,16
Pessoas tabagistas > 1 maço/dia	32	1,25	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,54	1	3,85	66	0,62	1	1,32	37	0,96	138	0,79
Pessoas vivendo com HIV/aids com CD4+ > 350 cél./mm3	201	7,88	6	13,64	3	4,41	2	4,76	21	11,41	4	15,38	973	9,15	5	6,5	250	6,45	1465	8,73
Pessoas vivendo com HIV/aids com contagem de células CD4+ ≤ 350 cél./mm3	294	11,52	17	38,64	10	14,71	6	14,29	18	9,78	1	3,85	790	7,43	4	5,26	419	10,82	1559	8,91
Pessoas vivendo com HIV/aids com radiografia de tórax com cicatriz radiológica de TB, sem tratamento anterior para TB.	4	0,16	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	23	0,22	0	0,00	15	0,39	42	0,24
Pessoas vivendo com HIV/aids com registro documental de ter tido PT ≥ 5mm ou IGRA positivo e não submetido ao tratamento da ILTB na ocasião	35	1,37	1	2,27	1	1,47	0	0,00	4	2,17	2	7,69	139	1,31	2	2,63	3	0,85	217	1,24
Pessoas vivendo com HIV/aids contatos de TB pulmonar ou laringea com confirmação laboratorial	18	0,71	0	0,00	0	0,00	2	4,76	0	0,00	0	0,00	60	0,56	1	1,32	31	0,80	112	0,64

Encerramento

Indicação de Tratamento	Interrupção do Tratamento		Óbito		Suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento		Suspensão por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária		Suspensão por reação adversa		Transferido para outro país		Tratamento completo		Tuberculose ativa		Ign/Em branco		Total geral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	2552	100,00	44	100,00	68	100,0	42	100,0	184	100,0	26	100,0	10629	100,0	76	100,0	3874	100,0	17495	100,0
Profissionais de saúde	13	0,51	0	0,00	1	1,47	0	0,00	1	0,54	0	0,00	42	0,40	1	1,32	18	0,46	76	0,43
Recém-nascidos coabitantes de caso fonte de TB pulmonar ou laringea confirmado por critério laboratorial	21	0,82	0	0,00	1	1,47	10	23,81	0	0,00	1	3,85	59	0,56	1	1,32	27	0,70	120	0,69
Silicose	2	0,08	0	0,00	1	1,47	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,02	0	0,00	3	0,08	7	0,04
Trabalhadores de instituições de longa permanência	0	0,00	0	0,00	1	1,47	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	0,07	0	0,00	4	0,10	11	0,06

Fonte: Sistema IL-TB. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Entre as categorias de tratamento, 9.361 (75,8%) casos referem-se ao tratamento com Isoniazida quando somadas as três categorias referentes a este medicamento (Isoniazida, Isoniazida – 6H, Isoniazida – 9H), seguidos pelo tratamento com Rifapentina + Isoniazida – 3HP com 2676 (21,7%). No que se refere à situação de encerramento, a maior parte dos casos é encerrada por tratamento completo (8.140; 75,9%), seguida pela interrupção de tratamento (2.228; 20,8%) (Tabela 1).

Não foram observadas diferenças significativas das principais características sociodemográficas entre os anos observados (Tabela 1). Foram observadas mudanças nas características de tratamento e encerramento. Houve aumento do tratamento com Rifapentina + Isoniazida – 3HP que em 2022 passou a corresponder à maioria dos casos com 2.640 (49,9%) seguido da Isoniazida (Isoniazida, Isoniazida – 6H, Isoniazida – 9H) com 2.497 tratamentos (47,2%). Em relação à situação de encerramento, houve redução dos casos de interrupção de tratamento e aumento de tratamentos completos em 2022, quando comparado aos anos anteriores (Tabela 1).

Na Tabela 4, foi apresentada uma análise bivariada entre os casos com e sem o teste HIV positivo. Em relação ao tipo de entrada, o maior número de casos se encontra entre os casos novos, com mais de 90% nos dois grupos, mas entre o reingresso pós-abandono observa-se um percentual um pouco maior nos coinfectados. Na variável sexo, encontramos um percentual maior de homens em tratamento entre os coinfectados (67,2%), o que não foi característico na população do estudo. A distribuição de raça/cor entre os grupos é similar, com maior percentual da raça negra (pretos + pardos) nos dois grupos. Ambos os grupos concentram a maior parte dos casos na faixa etária de adulto jovem e adulto, mas um percentual maior de crianças e adolescentes aparece no grupo sem HIV.

Tabela 4 - Análise bivariada dos casos de tratamento (n) e suas porcentagens (%) para infecção latente da tuberculose (ILTb) com e sem infecção pelo HIV no estado do Rio de Janeiro entre 2019-2022.

Variáveis sociodemográficas, clínicas e de diagnóstico	Coinfecção ILTB-HIV				<i>*p-test</i>
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Total	9868	100.0	9868	100.0	
Raça					<0.001
2019	970	9.8	271	10.9	
2020	1701	17.2	626	25.2	
2021	2814	28.5	686	27.6	
2022	4383	44.4	905	36.4	
Tipo de Entrada					<0.001
Caso novo	9639	97.7	2410	96.9	
Reentrada após mudança de esquema	43	0.4	1	0.0	
Reentrada após suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento	9	0.1	1	0.0	
Reexposição	56	0.6	10	0.4	
Reingresso após interrupção do tratamento	121	1.2	66	2.7	

Variáveis sociodemográficas, clínicas e de diagnóstico	Coinfecção ILTB-HIV				*p-test
	Não		Sim		
	n	%	n	%	
Total	9868	100.0	9868	100.0	
Sexo	9639	97.7	2410	96.9	<0.001
Maculino					
Feminino					
Raça / Cor					<0.001
Amarela	58	0.6	16	0.6	
Branca	3149	31.9	721	29.0	
Ignorado	670	6.8	199	8.0	
Indígena	14	0.1	4	0.2	
Parda	4172	42.3	971	39.0	
Preta	1805	18.3	577	23.2	
Faixa Etária					<0.001
<1 Ano	253	2.6	9	0.4	
1 a 4	846	8.6	11	0.4	
5 a 9	1144	11.6	6	0.2	
10 a 14	925	9.4	12	0.5	
15 a 19	541	5.5	37	1.5	
20 a 39	2272	23.0	1193	48.0	
40 a 59	2543	25.8	1008	40.5	
60 a 64	577	5.8	112	4.5	
65 a 69	410	4.2	65	2.6	
70 a 79	302	3.1	30	1.2	
80 e +	55	0.6	5	0.2	
HIV					<0.001
Em Andamento	55	0.6	16	0.6	
Não Realizado	3149	31.9	721	29.0	
Negativo	670	6.8	199	8.0	
Positivo	14	0.1	4	0.2	
Tipo de Tratamento					<0.001
Isoniazida	5196	52.7	1247	50.1	
Isoniazida – 6H (6 meses/180 doses)	1911	19.4	578	23.2	
Isoniazida – 9H (9 meses/270 doses)	248	2.5	181	7.3	
Rifampicina – 4R (3 meses/12 doses semanais)	306	3.1	13	0.5	
Rifapentina + Isoniazida – 3HP (4 meses/120 doses)	2207	22.4	469	18.9	
Radiografia do Tórax					<0.001
Alteração não sugestiva de TB ativa	707	7.2	135	5.4	
Alteração sugestiva de TB ativa	30	0.3	7	0.3	
Não realizada	749	7.6	459	18.4	
Normal	8382	84.9	1887	75.8	
Interferon Gamma Release Assay (IGRA)					<0.001
Indeterminado	36	0.4	9	0.4	
Não realizado	9535	96.6	2182	87.7	
Negativo	94	1.0	19	0.8	
Positivos	203	2.1	278	11.2	
Prova Tuberculinica (PT)					<0.001
Sim	36	0.4	9	0.4	
Não	9535	96.6	2182	87.7	
Prova Tuberculinica (PT)					<0.001
Interrupção do tratamento	1734	20.3	494	22.8	
Óbito	14	0.2	21	1.0	
Suspensão por condição clínica desfavorável ao tratamento	44	0.5	10	0.5	
Suspensão por PT < 5mm em quimioprofilaxia primária	27	0.3	11	0.5	
Suspensão por reação adversa	107	1.3	27	1.2	
Transferido para outro país	18	0.2	8	0.4	
Tratamento completo	6559	76.6	1581	73.1	
TB ativa	56	0.7	11	0.5	

*Teste exato de Fisher. Fonte: Sistema IL-TB. Dados preliminares, sujeitos a alterações.

Em relação ao esquema de tratamento, observou-se uma maior utilização da Isoniazida nos dois grupos. Nos coinfectados, foi maior a utilização do esquema de Isoniazida – 6H (23,2%) e, nos casos sem o HIV, o esquema Rifampicina – 4R (3,1%) foi mais utilizado do que no outro grupo. O maior percentual de radiografia de tórax não realizado foi observado no grupo de coinfectados (18,4%) em relação ao outro

grupo, que foi de 7,6%. Isso pode sugerir falha na investigação da TB ativa entre PVHA (Tabela 4).

Quanto ao diagnóstico da ILTB, um maior percentual de exames realizados com o IGRA (12%) foi observado no grupo de coinfectados, já que é o principal grupo preconizado para a utilização desse exame. Houve um menor percentual de realização da PT (55%) nos coinfectados, pois os pacientes com CD4 menor que 350 mm³ não precisam realizar PT ou IGRA. O grupo sem HIV tem um percentual maior de tratamento completo (76,6%) e interrupção de tratamento (20,3%), um pouco menor que os coinfectados (22,8%), corroborando com uma pior adesão observada em populações mais vulneráveis (Tabela 4).

DISCUSSÃO

O aumento do número de tratamentos preventivos observado nos resultados apresentados entre 2019 e 2022 reflete um comportamento esperado por conta da priorização deste tratamento na prevenção da TB, ampliação do uso do sistema IL-TB e a qualificação da vigilância epidemiológica da ILTB. Entretanto, é necessário considerar que esse aumento poderia ser maior, nos primeiros anos, se não tivéssemos o advento da Covid-19, que pode ter prejudicado esta implementação (dos Santos *et al.*, 2017).

O perfil sociodemográfico das pessoas em tratamento para ILTB no estado do Rio de Janeiro é de mulheres em sua maioria (53,6%). Esse é um achado divergente da maior parte dos estudos que descrevem perfis da população em tratamento para ILTB. Candini *et al.* (2022) e Ramos (2024) descreveram em seus estudos um percentual de 68% e 58,8% sendo do sexo masculino, respectivamente. Em relação à raça/cor, é composta por negros (60,9%), sendo a soma de pretos (19,3%) e pardos (41,6%), e no que se refere à faixa etária, os casos se concentram entre 20 a 59 (56%). Essas características vão ao encontro de achados em outros estudos (Candini *et al.*, 2022; Ramos, 2024; Almeida, 2023; Mar *et al.*, 2021).

Quando analisado o perfil sociodemográfico nos grupos de pessoas em tratamento para ILTB sem coinfeção pelo HIV e com coinfeção pelo HIV (Tabela 4), é possível observar que há uma mudança na distribuição da variável sexo, com o percentual de homens maior no grupo de PVHA. Em relação à variável raça/cor, os casos se concentram na população negra (soma das categorias parda e preta) nos dois grupos, com 60,6% no grupo sem coinfeção ILTB-HIV e 62,2% no grupo com coinfeção. No que se refere a faixa etária, apesar de ambos os grupos concentrarem a maior parte dos casos na faixa etária de adulto jovem e adulto (20 a 59 anos) com 48,8% e 88,5%, no grupo sem coinfeção e com coinfeção, respectivamente, é possível observar que crianças e adolescentes aparecem mais no grupo sem coinfeção. Esta faixa etária, que compreende pessoas com idade de 0 a 19 anos, concentra 37,7% dos casos entre pessoas sem coinfeção e apenas 3% entre pessoas com coinfeção ILTB-HIV.

Em relação às indicações de tratamento observadas, a maior parte está relacionada ao grupo de “contatos de TB pulmonar ou laríngea” (58,1%), seguido do grupo de “pessoas vivendo com HIV/Aids” (17,1%) e de “pessoas que farão uso ou estão em uso de imunobiológicos e/ou imunossuppressores, incluindo corticosteroides” (10,5%). Na Austrália, em estudo realizado em 2012, 69% dos pacientes, que receberam tratamento para ILTB, eram contatos de um paciente com TB (Dobler; Marks, 2012). Já no estudo realizado no Espírito Santo, 97% dos casos de crianças e adolescentes em tratamento para ILTB eram contatos de TB (Gomes, 2012).

Apesar de ocupar o segundo maior grupo de indicação de tratamento, percebe-se que o quantitativo de pessoas vivendo com HIV/Aids com indicação de tratamento preventivo é maior do que o identificado no período estudado. De acordo com o painel de indicadores clínicos de HIV do MS, no período de 2019 a 2022, 7.865 indivíduos apresentaram o primeiro CD4 com resultado abaixo de 350 céls./mm³, no estado do Rio de Janeiro. Quando verificado o número de pessoas que iniciaram o tratamento preventivo de acordo com a indicação, apenas 1063 PVHA com CD4 abaixo de 350 céls./mm³ receberam tratamento para ILTB, no mesmo período, no Rio de Janeiro, o que representa apenas 13,5% do total de indivíduos com indicação de tratamento.

Mesmo com os benefícios já estabelecidos para PVHA e as recomendações das entidades científicas, alguns estudos vêm discutindo as barreiras para o acesso ao tratamento preventivo desse público. Aquino

e colaboradores (2015) identificaram que para 30% das PVHA, cujo teste tuberculínico foi > 5 mm, o tratamento para ILTB não foi prescrito pelo médico assistente, em serviços de atendimento especializado (SAE) localizados em Pernambuco. O principal fator associado ao aumento da probabilidade de receber tratamento para ILTB foi à unidade na qual o paciente era acompanhado, o que estaria relacionado às diferenças entre procedimentos de rotina no atendimento para prevenção da TB, alertando para a necessidade de novas estratégias que sensibilizem os profissionais de saúde que atuam em SAE para o tratamento preventivo da tuberculose.

Em outro estudo realizado por Santos e colaboradores (2017), que buscou identificar a prevalência de ILTB entre PVHA e fatores associados, demonstrou que para 19,7% dos indivíduos com ILTB o tratamento preventivo não foi iniciado, evoluindo para TB ativa. Os autores chamam atenção para possíveis justificativas do resultado encontrado, como a baixa adesão das equipes de saúde à investigação de ILTB entre PVHA e o não monitoramento longitudinal e sistemático dos casos em que o tratamento é estabelecido. Ressalta-se que, no presente estudo, do total de indivíduos que iniciaram o tratamento de ILTB e evoluíram para óbito (35), 60% (21) pertenciam ao grupo de pessoas com coinfeção ILTB-HIV. O que demonstra a vulnerabilidade desse grupo, mesmo com o início do tratamento preventivo.

Entre as facilidades e barreiras identificadas na cascata de cuidados da ILTB entre PVHA, Bastos et al. (2021) descrevem que o treinamento de profissionais para o tratamento preventivo e a integração dos serviços de TB e HIV são identificados como facilidades, enquanto o medo de eventos adversos, a quantidade de comprimidos e a falta de conhecimento entre profissionais e pacientes foram identificados como barreiras para o início e conclusão dos tratamentos preventivos.

No presente trabalho, a taxa de abandono do período analisado foi de 20,8% do total de casos com informação de encerramento. Este achado é similar aos encontrados em outros estudos, como o realizado com crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro, onde aproximadamente 25% abandonaram o tratamento preventivo, e na Guiné-Bissau, onde a taxa de abandono ao tratamento com Isoniazida foi de 24%. Em algumas localidades, as taxas de abandono do tratamento preventivo podem ser bem maiores, por exemplo, chegando a 46% na África e 60% nos EUA (Mendonça et al., 2016; Gomes et al., 2011; Marais et al., 2006; Li et al., 2010).

Em estudo realizado na China para investigar os fatores relacionados ao abandono do tratamento preventivo da TB entre escolares, a discriminação, preocupação com eventos adversos medicamentosos, baixo nível de escolaridade dos responsáveis e aceitar a opinião de um profissional não especialista em TB foram identificados como fatores de alto risco para o abandono do tratamento preventivo (Huang et al., 2018). Em outro estudo realizado no município do Rio de Janeiro, as variáveis relacionadas ao tempo de abandono do tratamento preventivo foram o contato com um adulto que não estava em tratamento para TB, sorologia positiva para HIV, IDH do local de residência, distância percorrida entre o local de residência e a unidade de tratamento e o número de diferentes meios de transportes até a unidade de tratamento (Mendonça et al., 2016). Esses achados reforçam o entendimento de que as condições socioeconômicas e de acesso influenciam a adesão ao tratamento, além da compreensão sobre a doença, sua gravidade e seu impacto na vida individual.

A partir de 2021, o esquema de tratamento de Isoniazida associada à Rifapentina – 3HP foi introduzido no estado do Rio de Janeiro, representando, em 2022, quase metade dos casos (2.640; 49,9%). Em paralelo, observou-se maior percentual de casos encerrados por “tratamento completo” e consequentemente menor percentual de casos encerrados como “interrupção de tratamento”. Diversos estudos comparando os diferentes esquemas de tratamento disponíveis descrevem vantagens atribuídas aos esquemas encurtados. Em seu estudo sobre a abordagem e os esquemas terapêuticos da ILTB, Fortún e Navas (2022) descrevem que os regimes que incluem rifamicinas (Rifampicina ou Rifapentina) são igualmente eficazes, mas menos tóxicos e com maior adesão do que os regimes longos com Isoniazida. Achados similares foram encontrados por Pease et al. (2017) em uma revisão sistemática para analisar a eficácia e as taxas de conclusão do esquema de tratamento 3HP em comparação com outros esquemas. No geral, esquemas de duração mais curta tiveram maior probabilidade de apresentar maiores taxas de conclusão do que aqueles de duração mais longa (Pease et al., 2017). Em outra revisão sistemática conduzida por Yoopetch et al. (2023), as taxas de conclusão do tratamento foram significativamente maiores

ao usar o esquema 3HP, em comparação com 6H. Considerando eventos adversos, a combinação de 3HP, 4R e 9H diminuiu significativamente os eventos adversos em 4,53% em comparação com 6H. A avaliação de risco-benefício mostrou que regimes de tratamento alternativos, como o 3HP, tiveram uma menor incidência de eventos adversos, ao mesmo tempo, em que demonstraram uma maior eficácia na prevenção da TB, em comparação com 6H (Yoopetch *et al*, 2023).

Os dados extraídos das notificações de tratamento preventivo mostram que apenas 5,2% dos diagnósticos de infecção latente da TB foram realizados através do IGRA, enquanto a maioria (87,5%) utilizou a PT. Esta é um teste diagnóstico que se baseia em uma reação de hipersensibilidade cutânea após a aplicação de um derivado proteico produzido a partir do cultivo de sete cepas selecionadas do *M. tuberculosis* esterilizado e concentrado. A leitura é realizada de 48 a 72 horas após a aplicação, podendo ser estendida até 96 horas (Brasil, 2014). A PT foi adotada pelo Brasil desde 1999, mas sua aplicação ainda não está disseminada em toda rede de saúde pública. De acordo com o MS (Brasil, 2014), em grande parte do território o acesso ao exame ainda se encontra limitado a determinados serviços de saúde, como centros de referência para tuberculose ou hospitais e clínicas especializadas.

Em estudo que investigou a operacionalização da aplicação da PT em municípios prioritários do Mato Grosso do Sul, Oliveira *et al*. (2011) concluíram que as dificuldades operacionais estavam relacionadas a recursos humanos, insumos e registros de informação. Os desafios para a sistematização de treinamentos em serviço, a rotatividade de profissionais e as dificuldades de manter estoque para abastecer uma rede mais ampliada acabam por manter a aplicação da PT concentrada em serviços especializados no controle da tuberculose, limitando o acesso ao diagnóstico da infecção latente.

A baixa utilização do exame IGRA pode ser justificada pelo fato de que a tecnologia foi incorporada ao SUS somente a partir de 2022, com o objetivo de intensificar as ações de prevenção da tuberculose e ampliar a rede de diagnóstico da ILTB. O exame, realizado a partir de uma amostra de sangue periférico, quantifica a resposta imune celular dos linfócitos T mediante ao estímulo, *in vitro*, a antígenos específicos de *M. tuberculosis* (Brasil, 2022a). A princípio foi indicado apenas para PVHA com contagem de linfócitos T-CD4 acima de 350 céls./mm³, crianças entre 2 e 10 anos contatos de TB ativa e candidatos à transplante de células-tronco, mas no mesmo ano sua utilização foi ampliada para indivíduos com doenças inflamatórias imunomediadas e receptores de transplante de órgãos sólidos. A rede de laboratórios IGRA no estado do Rio de Janeiro foi reorganizada em 2024 e está integrada ao fluxo de carga viral do HIV e concentrada na Região Metropolitana. Será necessário avaliar nos próximos anos se alguma dificuldade logística poderá afetar a adesão ao exame de serviços de municípios de regiões mais afastadas.

CONCLUSÃO

Este estudo apresenta limitações comuns àqueles que utilizam bases de dados secundárias, em que a acurácia e a completude das informações podem ser limitadoras dos achados. O banco do IL-TB apresentou informações ignoradas em relação às características sociodemográficas, indicação do tratamento e diagnósticos não realizados ou em andamento, como na variável do teste de HIV. Mesmo assim, acredita-se no potencial descritivo do estudo e nos resultados apontados.

O estudo evidencia o perfil da população que realizou o tratamento para ILTB no ERJ no que tange às características sociodemográficas, esquemas de tratamento e situação de encerramento do tratamento preventivo da TB. As principais populações acometidas foram adultos jovens com raça/cor preta e parda, pacientes coinfectados ILTB-HIV e o desfecho óbito. Com o aumento do uso do esquema Rifapentina + Isoniazida - 3HP foram observados o decréscimo da interrupção de tratamento e aumento do número de tratamentos completos.

No perfil geral da população do estudo, destacou-se um maior percentual de casos novos com indicação de tratamento de “Contatos de TB pulmonar ou laríngea, adultos e crianças, independentemente da vacinação prévia com BCG”, com uma faixa etária de adultos jovens e o sexo feminino como predominante entre a população de pessoas que iniciaram o tratamento para o ILTB, o que não se confirmou entre a população de coinfectados que apresentou um maior número de homens com tratamento preventivo para tuberculose. Este é um achado que difere dos demais estudos.

Sobre a população de coinfectados, o aumento nos últimos anos de PVHA fazendo o tratamento da ILTB era esperado por conta do alto risco de desenvolver a TB ativa, dos piores níveis de desfecho do tratamento como interrupção de tratamento e óbitos para esta população. Além disso, parte desse aumento pode estar relacionado ao grande investimento feito pelo MS com a implementação de políticas, normas e novos insumos para o diagnóstico e tratamento das PVHA. Acredita-se que ainda encontramos resistência e desconhecimento na rede de assistência do SUS no tratamento preventivo da tuberculose desses pacientes.

Observou-se que a terapia com Isoniazida, embora recomendada, não foi o esquema que obteve os melhores resultados de encerramento. A partir da entrada do novo esquema Rifapentina + Isoniazida – 3HP em 2021, que aumentou nos últimos dois anos principalmente no município do Rio de Janeiro, foi notada uma melhora na interrupção de tratamento e na realização do tratamento completo, mostrando que o período do tratamento realizado em menor tempo tem ajudado a maior aceitação do tratamento preventivo da tuberculose.

Os resultados evidenciados neste trabalho podem estar associados aos altos índices de incidência da TB ativa no cenário estudado e apontam para a relevância da priorização da busca de ILTB nas populações mais vulneráveis como as PVHA. Este é um dos desafios aos sistemas de saúde e reforça a necessidade de ações coordenadas e integradas entre os programas de controle da tuberculose e do HIV/Aids, em todos os níveis hierárquicos. O estudo poderá contribuir para a melhor compreensão sobre a população em tratamento preventivo pela ILTB, sobretudo o grupo de PVHA, e dessa forma auxiliar a superar os desafios do programa de controle da tuberculose no alcance das metas previstas para redução da incidência e mortalidade pela tuberculose, no estado do Rio de Janeiro.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

GFP, MDP e MCG contribuíram para a elaboração do trabalho, análise dos dados, escrita do trabalho e leitura crítica. LSM contribuiu na coleta de dados e manipulação estatística dos dados.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a equipe de profissionais da Gerência Estadual de Tuberculose e a equipe da Revista REPIS pelo apoio no desenvolvimento do artigo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, B. K. P. P. Perfil epidemiológico dos indivíduos em uso da terapia de Infecção Latente pela Tuberculose que vivem com HIV/AIDS no estado de Goiás. Dissertação de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde na Escola de Ciências Médicas e da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2023, 77 p. Disponível em: <<http://tede2.pucgoias.edu.br:8080/handle/tede/5031>>.

AQUINO, D. S. de *et al.* Factors associated with treatment for latent tuberculosis in persons living with HIV/AIDS. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, n. 12, p. 2505–2513, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00154614>.

BASTOS, M. L. *et al.* The latent tuberculosis cascade-of-care among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. PLoS Med., v. 18, n. 9, e1003703, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003703>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/publicacoes/tecnicas-de-aplicacao-e-leitura-da-prova-tuberculinica.pdf/view>. Acesso em: agosto de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmis/resource/pt/mis-67291>>. Acesso em: maio de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 2/2022-CGLAB/DAEVS/SVS/MS. Recomendações para a utilização do teste de liberação de interferon-gama (IFN-γ), do inglês interferon-gama release assay (IGRA). Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em https://www.gov.br/aids/pt-br/centraldeconteudo/notasinformativas/2022/ni_02_2022_recomendacoesigra_laboratorio.pdf. Acesso em: agosto de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Circuito Rápido da Aids avançada - fluxogramas. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/circuito-rapido-da-aids-avancada-fluxogramas.pdf/view>. Acesso em: maio de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* no Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-de-vigilancia-da-infeccao-latente-pelo-mycobacterium-tuberculosis-no-brasil-O>. Acesso em: ago de 2024.

CANDINI, L. H. *et al.* Perfil epidemiológico de indivíduos tratados para Infecção Latente por Tuberculose em Hospital Universitário de 2017 a 2019. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 26, p. 171-172, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102314>.

DOBLER, C. C.; MARKS, G. B. Completion of Treatment for Latent Tuberculosis Infection with Monthly Drug Dispensation Directly through the Tuberculosis Clinic. *PLoS ONE*, v. 7, n. 11, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048900>.

DOS SANTOS, D. T. *et al.* Infecção latente por tuberculose entre pessoas com HIV/AIDS, fatores associados e progressão para doença ativa em município no sul do Brasil. *Cadernos de Saude Publica*, v. 33, n. 8, p. 1-12, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050916>.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria Estadual de Saúde. Boletim Tuberculose. Rio de Janeiro. Gerência de Tuberculose. 2022. Disponível em www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NTgWMtU%2C Acesso em agosto de 2024.

FORTÚN, J.; NAVAS, E. Latent tuberculosis infection: approach and therapeutic schemes. *Revista Espanola de Quimioterapia*, v. 35, n. 3, p. 94-96, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37201/req/s03.20.2022>.

GOMES, V. F. *et al.* Adherence to isoniazid preventive therapy in children exposed to tuberculosis: a prospective study from Guinea-Bissau. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, v. 15, n. 12, p. 1637-43, 2011. DOI: <https://doi.org/10.5588/ijtld.10.0558>.

GOMES, S. M. J. Análise do tratamento da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* na faixa etária de 0 a 15 anos nos programas de referência para tuberculose nos municípios da Grande Vitória-ES - Brasil. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufes.br/handle/10/5961>.

HUANG, H. *et al.* Effects of preventive therapy for latent tuberculosis infection and factors associated with treatment abandonment: A cross-sectional study. *Journal of Thoracic Disease*, v. 10, n. 7, p. 4377-4386, 2018. DOI: <https://doi.org/10.21037/jtd.2018.06.138>.

LI, J. *et al.* Adherence to treatment of latent tuberculosis infection in a clinical population in New York City. *International Journal of Infectious Diseases*, v. 14, n. 4, p. e292-e297, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2009.05.007>.

MAR, V. A. *et al.* Perfil epidemiológico de pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento para Infecção Latente por Tuberculose acompanhados em um serviço de atenção especializada em policlínica de referência da cidade de Manaus-AM. Vitória: Associação da Rede Unida, 15º Congresso Internacional da Rede Unida, 2021. Disponível em: <http://conferencia2018.redeunida.org.br/ocs2/index.php/15CRU/15CRU/paper/view/12846>.

MARAIS, B. J. *et al.* Adherence to isoniazid preventive chemotherapy: A prospective community based study. *Archives of Disease in Childhood*, v. 91, n. 9, p. 762-765, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1136/adc.2006.097220>.

MENDONÇA, A. M. C. *et al.* Abandonment of treatment for latent tuberculosis infection and socioeconomic factors in children and adolescents: Rio de Janeiro, Brazil. *PLoS ONE*, v. 11, n. 5, p. 1-12, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154843>.

OLIVEIRA, S. M. V. L. *et al.* Tuberculin skin test: operational research in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. *J Bras Pneumol.*, v. 37, n. 5, p. 646-654, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000500012>.

PEASE, C. *et al.* Efficacy and completion rates of rifapentine and isoniazid (3HP) compared to other treatment regimens for latent tuberculosis infection: A systematic review with network meta-analyses. *BMC Infectious Diseases*, v. 17, n. 265, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-017-2377-x>.

RAMOS, M. O. Perfil de adesão ao tratamento da Infecção Latente por Tuberculose em usuários da atenção primária à saúde do distrito sanitário do subúrbio ferroviário do município de Salvador - Bahia. Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas. Universidade do Estado da Bahia, 2024. Disponível em: <https://saberaberto.uneb.br/handle/20.500.11896/5401>.

SANTOS DT *et al.* Infecção latente por tuberculose entre pessoas com HIV/AIDS, fatores associados e progressão para doença ativa em município no Sul do Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 33, n. 8, e00050916, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00050916>

YOOPETCH, P. *et al.* Efficacy of anti-tuberculosis drugs for the treatment of latent tuberculosis infection: a systematic review and network meta-analysis. Scientific Reports, v. 13, n. 16240, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-43310-8>.

WHO - World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2023. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>. Acesso em: ago de 2024.

_____- World Health Organization. Global Tuberculosis report 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565714>. Acesso em: ago de 2024.

_____- World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/191102/9789241565059_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: ago de 2024.

Recebido em: 23/08/2024
Aprovado em: 13/01/2025





INCLUSÃO DA (O) ASSISTENTE SOCIAL NO FLUXO DE ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS COM TUBERCULOSE:

RELATO DE EXPERIÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA CAP 3.2 DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Poliana Soares Santana Motz¹ Maíra Guazzi¹⁻² Cynthia Amorim Guerra²⁻³ 

RESUMO

A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública e seu tratamento e cura têm sido um desafio para o município do Rio de Janeiro, especialmente por sua estreita vinculação com as expressões da “Questão Social”. Com o objetivo de trabalhar os fatores de vulnerabilidade social dos usuários que iniciaram o tratamento de TB, a partir de junho de 2023, as(os) assistentes sociais das equipes Multiprofissionais da Coordenadoria geral de Atenção Primária 3.2 passaram a compor um fluxo de atendimento, materializado com a realização da entrevista social com um instrumento padronizado, voltado para a identificação dos possíveis riscos de interrupção do tratamento relacionados aos determinantes sociais da tuberculose, tendo como base aspectos já conhecidos na literatura. Com a implantação desse fluxo de atendimento das(os) assistentes sociais, vem sendo observado um cuidado mais ampliado ao usuário, buscando garantir o acesso aos direitos, bem como revisão dos percursos terapêuticos do tratamento.

Palavras-chave: Tuberculose; Determinantes sociais da saúde; Assistentes Sociais.

¹ Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

³ Organização Social de Saúde Ideias.

Autor Correspondente:
Poliana Soares Santana Motz
e-mail: polianasmstb@gmail.com

INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, considerada de curso crônico devido ao tempo de tratamento. É classificada como um problema de saúde pública, uma vez que apresenta altas taxas de incidência e mortalidade (WHO, 2023). Seu impacto no município do Rio de Janeiro (MRJ) é expressivo, com um coeficiente de incidência em 2022 de 111,1 casos por 100 mil habitantes e taxa de mortalidade no mesmo ano de 4,4 óbitos por 100 mil habitantes (Rio de Janeiro, 2024). Dos 4.456 casos novos pulmonares com confirmação laboratorial diagnosticados com TB, em 2022, 15,1% foram encerrados por interrupção do tratamento, retratando um panorama negativo do desfecho da doença (Rio de Janeiro, 2024).

No MRJ, assim como no Brasil, a caracterização sociodemográfica da doença tem maior proporção em pessoas do sexo masculino, da raça preta/parda, com nível de escolaridade incompleto, até o Ensino Fundamental. Dessa forma, está mais presente entre os indivíduos que vivenciam situações de vulnerabilidades sociais diversas (Rio de Janeiro, 2024). Questões relacionadas a fatores de vulnerabilidade e de riscos sociais merecem destaque e podem determinar o êxito ou não do tratamento. Por isso, ao abordar tais situações, falam-se a respeito de famílias e indivíduos que vivenciam, entre outros, a perda ou fragilidade da rede de apoio familiar e/ou comunitária; limites no acesso às políticas públicas, serviços e benefícios sociais; uso abusivo álcool e/ou substâncias psicoativas; diferentes formas de violência; inserção precária (empregos informais) ou não inserção no mercado de trabalho e; acesso insuficiente à alimentação (Brasil, 2004).

Ante esse cenário, é imperioso ampliar o olhar para as situações de vulnerabilidades e riscos sociais vivenciadas por esses usuários e, na perspectiva do cuidado integral, lançar mão de outras categorias profissionais no acompanhamento a esses sujeitos, como aqueles que compõem as equipes Multiprofissionais (e-MULTI), entre eles as (os) assistentes sociais.



A 'integralidade' como eixo prioritário de uma política de saúde, ou seja, como meio de concretizar a saúde como uma questão de cidadania, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do SUS e nas relações destes com a sociedade (Pinheiro, 2008).

Ter acesso à saúde, como um direito, compreende perceber os usuários em sua completude - sua inserção na sociedade, sua fonte de renda, acesso à educação, à alimentação, acesso ao lazer, condição de habitabilidade, de trabalho, entre outros aspectos -, e buscar estratégias para garantir o cuidado com equidade. Quando se aborda sobre os diversos aspectos da tuberculose, destacar a determinação social é dizer que muitos dos usuários com a doença vivenciam situações de vulnerabilidade social e que essas questões também podem determinar o êxito ou não do tratamento.

Sob esta perspectiva, o que se buscou desenvolver foi um processo de trabalho em que a "Questão social", expressa a partir das vulnerabilidades sociais e estratégias de enfrentamento no campo da tuberculose, fosse visibilizada e novas intervenções pensadas de acordo com a realidade de cada território.

Cabe ressaltar que a atuação das e-MULTI está definida do inciso I ao VIII, do parágrafo único da Portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio de 2023, e o atendimento individual é uma das possibilidades expostas¹ (Brasil, 2023).

Todos os usuários estão inseridos em um contexto social, familiar e cultural. As(os) assistentes sociais têm atribuições e competências para a identificação dos fatores sociais, encaminhamentos para as diversas políticas setoriais e acompanhamentos necessários, norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional (CFESS, 1993) e na Lei de Regulamentação da Profissão (Brasil, 1993) e, orientadas pelos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010).

O MRJ, por meio da Gerência de Doenças Pulmonares Prevalentes (GDPP), com o objetivo de trabalhar de forma mais sistemática os fatores de vulnerabilidade social, iniciou, em junho de 2023, um projeto-piloto no território da Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) 3.2 (área da cidade que concentra os bairros da região do Grande Méier e adjacências), incluindo no fluxo intrasetorial, o atendimento das(os) assistentes sociais aos usuários diagnosticados com TB.

METODOLOGIA

O MRJ está dividido em 10 Áreas de Planejamento (AP). As unidades de saúde da Atenção Primária estão distribuídas ao longo dessas mesmas 10 áreas. A introdução do novo fluxo de acompanhamento das pessoas com TB ocorreu no território da CAP 3.2, composto por 23 bairros (Inhaúma, Del Castilho, Engenho da Rainha, Higienópolis, Jacaré, Maria Da Graça, Tomás Coelho, Abolição, Água Santa, Cachambi, Encantado, Engenho de Dentro, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Méier, Piedade, Pilares, Riachuelo, Rocha, Sampaio, São Francisco Xavier, Todos os Santos, Jacarezinho) e 24 unidades de Atenção Primária à Saúde (APS). Esta área possui 12 equipes multiprofissionais e, no momento da implantação do fluxo, possuía todas as equipes multiprofissionais com assistentes sociais. Percebeu-se que este fator seria potente para implantação do projeto-piloto e acompanhamento dos usuários.

O caminho metodológico para a implantação e monitoramento de um novo fluxo intrasetorial, com o atendimento das(os) assistentes sociais aos usuários diagnosticados com TB, compreendeu as seguintes ações:

- Contatos telefônicos e por e-mail com representantes da CAP 3.2 (Apoiadoras TB, Assistentes Sociais);
- Construção do projeto de intervenção e de apresentações para fundamentar a implantação desse fluxo de atendimento;

¹ A atuação das e-MULTI está definida do inciso I ao VIII, do parágrafo único da Portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio de 2023 e compreende: o atendimento individual, em grupo e domiciliar; as atividades coletivas; o apoio matricial; às discussões de casos; o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; a oferta de ações de saúde à distância; a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e as práticas intersetoriais.

- Reuniões institucionais para discutir a importância da implantação do fluxo em tela e o planejamento das ações posteriores com os gestores, assistentes sociais e demais profissionais de saúde das Unidades de Atenção Primária da CAP 3.2;
- Reuniões para discussão e definição do instrumento de intervenção das(os) assistentes sociais;
- Construção do modelo de entrevista social, a partir de instrumento padrão a ser aplicado pelas(os) assistentes sociais nos atendimentos aos usuários. O modelo de “entrevista social para atendimento de pessoas com tuberculose” está dividido em onze tópicos, são eles: dados da e-MULTI/eSF; identificação; situação socioeconômica; território e habitação; vulnerabilidade social; relação com a justiça; situação de rua; uso abusivo/prejudicial de álcool e outras drogas; situação de saúde – tuberculose; interrupção de tratamento para tuberculose e evolução/encaminhamentos (em anexo);
- Treinamento das(os) assistentes sociais, que compõem as equipes e-MULTI da CAP 3.2 sobre TB, determinação social da doença, estigma e direitos e benefícios sociais;
- Reuniões de monitoramento com as(os) assistentes sociais e representantes da CAP 3.2.

Neste sentido, foi criado um fluxo de atendimento (Figura 1) que compreende as seguintes etapas:

• O usuário após o atendimento médico ou do enfermeiro, entre o 15º e 28º dias de tratamento, em que será informado sobre o diagnóstico de tuberculose, deverá ser encaminhado para atendimento com a(o) assistente social de referência da sua unidade de saúde.

• No momento do atendimento da(o) assistente social será realizada a entrevista social, a partir do questionário social padrão.

• Caso o usuário não compareça no atendimento, é solicitada a realização de busca ativa pelo Agente Comunitário de Saúde para novo agendamento com assistente social.

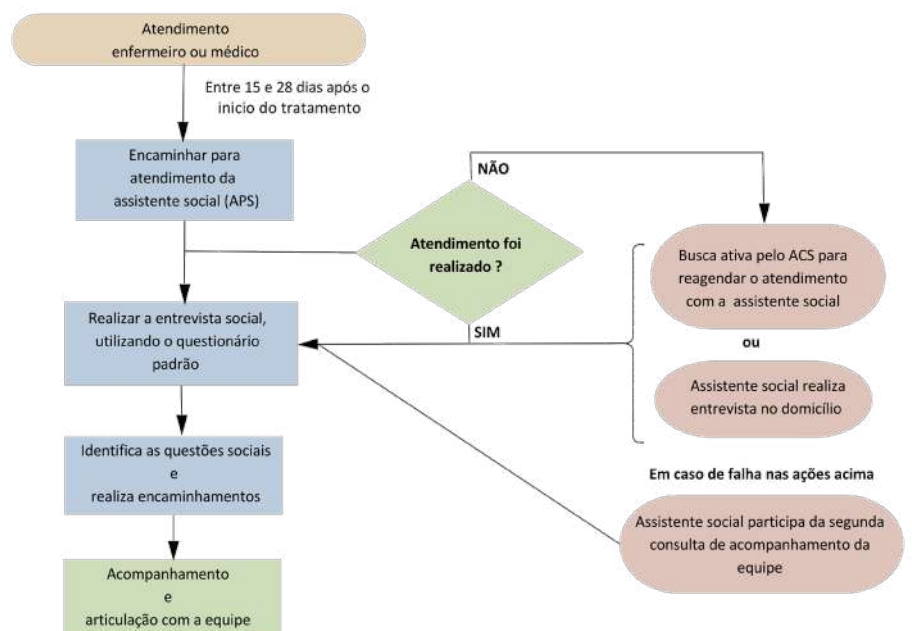


Figura 1: Fluxo para avaliação dos usuários com Tuberculose (TB) pela (o) Assistente Social (AS).

- A(o) assistente social poderá realizar entrevista em domicílio no caso de não adesão ao atendimento na unidade para realização de entrevista social.
- Caso a(o) assistente social não tenha conseguido realizar o atendimento, após as tentativas de busca ativa, o mesmo deverá ser realizado de forma conjunta com médico ou enfermeiro, na segunda consulta de acompanhamento.
- As intervenções necessárias serão realizadas, tanto aquelas voltadas ao usuário diretamente como a articulação com a equipe de saúde e com a rede de serviços se identificada à demanda, na perspectiva de um cuidado ampliado.
- Se identificado critério para ser atendido no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) de referência do bairro de residência do usuário, ocorrerá esse encaminhamento, após 15 dias do início do tratamento da tuberculose.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

O MRJ apresenta números expressivos no que diz respeito aos indicadores de incidência, interrupção do tratamento e morte por TB. No território da CAP 3.2, onde ficou definido o projeto-piloto, a taxa de incidência de TB foi de 115,8 casos/100 mil hab., em 2022, e taxa de mortalidade de 7,3%, e a proporção de interrupção de tratamento em casos novos foi de 17,1% nesse mesmo ano (Rio de Janeiro, 2024). Ademais, a escolha de território tem relação direta com sua cobertura por Assistente social, além da gestão da CAP demonstrar interesse em desenvolver um trabalho multiprofissional institucionalizado, desejando estabelecer de fato um novo fluxo e ampliar o cuidado da pessoa com tuberculose.

No decorrer da implantação, avaliou-se a importância de ampliar essa proposta para outras APs da cidade, levando em consideração além dos indicadores de TB do território, o interesse da gestão da CAP na incorporação desse fluxo no processo de cuidado das pessoas com TB, e a presença de assistentes sociais em todo o território. Assim, foi iniciado o mesmo processo, posteriormente, na CAP 5.3 (que concentra os bairros de Santa Cruz, Paciência e Sepetiba), e com possibilidade de ampliação para outras APs em 2025.

A TB é considerada uma doença de determinação social, uma vez que a condição de saúde é diretamente influenciada pelos fatores ambientais, sociais e econômicos em que a pessoa se insere (Brasil, 2024). Estudos apontam que o controle dessa endemia depende da superação de problemas de diferentes naturezas, além dos fatores biológicos, há de se considerar as causas sociais, econômicas, culturais, étnico-raciais, psicológicas e comportamentais (Moreira; Kritski; Carvalho, 2020).

Ao trazer à tona tais perspectivas sociais, o risco de interrupção de tratamento é maior (Navarro *et al.*, 2021; Rabelo *et al.*, 2021). Isso porque, fatores sociais que expressam a condição de vulnerabilidade social como a pobreza, a insegurança alimentar, a falta de moradia ou moradias sem ventilação, desemprego e as barreiras para acesso à saúde são aspectos bem comuns entre as pessoas com TB e, são responsáveis, muitas vezes, por um desfecho negativo como a interrupção do tratamento ou a morte do usuário.

O acompanhamento dos pacientes com TB é responsabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS), ordenadora do cuidado em saúde (Wysocki, 2017), por meio das equipes de Saúde da Família (eSF), que ante as situações de vulnerabilidades e riscos sociais, demandam o acompanhamento com os profissionais das e-MULTI (Brasil, 2025), entre eles assistente social, psicólogo/a, nutricionista, profissional de educação física, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e fonoaudiólogo/a, e, muitas vezes intersetorial.

Essas e-MULTIs, por meio da Portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio de 2023, têm definidas as formas de atuação como: o atendimento individual, em grupo e domiciliar; as atividades coletivas; o apoio matricial; às discussões de casos; o atendimento compartilhado entre profissionais e equipes; a oferta de ações de saúde à distância; a construção conjunta de projetos terapêuticos e intervenções no território; e as práticas intersetoriais. (Brasil, 2023)

Na perspectiva da determinação social da TB, as (os) assistentes sociais, no rol de suas competências expressas no art. 2º da Lei 8.662 de 1993 (Brasil, 1993) podem: orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; realizar estudos socioeconômicos; fazer encaminhamentos para outros serviços na perspectiva da garantia dos direitos; entre outras ações.

A integração de assistentes sociais no fluxo intrasetorial de atendimento contribuiu significativamente para a abordagem dos determinantes sociais da tuberculose no MRJ, buscando minimizar a interrupção do tratamento e ampliar o cuidado às pessoas com TB. Para sua construção e implementação, ocorreram reuniões da GDPP e da apoiadora do projeto SES-RJ/GDPP-SMSRJ, com gestores, assistentes sociais e demais profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde da CAP 3.2.

O novo processo de trabalho tem um papel importante no que diz respeito ao necessário atendimento interdisciplinar, na busca por olhar para esses usuários pelo aspecto da integralidade. Para a concretização desse fluxo, houve a adoção de um modelo de entrevista social como instrumento que auxilia na identificação das vulnerabilidades sociais. Por estarmos em um projeto-piloto que estava experimentando e adequando o instrumento após a sua aplicação, suas respostas não foram submetidas ao Comitê de Ética, tratando seus achados, portanto, informações que servem neste momento para base de acompanhamento ainda mais qualificado das pessoas com TB.

A partir de algumas questões identificadas nas entrevistas sociais, como, por exemplo, os motivos para interrupção de outro tratamento anterior, motivos que dificultam a tomada da medicação, compreensão da rede de apoio, dentre outros, consegue-se levantar possíveis riscos para a interrupção do tratamento e agir de forma preventiva, fazendo as orientações, encaminhamentos à rede de serviços e acompanhamentos necessários. Esse atendimento contempla a equipe de assistentes sociais, ressaltando a importância da articulação multiprofissional.

Cabe dizer que para a concretização desse fluxo, a CAP 3.2 apoiou em outras ações importantes, entre elas, informando aos (às) gerentes das unidades de saúde e Responsáveis Técnicos (RTs) sobre esse novo fluxo intrasetorial com as (os) assistentes sociais, divulgando nas reuniões com a eSF e; reforçando quanto ao matriciamento dos casos atendidos pelas (os) assistentes sociais com eSF.

De junho de 2023 a agosto de 2024, foram realizadas 487 entrevistas sociais. Observou-se, a partir do relato dos profissionais, que a inclusão desse fluxo com o atendimento de assistentes sociais vem colaborando com o cuidado ampliado ao usuário. Uma vez que, foi identificado o fortalecimento do acolhimento e vinculação com a equipe de saúde; maior sensibilização da equipe assistencial sobre os condicionantes e determinantes sociais que podem impactar na má adesão ao tratamento; garantia da orientação sobre os direitos e benefícios dos usuários além dos encaminhamentos para os dispositivos da rede (CAPS², CAPSad³, CRAS, CREAS, entre outros) o mais cedo possível. Ademais, esses atendimentos possibilitaram a identificação e ampliação da avaliação de contatos, orientação sobre a importância da realização de Testes Rápidos e diminuição do estigma e preconceito relacionado à doença. O monitoramento vem ocorrendo por meio de reuniões entre a equipe da GDPP, apoiadora SES, gestores e assistentes sociais da CAP 3.2, com o objetivo de identificar os entraves e os avanços no processo de implantação do fluxo de atendimento das assistentes sociais.

CONCLUSÃO

Ter acesso à saúde, como um direito, compreende perceber os usuários em sua completude - sua inserção na sociedade, sua fonte de renda, acesso à educação, à alimentação, acesso ao lazer, condição de habitabilidade, de trabalho, entre outros aspectos -, e buscar estratégias para garantir o cuidado com equidade.

Dessa forma, ampliar o cuidado das pessoas com TB, inserindo profissionais que compõem as equipes multiprofissionais, nesse caso a (o) assistente social, vai ao encontro de uma perspectiva de cuidado ampliada, em que reconhecemos as determinações sociais da TB, e neste sentido, essa proposta está interligada com as metas para eliminar a TB como problema de saúde pública até 2030.

Recomendar que assistentes sociais estejam incluídas (os), de forma sistemática, no fluxo de atendimento às pessoas com TB se coloca como um meio para identificar e intervir, precocemente, nos fatores sociais passíveis de impactar o andamento do tratamento, de forma a contribuir com o objetivo de alcançar o controle da TB, a partir de uma visão mais ampla e integral desses usuários acometidos pela doença.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

O artigo foi escrito por PSSM, MG e CAG. PSSM liderou a redação do manuscrito, sugeriu a divisão dos tópicos, de modo que cada uma contribuiu mais significativamente em determinadas partes. Todas as autoras colaboraram com o texto e deram a aprovação final para publicação.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Ana Paula Barbosa, gerente da GDPP, assim como aos gestores, assistentes sociais e demais profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde da CAP 3.2 pelo apoio essencial na construção e desenvolvimento deste trabalho. Também expressamos nossa gratidão a Gabriela Pessanha e Regina Zuim pelas valiosas orientações e revisão do artigo.

¹ Centro de Atenção Psicossocial.

² Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Casa Civil. Lei n.º 8662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. Brasília-DF: Casa Civil, 1993. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm>. Acesso em: fev. de 2025.

_____. Ministério da Saúde. Articulação das Redes de Atenção à Saúde e APS. 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude>>. Acesso em: fev. de 2025.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 635, de 22 de maio de 2023. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html>. Acesso em: fev. de 2025.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim epidemiológico: Tuberculose. Número especial. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim-epidemiologico-tuberculose-2024/view>>. Acesso em: fev. de 2025.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução n.º 145, de 15 de outubro de 2004, publicada no Diário Oficial da União do dia 28 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social. Brasília-DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/resolucoes/2004/Resolucao%20CNAS%20no%20145-%20de%2015%20de%20outubro%20de%202004.pdf>. Acesso em: fev. de 2025.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Código de Ética do Assistente Social. Brasília, DF: CFESS, 1993. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf. Acesso em: fev. de 2025.

_____. – Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010. https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: fev. de 2025.

MOREIRA, A. S. R.; KRITSKI, A. L.; CARVALHO, A. C. C. Social determinants of health and catastrophic costs associated with the diagnosis and treatment of tuberculosis. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, v. 46, n. 5, e20200015, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20200015>.

NAVARRO, P. et al. O impacto da estratificação por grau de risco clínico e de abandono do tratamento da tuberculose, *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 47, n. 4, e20210018, 2021. DOI: <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20210018>.

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. In: Pereira, I. B.; Lima, J. C. F. (Org.) *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2ª ed. rev. ampl., 478 p., 2008. Disponível em: <https://www.epsv.fiocruz.br/publicacao/livro/dicionario-da-educacao-profissional-em-saude-segunda-edicao-revista-e-ampliada>. Acesso em: fev. de 2025.

RABELO, J. V. C. et al. Avaliação do desempenho dos serviços de atenção primária à saúde no controle da tuberculose em metrópole do Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*; v. 37, n. 3, p. :e00112020, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112020>.

RIO DE JANEIRO (CIDADE). Secretaria Municipal de Saúde (SMS-Rio). Subsecretaria de Promoção; Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV); Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS); Centro de Inteligência Epidemiológica (CIE). Boletim Epidemiológico – Tuberculose no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ: Secretaria Municipal de Saúde. 2024. Disponível em: <<https://epirio.svs.rio.br/publicacoes/tuberculose-no-municipio-do-rio-de-janeiro-2024/>>. Acesso em: fev. de 2025.

WHO – World Health Organization. Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponível em: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>. Acesso em: fev. de 2025.

WYSOCKI, A. D. et al. Atenção Primária à Saúde e tuberculose: avaliação dos serviços. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 1, p. 161-175, 2017.

ANEXO



ENTREVISTA SOCIAL PARA ATENDIMENTO DE PESSOA COM TUBERCULOSE

A - DADOS DA e-MULTI/Esf

Nome da (o) Assistente social que aplicou o instrumento: _____

Unidade de Atenção Primária: _____

Cobertura da Estratégia de Saúde da Família? () Sim () Não

Equipe: _____

B- IDENTIFICAÇÃO

Data do atendimento/ Aplicação do Questionário: _____

Data do Diagnóstico: _____ Número do Sinan: _____

Nome do usuário: _____

Nome Social: _____

—

Apelido: _____

—

Sexo ao nascer: ()Feminino ()Masculino

Gênero: ()Mulher Cis ()Mulher Trans ()Homem Cis ()Homem Trans ()Travesti ()Não binária () Se descreve de outra maneira

Raça/cor: ()Branca ()Preta ()Parda ()Indígena ()Amarela

Escolaridade: ()Analfabeto ()Ensino Fundamental Incompleto ()Ensino Fundamental Completo ()Ensino Médio Incompleto ()Ensino Médio Completo ()Graduação ()Pós Graduação Lato Sensu ()Mestrado ()Doutorado

Data de nascimento: _____

CPF: _____

Tem CNS? ()Sim _____ ()Não

Nome da Mãe: _____

Município de residência: _____

Endereço de residência (Se o usuário estiver em situação de rua, responder "EM SITUAÇÃO DE RUA"): _____

Bairro (Se o usuário estiver em situação de rua, responder "EM SITUAÇÃO DE RUA"): _____

Situação Conjugal: ()Solteiro ()Casado/União Estável ()Divorciado/Separado ()Viúvo ()Vive junto

C - SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA

Renda Familiar: ()Menos de um salário mínimo ()Um Salário Mínimo ()Dois a três Salários ()Mais de três Salários

Vínculo empregatício: ()Trabalho Formal ()Trabalho Informal ()Desempregado(a) ()Aposentado\Pensionista

Profissão/Ocupação (função atual): _____

D - TERRITÓRIO E HABITAÇÃO

Situação da moradia: () Própria () Alugada () Cedida () Ocupada () Situação de Rua
() Acolhimento Institucional () Acolhimento Familiar

Reside em território de violência conflagrada (território que têm facções em conflito)?

() Sim () Não Se sim, entender de que forma essa questão da violência urbana pode afetar o tratamento:

Quantidade de cômodos na moradia (marcar um "X"): 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais ()

Não se aplica ()

Têm janelas? () Sim () Não () Não se aplica (Situação de rua, ou institucionalizado)

Se sim, quantas (marcar um "X")? 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais () Não se aplica ()

A moradia possui fogão? () Sim () Não () Não se aplica (Situação de rua)

Se não, como é feito o alimento? _____

A moradia possui geladeira? () Sim () Não () Não se aplica (Situação de rua)

Quantidade de residentes na moradia: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ou mais ()

Reside com idoso(a)? () Sim () Não

Reside com adolescentes e/ou crianças? () Sim () Não

Se sim, qual a quantidade de crianças e/ou adolescentes: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais ()

Todas as crianças e/ou adolescentes de 4 a 17 anos de idade estão matriculados na escola?

() Sim () Não

Caso alguma criança e/ou adolescente não esteja matriculada na escola, descrever o motivo: _____

E - VULNERABILIDADE SOCIAL

Nos últimos 3 meses, você comeu apenas alguns alimentos que ainda tinha porque o dinheiro acabou?

() Sim () Não

Nos últimos 3 meses, os alimentos acabaram antes que você tivesse dinheiro para comprar mais comida?

() Sim () Não

Possui documentação básica, de acordo com o sexo e idade? () Sim () Não

Quais documentos não possui? Obs.: pode marcar mais de uma opção.

() Certidão de Nascimento/Casamento () Identidade () CPF () Carteira de Trabalho

() Certificado de Reservista () Título de Eleitor

Possui CadÚnico? () Sim () Não

Possui Bolsa Família? () Sim () Não

Possui Benefício de Prestação Continuada (BPC/LOAS)? () Sim () Não

Possui Vale Social? () Sim () Não

Possui gratuidade na passagem do ônibus municipal? () Sim () Não

Se não, por qual motivo não possui gratuidade na passagem do ônibus _____

Se sim, qual? () Gratuidade do ônibus municipal- Tuberculose () Gratuidade do ônibus municipal-

HIV/AIDS () Gratuidade do ônibus municipal- Outras doenças crônicas

() Gratuidade do ônibus municipal- Pessoas com deficiência () Gratuidade do ônibus municipal-

Idoso () Gratuidade do ônibus municipal- Alunos da rede pública de ensino

É imigrante? () Sim () Não

Tem rede de apoio (familiar e/ou comunitária)? () Sim () Não

Se sim, informe o nome, parentesco e telefone: _____

Realiza acompanhamento em saúde mental? () Sim () Não

Se sim, onde? _____

Se sim, por qual motivo? _____

Vivenciou ou está vivenciando situação de violência que possa impactar o tratamento da tuberculose?

() Sim () Não

Se sim, qual a situação? _____

F - RELAÇÃO COM A JUSTIÇA (Esse tópico só deve ser respondido, se o usuário for egresso do sistema prisional ou de medida socioeducativa. Se não for esse perfil, esse tópico não deve ser respondido).
Obs.: É importante verificar se está sendo acompanhado no CREAS. Caso não esteja, deve haver o encaminhamento.

É egresso do sistema prisional? (Adulto) ☐ Sim ☐ Não
É egresso de medida socioeducativa de internação (meio fechado)? (Jovens de 12 a 18 anos de idade)
☐ Sim ☐ Não

G - SITUAÇÃO DE RUA (Esse tópico só deve ser respondido se o usuário estiver em situação de rua. Se não for o perfil, marcar “NÃO”, na primeira pergunta e não responder as demais.)

Está em situação de rua? ☐ Sim ☐ Não
Qual o seu território de referência? _____
Quais os locais de permanência? _____
Área coberta pela ESF? ☐ Sim ☐ Não
É proveniente de outro Município? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, qual? _____
Frequenta outro município? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, qual? _____
Quantas refeições realiza por dia? 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
Recebe alimentação vinculada ao tratamento da Tuberculose? ☐ Sim ☐ Não
Frequenta Centro POP? ☐ Sim ☐ Não
Está em atendimento com a equipe do CREAS? ☐ Sim ☐ Não

H - USO ABUSIVO/ PREJUDICIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Faz uso de drogas, incluindo o álcool? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, quais? ☐ Álcool ☐ Cocaína ☐ Maconha ☐ Tabaco ☐ C rack ☐ Crack com maconha - Zirrê
☐ Loló ☐ Cola ☐ Thinner ☐ Alucinógenos ☐ Opioides ☐ Ecstasy
☐ Sedativos/Hipnóticos ☐ Injetáveis
Se sim, com quantos anos iniciou o uso? (Obs.: aqui entender se esse uso é frequente) _____

Quando você usa a substância, interrompe o uso da medicação? ☐ Sim ☐ Não

I - SITUAÇÃO DE SAÚDE - TUBERCULOSE

É a primeira vez que trata Tuberculose? Obs.: se a resposta for “NÃO”, responder às perguntas desta seção e também responder à seção “Interrupção de Tratamento para a Tuberculose”.
☐ Sim ☐ Não
Fez testes rápidos de sangue (detecção de HIV, sífilis e hepatites)? ☐ Sim ☐ Não
Está com a medicação? ☐ Sim ☐ Não
Realiza Tratamento Diretamente Observado (TDO)? ☐ Sim ☐ Não
Quantas vezes na semana você recebe a medicação? ☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ 4x ☐ 5x
Se sim, em qual local? ☐ Em casa ☐ Na unidade ☐ Em outro local ☐ Por chamada de vídeo
☐ Por ligação
Se não, explique o motivo: _____

Alguém que você convive no dia-a-dia (tem muito contato) fez a avaliação de contato (ex.: filho (a), companheira, mãe, pai, cuidador (a), colegas do trabalho, etc)? ☐ Sim ☐ Não
Se sim, quem? _____
Se não, qual o motivo: _____

J - INTERRUPTÃO DE TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE

Histórico de interrupção de tratamento? () Sim () Não

Por qual motivo interrompeu o tratamento? _____

Em qual unidade fazia o tratamento? _____

K - EVOLUÇÃO

Houve algum encaminhamento? () Sim () Não

Foi encaminhado para o CRAS? () Sim (quando tiver demanda e perfil de CRAS) () Não se aplica (em casos onde o perfil é de CREAS ou se não houver demanda para o CRAS) () Já é acompanhado

Se sim, qual CRAS? _____

Qual foi a demanda? _____

Foi encaminhado para o CREAS? () Sim (quando tiver demanda e perfil de CREAS) () Não se aplica (em casos onde o perfil é de CRAS ou se não houver demanda para o CREAS) () Já é acompanhado

Se sim, qual CREAS? _____

Qual foi a demanda? _____

Foi encaminhado para alguma unidade para tratamento de saúde mental? () Sim () Não se aplica () Já é acompanhado

Qual foi a demanda? _____

Foi encaminhado para outro serviço? () Sim () Não (não foi identificada demanda) () Já está sendo acompanhando por outros serviços

Se sim, qual? _____

Demais orientações e encaminhamentos realizados:

Recebido em: 26/08/2024

Aprovado em: 06/01/2025



Rotinas de qualificação da informação para o sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) nos municípios prioritários para ações de controle da tuberculose no Estado do Rio de Janeiro

Jaqueline Ramos de Almeida¹

Juliana de Oliveira Amâncio dos Anjos¹

Larissa da Silva Machado¹

Marneili Pereira Martins¹

RESUMO

A tuberculose é doença de notificação compulsória, e problema de saúde pública. Os dados oriundos das fichas de notificação, inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) requerem rotinas de qualificação. O objetivo foi descrever principais rotinas de qualificação do SINAN e ações nos municípios prioritários para o controle da doença no estado do Rio de Janeiro. As atividades de diagnóstico e apoio na qualificação do banco de dados através das seguintes rotinas estruturadas: rotina de fluxo de retorno, rotina de duplicidade intermunicipal, rotina de monitoramento do encerramento dos casos notificados, análise da completude e inconsistência do banco de dados. As rotinas do SINAN se bem qualificadas possibilitam dados mais fidedignos para as diferentes ações em saúde.

Palavras-chave: SINAN tuberculose, qualificação de dados, municípios prioritários.

¹Gerência de tuberculose (GERT) da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ), Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:
Jacqueline Ramos de Almeida
e-mail: jacpsisc@gmail.com.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa cuja contaminação se dá pelas vias aéreas, a partir da inalação de aerossóis com o bacilo de Koch, expelidos pela tosse, espirro ou fala de pessoas doentes com tuberculose pulmonar, ou laríngea. Somente essas formas de tuberculose ativa transmitem a doença (Brasil, 2019).

A tuberculose figura entre as doenças de notificação compulsória mediante confirmação, e deve ser notificada às autoridades de saúde pública em dado território por meio da ficha de notificação/investigação específica do agravo, onde são contempladas informações sobre o paciente, o lugar, a situação clínica, a classificação de acordo com o tipo de entrada e o desfecho do tratamento. Portanto, para além do registro, é um instrumento que permite o acompanhamento do caso. Após o preenchimento da ficha, ela deve ser inserida no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Com isso, forma-se o banco de dados sobre a tuberculose, tornando possível uma série de análises de seus indicadores, subsidiando ações locais, planejamento e história epidemiológica do agravo ao longo do tempo (Brasil, 2019; 2023).

No estado do Rio de Janeiro as ações de controle e eliminação da tuberculose têm seu foco em municípios considerados prioritários, sendo dezesseis (16) deles pela alta carga de TB, nove (9), sendo seis (6) deles incluído na lista dos 16, pela tuberculose no sistema prisional, totalizando em dezenove (19) municípios agregando as duas condições. São listados a seguir os 19 municípios, que juntos respondem por mais de 86% de todos os casos notificados no estado: Belford Roxo, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Itaperuna, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, Resende, São Gonçalo, São João de Meriti, Rio de Janeiro e Volta Redonda.

Com relação aos dados inseridos nos sistemas de informação, estes precisam estar qualificados para que as informações oriundas deles possam ser fidedignas e estejam de acordo com a realidade que pretenda descrever. Não é diferente com os dados do SINAN para tuberculose, tendo em vista os inúmeros



indicadores e as informações dos acompanhamentos necessárias. Por isso é de suma importância que existam rotinas de qualificação e monitoramento da base de notificação (Piccolo, 2018).

O SINAN estadual é alimentado pelas bases municipais, portanto, as rotinas implementadas e realizadas visam o assessoramento técnico das coordenações dos municípios. Portanto, é primordial que o programa estadual de controle da tuberculose tenha rotinas de informação para o SINAN estruturadas para a gestão adequada da vigilância dos dados. Essas atividades trarão reflexo nos municípios, sobretudo nos prioritários, foco desta atividade de qualificação, que visa contribuir para que as informações obtidas sejam de qualidade, completas e coerentes.

OBJETIVO

Descrever as rotinas do SINAN realizadas com o objetivo de qualificar o banco de dados da tuberculose do estado do Rio de Janeiro nos municípios prioritários.

METODOLOGIA

Trata-se do relato de experiência quanto à realização das principais rotinas do SINAN pela Gerência da Tuberculose do ERJ, para qualificação da vigilância dos dados de tuberculose nos municípios prioritários, não incluídos os municípios prioritários somente para o sistema prisional, como no caso de Resende, Itaperuna e Volta Redonda, nem o Rio de Janeiro, portanto, totalizando 15 municípios. A atividade compreendeu o período entre o 2º semestre de 2022 e o ano de 2023. As rotinas em questão foram apresentadas no relato da atividade e foram desenvolvidas por dois apoiadores de informação em 15 municípios, com exceção do Rio de Janeiro que conta com apoiadora local para esta atividade. As atividades foram desenvolvidas considerando dois tipos de abordagem: uma in loco com visita aos municípios e outra internamente na Gerência de Tuberculose da SES de acordo com as etapas descritas a seguir:

- 1 - Diagnóstico situacional da informação;
- 2 - Fluxo de retorno / Transferências;
- 3 - Duplicidades/Vinculações;
- 4 - Monitoramento de encerramento dos casos notificados; e
- 5 - Análise da completude e inconsistência das variáveis da base de notificação.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

1 - Diagnóstico situacional da informação

A atividade de diagnóstico situacional e ações estratégicas para a melhoria da informação foi realizada mediante visita técnica em cada município prioritário com o intuito de verificar funcionamento da rotina referente ao sistema de informação, em especial, o SINAN e fluxos estabelecidos para as notificações. Para a visita foi solicitado que deveria haver a participação da equipe do PMCT, inclusive do coordenador e àqueles que fossem responsáveis pelas rotinas do SINAN.

Foi elaborado um roteiro para nortear as perguntas referentes à organização, estrutura do serviço, fluxos na rede para notificação, acompanhamento, atualização e encerramento dos casos.

Após esta etapa, foi realizado um plano de ações estratégicas relacionado aos problemas identificados com base no diagnóstico situacional referente às rotinas do SINAN em cada um dos municípios, e, ainda, fundamentado nos encontros de planejamento de ações referentes às rotinas do SINAN, com a participação da equipe do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de cada município e seus respectivos apoiadores do Projeto de fortalecimento das ações de controle e eliminação da tuberculose no estado do Rio de Janeiro.

Foram feitos levantamentos dos pontos críticos que influenciam na qualidade das informações do agravo. E a partir disso, foram destacadas as rotinas que devem ser realizadas para que se tenha um banco de dados com informações fidedignas e construído para cada município, respeitando a particularidade de

cada um, uma matriz de planejamento das ações, com as seguintes informações: macro- ação, ação/ atividade, indicador, meta, responsável, prazo para ação/atividade, recursos necessários e fontes possíveis.

Para a realização das ações planejadas foram agendadas visitas conforme o cronograma disposto na matriz de planejamento. Contudo, a continuidade das atividades foi realizada de acordo com o tempo e a disponibilidade da equipe do PCT, visando sempre à clara compreensão dos participantes.

O conteúdo das atividades foi baseado nos instrumentos encontrados no site do portal SINAN na área da tuberculose: instrucional de preenchimento da ficha de notificação/investigação, dicionário de dados e caderno de análise e as próprias rotinas realizadas na secretaria de monitoramento da qualidade da informação.

2 - Rotina de fluxo de retorno

A Gerência de Tuberculose da SESRJ, como parte de suas rotinas com vistas à qualificação da informação, realiza o fluxo de retorno, que consiste no envio, duas vezes ao ano, de planilha, onde são listados todos os casos notificados fora de suas residências por outros municípios dentro do ERJ. A periodicidade de envio ocorre nos meses de janeiro e julho. O objetivo desta rotina é a possibilidade de qualificação dos registros, permitindo ainda que as coordenações municipais tomem ciência e possam buscar, sobretudo, informações sobre os desfechos dos casos. Estes, que podem estar em diferentes situações: casos que iniciaram e seguiram seu tratamento em município fora de sua residência; casos que iniciaram em outro município, que não de sua residência, não compareceram mais e foram encerrados como interrupção, contudo, retornaram aos seus municípios de origem e foram notificados, porém, como caso novo, pois o município de sua residência não tinha o conhecimento da notificação anterior no outro município e; casos que iniciaram o tratamento no seu município de residência, deixando de comparecer ao mesmo, foram dados como interrupção por este, mas que compareceram em outro município e foram novamente notificados sem que este segundo serviço tenha tido conhecimento do início do tratamento no município anterior. Portanto, esta rotina visa minimizar estas situações corriqueiramente causadoras de erros nos registros. Dessa forma, além do município, ter conhecimento sobre os casos de seus residentes fora de seu território, pode também contribuir na qualificação das informações deles no SINAN e para o encerramento dos casos (Rio de Janeiro, 2022).

3 - Rotina de duplicidade intermunicipal

A Gerência Estadual de Tuberculose realizou, em abril de 2023, a rotina de duplicidades intermunicipais, ou seja, os casos de duplicidades avaliados entre municípios do estado do Rio de Janeiro, visando à qualificação dos casos de duplicidades que apresentaram pendência de informação, situação que ocorre quando não é possível definir a situação do caso, se para vinculação, duplicidade e/ou outros tratamentos, de modo a operacionalizá-la no Sinan. A partir da última base de dados atualizada exportada, foram selecionados todos os casos de duplicidades entre os municípios prioritários que não foram solucionados, com uma análise prévia destas pendências.

Foi enviado para a coordenação de cada PCT um e-mail com orientações sobre as duplicidades observadas e em anexo uma planilha contendo os casos de duplicidades com as respectivas pendências para que as coordenações pudessem realizar a busca das informações necessárias.

Foi construída uma planilha para que, conforme os municípios dessem a devolutiva dos casos, fosse preenchida com a solução ou uma nova pendência e conduta de cada caso, para posterior execução da rotina junto ao SINAN.

Aqueles casos já revisados e enviados pelo município que ainda apresentaram alguma pendência, foram devolvidos para realizar uma busca mais minuciosa das informações.

Ao fim do processo, mais de 50% de todas as pendências foram resolvidas e os casos de transferências vinculados no SINAN estadual.

4 - Rotina de monitoramento do encerramento dos casos notificados de tuberculose

Foi realizada a atividade de monitoramento do encerramento dos casos, por meio da base de dados

do SINAN, exportada no início do mês de novembro de 2023. Cada programa municipal de controle da tuberculose recebeu um arquivo contendo uma listagem dos casos ainda não encerrados de 2022 e os casos não encerrados do 1º quadrimestre de 2023 que, possivelmente, já apresentavam tempo oportuno para o encerramento.

Ao receberem o arquivo, os profissionais fizeram uma busca das informações referente aos encerramentos dos casos, e, atualizaram os dados no SINAN, qualificando a informação.

Ainda nesta atividade, foi realizada uma avaliação do encerramento dos casos no período de 2018 a 2022, onde foi observado: o percentual de casos sem encerramento, de cura, de interrupção de tratamento e transferência; do total de casos encerrados, foram observados o percentual de casos novos pulmonares confirmados por critérios laboratoriais, o percentual de casos de tuberculose infectados pelo HIV e o percentual de casos novos pulmonares confirmados por critérios laboratoriais, que são infectados pelo HIV, com objetivo de avaliar o percentual de não encerrados nesses anos como parâmetro para 2022.

Além disso, foi avaliado o tempo de encerramento por cura dos casos já encerrados no período citado, observando o tempo entre a data de diagnóstico e a situação de encerramento, bem como uma avaliação do tempo de interrupção de tratamento no período de 2018 a 2022, onde foi analisado o tempo entre a data de diagnóstico e a data de interrupção de tratamento, com o objetivo de verificar inconsistência nesses tempos de desfechos.

Como resultados desta atividade foram observados menores percentuais de casos não encerrados nos municípios que receberam este monitoramento.

5 - Análise da completude e inconsistência do banco de dados

Foi realizada em agosto de 2022 análise da qualidade das informações do banco de dados do SINAN, quanto à completude e consistência, referente às notificações de tuberculose dos municípios prioritários no período de 2020 e 2021. Para esta atividade foram considerados os diagnósticos de tuberculose em residentes dos municípios prioritários nos anos de 2020 e 2021 e notificados no SINAN.

Foi utilizado o banco de dados do ERJ exportado do SINAN do mês de agosto de 2022.

Para a análise da completude, foram selecionadas 10 variáveis do banco de dados: raça/cor, escolaridade, população em situação de rua, beneficiário de programa de transferência de renda do governo, alcoolismo, uso de drogas ilícitas, diabetes, tabagismo, doença mental e tratamento supervisionado. Para avaliar o grau de completude, foram calculadas a proporção do preenchimento das variáveis e os resultados foram classificados de acordo com o escore já utilizado pela Gerência de tuberculose do ERJ em excelente ($\geq 95\%$), bom (85% a 94,99%), regular (75% a 84,99%), ruim (50% a 74,99%) e péssimo ($< 50\%$).

Além das 10 variáveis mencionadas, foi realizada uma análise da variável: situação de encerramento. Está é importante para o indicador de proporção de casos novos pulmonares de tuberculose com confirmação laboratorial como curados. Para o cálculo deste indicador, os casos incluídos são dos residentes do município avaliado, independentemente de se estes casos foram notificados por outros municípios. Com isso, foi proposto analisar o grau de completude da variável por município de residência e fazer a mesma análise, porém por município de notificação, comparando se há divergências nas análises que possam refletir nos resultados do indicador citado. Para esta análise, o ano de 2021 não foi incluído, pois a base de dados ainda se encontrava em período de encerramento. Logo, apenas o ano de 2020 foi utilizado.

Já para a análise da consistência da informação, foram escolhidas as variáveis: gestante e escolaridade, para se relacionarem com a variável idade.

Gestante

Foram selecionados os casos em que os pacientes são do sexo feminino, com idade igual ou superior a 10 anos. Segundo o dicionário de dados do SINAN (Brasil, 2020), ao preencher a idade e essa for menor que sete anos, o sistema preencherá automaticamente a opção não se aplica (6) no campo gestante.

Contudo, foi considerado como elegível para análise os casos de notificação com idade igual ou superior a 10 anos, sugerindo que é nesta idade que os sinais de puberdade se iniciam.

Determinou-se, dessa forma, que a informação seria inconsistente quando o caso do sexo feminino, com idade igual ou superior a 10 anos, obtivesse no campo gestante a opção 6 - não se aplica.

Escolaridade

Foram selecionados todos os casos diagnosticados nos anos de 2020 e 2021, que apresentavam idade igual ou superior a sete anos, uma vez que a categoria não se aplica deve ser utilizada para pacientes com idade inferior a sete anos (Brasil, 2020).

Foi considerado que a informação seria inconsistente quando os casos com idade igual ou superior a sete anos apresentasse no campo escolaridade a opção 6 - não se aplica.

Como resultado, os casos identificados com inconsistência foram reportados aos municípios de notificação para correção no SINAN.

DISCUSSÃO

Ao ser realizada análise do banco de dados dos municípios prioritários do ERJ, tem-se uma amostra de como está a qualidade dos dados inseridos no SINAN, uma vez que contribuem com 86% das notificações.

As rotinas do SINAN realizadas pela gerência da tuberculose do ERJ são de extrema importância para o monitoramento e, conseqüentemente, para a qualificação da informação. Todavia, estas atividades realizadas pela secretaria estadual seriam mais efetivas, com volume menor de casos para qualificação, se estas rotinas fossem amplamente realizadas pelas coordenações municipais. Portanto, de fato, para que se tenha uma correta qualificação da notificação e a continuidade do tratamento de forma adequada, é indispensável que os programas municipais de controle da tuberculose também implementem tais rotinas, instrumentalizem suas vigilâncias para minimizarem as incompletudes e inconsistências e se tenha o encerramento do tratamento em tempo oportuno, evitando a interrupção do tratamento e erros de interpretação dos indicadores calculados.

De forma geral, foi observado que há necessidade de capacitação tanto daqueles que preenchem a ficha de notificação, quanto dos digitadores que inserem as informações da ficha no SINAN. Os profissionais que atuam na informação na Gerência da tuberculose do ERJ, vem realizando capacitações/atualizações referentes ao SINAN e suas rotinas e funcionalidades. Contudo, é observado que há uma alta rotatividade de profissionais responsáveis pela informação nos municípios, o que dificulta a consolidação deste processo.

Entende-se que quando os pacientes realizam o tratamento fora do município de sua residência há uma dependência de o programa municipal de controle da tuberculose ser informado pelos municípios notificantes. Portanto, a comunicação entre os municípios é imprescindível, para que se garanta a chegada do paciente à sua unidade de destino, ou ainda para que o município de residência tenha controle dos seus usuários que estão em tratamento fora de seu território, contribuindo assim com a continuidade do tratamento.

Recomenda-se neste caso, investir na rotina de transferência e de fluxo de retorno já orientadas pela Gerência de tuberculose do ERJ, por meio de nota técnica e nota informativa, respectivamente, pois as transferências, sejam elas temporárias ou permanentes, sempre ocorrerão, bem como usuários realizando tratamento fora de sua área de residência. E por isso, essas rotinas devem estar bem estabelecidas, de forma que não falte assistência ao paciente, contribuindo para o sucesso do tratamento.

Ressalta-se, ainda, que a rotina de duplicidade também é influenciada pela implementação dessas rotinas, permitindo que tenhamos dados mais fidedignos, garantindo uma rotina de duplicidade mais precisa.

Portanto, forte contribuição para a efetividade no tratamento, nas rotinas referentes às transferências e fluxo de retorno sendo bem estabelecidas nos municípios, atinge um dos seus objetivos, que é o de

prevenir a interrupção do tratamento de tuberculose.

É importante que se tenha clareza de que a cooperação entre os municípios deve ser mútua, havendo sempre uma comunicação entre eles, facilitando o processo de trabalho e garantindo a efetividade de tais rotinas.

Nota-se que além das rotinas já discutidas, ao se implementar uma rotina de monitoramento dos casos de tuberculose, visando qualificar o encerramento do tratamento em tempo oportuno, passa-se a ter um papel de extrema importância no controle da tuberculose uma vez que auxilia na detecção daqueles pacientes faltosos, evitando a descontinuidade do tratamento, interrompendo a cadeia de transmissão e, conseqüentemente uma possível resistência aos medicamentos do esquema básico.

CONCLUSÃO

Os 16 municípios prioritários, de fato, refletem a situação do estado sobre o controle da doença, pois contribuem com 86% das notificações de tuberculose do ERJ. Sendo assim, as melhorias na qualidade das informações prestadas por esses municípios permitirão dados do estado mais fidedignos.

Apesar das capacitações realizadas pela Gerência da tuberculose do ERJ, ainda se observa uma falta de conhecimento sobre o SINAN e suas funcionalidades entre alguns profissionais, devido, especialmente, a alta rotatividade dos profissionais em alguns municípios.

As rotinas do SINAN realizadas pela Gerência da tuberculose do ERJ são primordiais para o monitoramento e qualificação do banco de dados, tornando-os mais fidedignos para poderem ser utilizados nas diferentes atividades de gestão em saúde. Contudo, sem a parceria dos municípios, especialmente dos prioritários, para a implementação de tais rotinas, o processo de trabalho torna-se mais árduo, bem como a efetividade do tratamento da doença.

A experiência com este monitoramento mostra-se eficiente e necessária para melhoria da qualidade da informação de tuberculose no SINAN. Além disso, há maior engajamento por parte dos profissionais nos municípios para adequação de suas rotinas no dia a dia dos serviços.

A experiência de monitoramento mostra o quão necessário é que exista por parte da gerência esse apoio junto às coordenações e aos profissionais dos municípios, pois se sentem mais acolhidos recebendo suporte, mais motivados a buscarem resolução dos problemas por saberem que sua produção está tendo visibilidade, discussão e aproveitamento no dia a dia do fazer saúde para a população com TB.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

RBZ E GP contribuíram com proposição da temática; JRA e JOAA desenvolveram o manuscrito desde a introdução, objetivo, metodologia e relato da experiência. RBZ E GP, fizeram a primeira revisão. JRA, JOAA, LM e MPM, fizeram às demais revisões do texto, ajustes, correções de acordo com as proposições recebidas e aprovação da diagramação.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos colaboradores do trabalho para elaboração do texto, às integrantes da equipe da Gerência de Tuberculose, participantes de todo o processo e à Revista REPIS pela oportunidade da publicação do relato profissional produzido.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Volume único. 4ª edição. Brasília-DF, 2019. Disponível em: <http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/guia-de-vigilancia-em-saude-ministerio-da-saude-2019>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Dicionário de dados - SINAN NET, versão 5.0. 2020. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/Tuberculose/DICI_DADOS_NET_Tuberculose_23_07_2020.pdf. Acesso em 01 abr. de 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico de Tuberculose - Número Especial, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2023/boletim-epidemiologico-de-tuberculose-numero-especial-mar.2023/view>.

PICCOLO, D. M. Qualidade de dados dos sistemas de informação do Datasus: análise crítica da literatura. Ciência da Informação em Revista, v. 5, n. 3, p. 13-19, 2018. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/cir/article/view/5387>. Acesso em: jan/2024.

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Informativa 02/2022-. Recomendação para qualificação das informações no SINAN de pacientes em tratamento de tuberculose nos municípios do estado do Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://app.luminpdf.com/pt/viewer/665734d55c0f7879cf2c29a7>>. Acesso em mar/2024.

Recebido em: 08/03/2024
Aprovado em: 21/05/2024

Este artigo é publicado em Acesso Aberto sob a licença Creative Commons Attribution, que permite o uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições, desde que a obra original seja corretamente citada.





AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO: UM ELEMENTO NA ESTRATÉGIA PARA ELIMINAÇÃO DA TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Maíra Guazzi^{1,2} 

RESUMO

A tuberculose é uma doença com grande determinação social, o Estado do Rio de Janeiro (ERJ) vem buscando estratégias para eliminá-la como problema de saúde pública, neste sentido implantou o Auxílio Alimentação (AA) para todos os usuários com tuberculose (TB), tuberculose drogarr resistente e micobactéria não tuberculosa. A implantação do AA foi desenvolvida em duas etapas: ocorreram pactuações em reuniões da Comissão Intergestores Bipartite e em janeiro de 2022, o ERJ repassou recursos para os 92 fundos municipais de saúde. Em 2024, a operacionalização do AA foi modificada pela dificuldade de execução do recurso por parte dos municípios, optando-se pela compra e distribuição de cartões de alimentação pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Adicionalmente a essa aquisição, a SES-RJ contratou a elaboração de um sistema para concessão e monitoramento do AA, além de uma pesquisa para avaliar o impacto do benefício nos desfechos de TB. Nessa nova etapa, foram realizadas capacitações de junho a agosto de 2024 para todos os coordenadores dos programas municipais de TB e logo em seguida foi iniciado o uso do Sistema de Suporte ao Auxílio Alimentação, em torno de dois mil pacientes já foram cadastrados e receberão o AA ainda este ano.

Palavras-chave: Tuberculose, Determinantes Sociais de Saúde, Segurança Alimentar.

¹ Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

² Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ, Brasil

Autor Correspondente:
Maíra Guazzi
e-mail: mairasmsrio@gmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), doença que possui grande determinação social, ainda é um problema de saúde pública no Estado do Rio de Janeiro (ERJ) e elaborar estratégias adicionais para o controle da tuberculose é algo preconizado nacionalmente (Brasil, 2021). O ERJ é o terceiro estado em incidência de TB no país e o segundo em taxa de mortalidade (Brasil, 2024). No ano de 2023, o ERJ notificou 18.022 casos de tuberculose no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), e atualmente tem em acompanhamento: 195 casos de tuberculose drogarr resistente (TBDR) e 103 casos de micobactéria não tuberculosa (MNT) no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB, 2024). Um dos problemas apontados para o controle da tuberculose é a interrupção do tratamento¹, no ERJ em 2023 a interrupção foi de 16,2% (SINAN Net, 2024) dos casos notificados, para termos um controle da tuberculose temos a meta de ter até 5% de interrupção (Brasil, 2023).

Entre as estratégias capazes de impactar positivamente os resultados de tratamento se encontra a oferta de benefícios, como o auxílio de programas de transferência de renda – como o Bolsa Família, cestas básicas ou auxílio para o transporte. As pessoas acometidas pela tuberculose que acessam tais benefícios apresentam menores taxas de interrupção do tratamento. Maiores percentuais de cura e redução de óbitos (Brasil, 2022).

O sucesso no enfrentamento da interrupção aumentará quando forem criadas incorporações tecnológicas no processo de cuidado da tuberculose, que balanceiam os arranjos tecnológicos do

¹ O termo “interrupção do tratamento” substituiu o termo “abandono”, pois este tem uma relação direta com a culpabilização do sujeito nesse processo de tratamento.



cuidado para o território das tecnologias leves como lugar de governar. O acompanhamento com os medicamentos e tratamentos são importantes, mas para impactar os desfechos de tratamento é necessário gerar novas experiências de acolhimento e valorização do saber do outro sobre a sua própria existência (Coelho, 2022, p. 3).

O direito à alimentação é um direito fundamental, previsto na Constituição Federal de 1988, aparece claramente nos direitos sociais que estão elencados, principalmente em seu artigo 6º (Brasil, 1988). Têm por finalidade a melhoria das condições de vida dos cidadãos, especialmente dos que estão em situação de vulnerabilidade, de forma que possamos diminuir as desigualdades sociais, para que tenhamos um país justo e igualitário (Brasil, 2015).

Estudos afirmam que a tuberculose contribui para a perpetuação do ciclo de pobreza, além de colaborar para a sua manutenção, na medida em que afasta os indivíduos do mercado de trabalho e promove discriminação e sofrimento (Maciel, 2012). Além dessas pessoas sofrerem com custos catastróficos² após esse adoecimento, como Guidoni e colaboradores, apresenta que:

Apesar do tratamento gratuito, as pessoas com TB experimentam altos custos que, às vezes, podem levar à diminuição da renda. Os custos totais enfrentados pelas pessoas com TB são compostos por despesas diretas com medicamentos, internação, transporte e alimentação, bem como custos indiretos da perda de renda relacionada à incapacidade de trabalhar durante a doença, devido ao tempo gasto no cuidado, estigma e discriminação. Tanto os custos diretos quanto indiretos são incorridos antes e após o diagnóstico de TB, podendo ser incorridos por pacientes, bem como outros familiares que prestam assistência e apoio. Além dos custos diretos ou indiretos, às famílias afetadas pela TB também podem sofrer custos de enfrentamento do uso de poupanças preventivas e empréstimos de amigos e parentes (Guidoni *et al.*, 2021, p. 2).

Uma das metas para eliminar a TB como problema de saúde pública no mundo e no Brasil é ter zero pessoas e famílias afetadas pelos custos catastróficos causados pelo adoecimento da doença (Brasil, 2021).

Diante do exposto acima, em março de 2020, a Lei n.º 8.746 de 09 de março de 2020, que institui a Política Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, em seu artigo 18, determina que **“é garantido o direito à alimentação para as pessoas acometidas por tuberculose, inclusive por meio da utilização de restaurantes populares e do recebimento de cesta básica”** (Rio de Janeiro, 2020, grifo nosso).

No sentido de garantir a operacionalização do suporte nutricional para os pacientes com tuberculose, essa ação foi prevista no **Eixo 2 do Projeto de Fortalecimento das ações de controle e eliminação da tuberculose no estado do Rio de Janeiro (Projeto TB-SES)**³: aperfeiçoamento do suporte social ao usuário com TB, e investimento em controle da TB na População Privada de Liberdade e População em Situação de Rua (Rio de Janeiro, 2021d).

A partir do que foi apresentado este relato de experiência trata sobre as estratégias que o estado do RJ está adotando para a implantação do auxílio-alimentação (AA) no âmbito estadual.

METODOLOGIA

O objetivo deste trabalho é relatar a experiência da implantação do Auxílio Alimentação nos 92 municípios do estado para todos os pacientes com TB, TBDR e MNT, no sentido de apoiar a adesão ao tratamento e melhorar consequentemente os indicadores de desfecho positivo (cura).

Todo o processo esteve fundamentado em leis, deliberações, atas de reuniões e evidências científicas sobre incentivos sociais e nutricionais. A iniciativa foi dividida em duas etapas, visando apoiar a adesão ao tratamento de pacientes com TB, TBDR e MNT.

² Custos catastróficos na tuberculose são despesas que ultrapassam 20% da renda familiar anual antes do diagnóstico da doença.

³ O Projeto TB-SES é operacionalizado pelo Termo de Cooperação n.º 129, entre a SES e a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), e busca, a partir de eixos estratégicos, promover ações que colaborem para o alcance da eliminação da tuberculose como problema de saúde pública no ERJ (Rio de Janeiro, 2023a).

A garantia do recurso para a operacionalização foi antecedida por uma ampla pactuação nas instâncias intergestoras dos Sistema Único de Saúde (SUS) no ERJ. No sentido de organizar esse processo, dividimos a implantação do AA em duas etapas. A etapa 1, iniciada em 2021 com repasse de recursos para os fundos municipais de saúde para operacionalização do suporte nutricional, e a etapa 2, iniciada em 2023, com centralização do recurso na Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ) e operacionalização do AA pelo estado.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

O Auxílio Alimentação é destinado a todos os usuários com diagnóstico de TB sensível, TBDR e MNT que estão inseridos no SINAN e/ou SITE-TB, acompanhados pelos Programas Municipais Controle da Tuberculose (PMCTs), seja em unidades municipais, estaduais ou federais, ao nível ambulatorial, não havendo necessidade de análise de condições socioeconômicas, e durante todo o tratamento. Não serão contempladas com este auxílio, pessoas privadas de liberdade e pessoas hospitalizadas. O valor é de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) mensais, durante todo o tratamento de tuberculose, sendo encerrado quando ocorrer o desfecho do caso (cura, interrupção do tratamento, transferência interestadual/internacional e óbito).

Essa proposta se apresenta como uma das possibilidades de apoio para a adesão do paciente com TB ao tratamento. O encaminhamento para avaliação social e para equipamentos da rede socioassistencial se complementa na medida em que buscamos o cuidado integral desses usuários. Cabe reforçar que, caso o paciente interrompa o tratamento, o auxílio é cancelado. No Brasil, o tratamento da tuberculose segue protocolos nacionais estabelecidos pelo Ministério da Saúde, que definem tempos padronizados para cada caso.

Como apresentado, a população mais vulnerável socialmente é a que mais adoece por TB, que apresenta uma estreita relação com a pobreza, reforçando desigualdades sociais e econômicas. Fatores como estigma, discriminação e barreiras econômicas comprometem o acesso a serviços de saúde e essenciais, perpetuando ciclos de vulnerabilidade e exclusão social.

Etapa 1

A partir das Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)⁴: CIB-RJ n.º 6.375, de 15 de abril de 2021 (Rio de Janeiro, 2021a) e CIB-RJ n.º 6.451 de 08 de julho de 2021 (Rio de Janeiro, 2021b) e da Resolução SES n.º 2.580 de 23 de dezembro de 2021 (Rio de Janeiro, 2021c), que tratam dos recursos e repasse financeiro para realização do AA, em janeiro de 2022 os 92 fundos municipais de saúde receberam recursos para operacionalizar o AA.

O primeiro repasse de recursos para os 92 municípios do estado foi realizado diretamente para os fundos municipais de saúde. O constante monitoramento da utilização dos recursos, através de formulário Google enviado para os 92 coordenadores municipais de TB atualizassem o status de utilização do recurso para essa finalidade, mostrava que os municípios não estavam utilizando o recurso por motivos diversos, tais como: dificuldade em acessar o recurso específico nos fundos municipais de saúde, nenhuma empresa interessada em participar das licitações propostas, aumento do valor dos itens da cesta básica, desinteresse do gestor municipal, entre outros. Em junho de 2024, somente 33 municípios conseguiram iniciar a oferta do AA para os pacientes.

Foram realizadas reuniões online com as coordenações municipais de tuberculose, buscando esclarecer dúvidas e orientar a melhor estratégia para a operacionalização do recurso do auxílio-alimentação nos municípios.

⁴ As Comissões Intergestores Bipartites (CIB) foram instituídas gradativamente nos estados brasileiros durante os anos de 1993 e 1994, a partir de determinação da Portaria do Ministério da Saúde n.º 545 de 20 maio de 1993, que estabeleceu a Norma Operacional Básica SUS (NOB SUS) 01/93. Formadas paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação estadual dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), tais comissões se configuram no âmbito estadual, como a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS tendo, como eixo principal, a prática do planejamento integrado entre as instâncias municipal e estadual de governo (Rio de Janeiro, 2025).

Etapa 2

Diante da dificuldade dos municípios em operacionalizar o AA através dos fundos municipais de saúde, em nova Deliberação da CIB-RJ n.º 7.099 de 19 de janeiro de 2023 (Rio de Janeiro, 2023b), optou-se pela centralização da aquisição de cartão alimentação na SES-RJ que realizou a compra dos cartões alimentação através de licitação realizada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para distribuição para os municípios.

No sentido de organizar todos os processos e orientar as coordenações municipais de tuberculose, foi elaborado o “Protocolo para implantação e operacionalização do AA aos usuários em tratamento de tuberculose no estado do Rio de Janeiro”. (Rio de Janeiro, 2024)

Para fins de monitoramento, inserção de novos pacientes, manutenção e distribuição do AA, foi elaborado um sistema, denominado Sistema de Suporte ao Auxílio Alimentação (SISAA) este construído por uma equipe de desenvolvedores de sistemas vinculados à Rede TB, com apoio técnico da equipe da Gerência de Tuberculose e OPAS, este é um sistema informatizado que é acessado de forma online através de computadores e aparelhos celulares.

Entre junho e agosto de 2024, todos os 92 coordenadores municipais de TB foram capacitados para operar o sistema. A primeira lista de beneficiários do AA foi gerada em setembro de 2024 e encaminhada à empresa.

Nesta nova forma de aporte, a empresa responsável pelo envio, cadastro e manutenção do benefício receberá mensalmente a listagem dos novos usuários inseridos no SISAA. Todo cartão será nominal e, para isso, terá que conter obrigatoriamente o Cadastro de Pessoa Física; para os usuários-cidadãos que não tenham este documento, foi criada a possibilidade de uso do número do Cadastro Nacional de Saúde. As Secretarias Municipais de Saúde receberão remessas mensais dos novos cadastrados e repassarão para os PMCTs para que possam realizar a distribuição dos cartões.

Foram elaborados três cenários que possuem relação direta com a atenção ao usuário com tuberculose e a vigilância de tuberculose, levando em consideração a descentralização da linha de cuidado da tuberculose para as unidades básicas de saúde e locais de notificação dos casos de tuberculose. Concomitante à distribuição dos cartões alimentação para os pacientes com TB e ao monitoramento realizado através do SISAA, a SES irá avaliar o impacto do auxílio-alimentação nos desfechos dos casos de tuberculose notificados em municípios prioritários para a TB no estado.

DISCUSSÃO

A iniciativa de implantação do AA pela SES/RJ se encontra em sintonia com a estratégia *End TB* da Organização Mundial da Saúde (OMS), que visa erradicar a tuberculose por meio de ações combinadas, entre elas a proteção social e a abordagem de fatores que contribuem para o adoecimento (OMS, 2015).

O AA deverá contribuir com a redução dos custos catastróficos, um dos principais indicadores de progresso da *End TB*, fundamental para proteger as famílias afetadas pela tuberculose e garantir que elas tenham acesso a tratamento e cuidados de saúde sem enfrentar dificuldades financeiras (Guidoni *et al.*, 2021).

O suporte alimentar e nutricional, via AA, que está sendo garantido pela SES-RJ, também encontra ressonância no Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, que tem como referência a estratégia *End TB*. O segundo dos três pilares que compõem o Plano Nacional se concentra em políticas inovadoras e sistemas de apoio, com o objetivo de fortalecer a colaboração entre diferentes setores e níveis de governo, além de desenvolver estratégias para combater a pobreza e outros fatores sociais que contribuem para a tuberculose (Brasil, 2021).

Iniciativas como as do AA, que transcendem o setor saúde, estabelecendo diálogo com outras áreas governamentais, como moradia, renda, saneamento básico, educação e outras políticas públicas, têm sido reiteradas no Brasil. A Instrução Operacional Conjunta de 2019 (IOC) consolidou a importância da intersetorialidade, reforçando a necessidade de atuação conjunta entre o SUS e o Sistema Único de Assistência Social.

Atuação pautada pela integração entre a rede socioassistencial e a rede de atenção à saúde, com amparo administrativo e político da gestão local, com a adoção de fluxos, protocolos e procedimentos de trabalho, visando a atenção integral dos (as) usuários (as), deverá garantir: ...

- O acesso à segurança alimentar e nutricional por meio do acesso à renda, aos alimentos disponíveis nas unidades socioassistenciais e à integração com o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) (Brasil, 2019b, p. 8).

Em 2024, foi lançado o Programa Brasil Saudável, instituído pelo Decreto n.º 11.908, de 6 de fevereiro de 2024, que está alinhado com metas globais e tem o objetivo de eliminar doenças determinadas socialmente, caso da tuberculose (Brasil, 2024), refletindo a compreensão de que a saúde é influenciada por uma série de fatores sociais e ambientais.

É preciso enfrentar os determinantes sociais da doença, compreendendo o complexo cenário que muitas vezes envolve a pessoa com tuberculose e entendendo que tratar a doença requer muito mais que medicamentos. Além disso, é fundamental reconhecer as populações mais vulneráveis ou as que estão sob risco acrescido de adoecimento (Brasil, 2019a, p.188).

Reiteramos que para alcançarmos a eliminação da tuberculose como problema de saúde pública, esforços de várias esferas, políticas públicas e atores são imprescindíveis. A tuberculose não é só um “pulmão doente” e, para garantirmos o cuidado ampliado ao usuário, é necessário reconhecer as determinações sociais da doença e buscar estratégias para enfrentá-la. A linha de cuidado da tuberculose já aponta para essa articulação da Rede de Atenção à Saúde e Rede Socioassistencial (Brasil, 2020).

Outro ponto relevante é a incorporação do AA pelos municípios, através de ampla discussão local junto ao legislativo e executivo, com apoio de gestores, profissionais de saúde e sociedade civil, a garantia do incentivo alimentar para todos os pacientes com tuberculose somente será possível com o envolvimento dos diferentes níveis de gestão e da sociedade.

CONCLUSÃO

O AA se coloca como uma perspectiva de melhora dos indicadores de cura e consequente diminuição de desfechos desfavoráveis (interrupção de tratamento, falência, TBDR e óbito), melhora de indicadores operacionais, vigilância e do cuidado aos usuários com tuberculose. Além disso, a partir da articulação intersetorial com as políticas setoriais, em especial à política de assistência social, se amplia a possibilidade de avaliação socioassistencial e de acesso aos programas sociais e políticas públicas visando a garantia de direitos sociais e de cidadania.

O ERJ com as ações do Projeto TB- SES, incluindo a implantação do AA, está alinhado com as metas de eliminação da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil e no mundo, à medida que busca ampliar a produção do cuidado da tuberculose e reduzir custos catastróficos através do suporte nutricional. Os impactos dessa iniciativa serão avaliados no decorrer do ano de 2025, através da realização da Pesquisa “ProtecTB - Proteção Social para a adesão ao tratamento de pessoas com Tuberculose”.

AGRADECIMENTOS

A elaboração, construção de documentos e implementação do Auxílio Alimentação contou com a participação de técnicos da Gerência de Tuberculose (Regina C. B. Zuim, Anna Carolina S. Nóbrega, Giulliano F. Alves e Cristiane Duarte), Consultora Nacional em Tuberculose - RJ/ OPAS (Caroline M. Morgado), Rede -TB e equipe desenvolvedora do SISAA. Apoio na revisão do artigo: Regina Zuim e Gabriela Pessanha.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília-DF, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Casa Civil. Decreto nº 11.908, de 6 de fevereiro de 2024. Institui o Programa Brasil Saudável: Unir para Cuidar. Diário Oficial da União, Brasília-DF: Casa Civil. 2024. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/decreto/D11908.htm>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Ministério da Cidadania. Secretaria Especial do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social.

Instrução Operacional Conjunta n.º 1, de 26 de setembro de 2019. Orientações acerca da atuação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento da Tuberculose (TB). Brasília-DF: Ministério da Cidadania. 2019b. p. 7-8. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/instrucao-operacional-conjunta-n-1-de-26-de-setembro-de-2019-218824329>>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 52 p., 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/brasil-livre-da-tuberculose/view>>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Direitos humanos, cidadania e tuberculose na perspectiva da legislação brasileira. Brasília-DF: OPAS, 2015. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7679/9788579670909_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose. 2.ed., 364 p., 2019. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Linha de Cuidado da Tuberculose: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 17 p., 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2021/linha-de-cuidado-da-tuberculose/view>>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Guia orientador: promoção da proteção social para as pessoas acometidas pela tuberculose. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: Acesso em: fev. de 2024.

CIB – Comissões Intergestores Bipartites. Histórico. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/conheca-a-cib-rj/2374-historico.html>>. Acesso em: out. de 2024.

COELHO, K.S.C. *et al.* As tecnologias de cuidado para o enfrentamento da interrupção do tratamento da tuberculose. *Epidemiology International Journal*, v. 6, n. 1, p. 000226, 2022. DOI: <https://doi.org/10.23880/eij-16000226>.

GUIDONI, L. M. *et al.* Custos catastróficos em pacientes com tuberculose no Brasil: estudo em cinco capitais. *Escola. Anna Nery*, v. 25, n. 5, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0546>.

MACIEL, E. L. N. Determinantes sociais da tuberculose: elementos para a ação. In: LANDIM, F. L. P.; CATRIBI, A. M. F.; COLLARES, P. M. C (Orgs.). *Promoção da saúde na diversidade humana e nos itinerários terapêuticos*. Campinas: Saberes; 2012. Acesso em: fev. de 2024.

OMS - Organização Mundial Da Saúde. Estratégia End TB: 2016-2035. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/the-end-tb-strategy>>. Acesso em: fev. de 2024.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Lei n.º 8.746, de 09 de março de 2020. Institui A política estadual de controle e eliminação da tuberculose no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ: Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <<https://leisestaduais.com.br/rj/lei-ordinaria-n-8746-2020-rio-de-janeiro-institui-a-politica-estadual-de-controle-e-eliminacao-da-tuberculose-no-estado-do-rio-de-janeiro#:~:text=fundo%20a%20fundo.-,Art.,com%20a%20Un%C3%A3o%20e%20Munic%C3%ADpios>>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde. Superintendência de Vigilância Ambiental e Epidemiológica. Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Tuberculose. Protocolo para implantação e operacionalização do auxílio alimentação aos usuários em tratamento de tuberculose no estado do Rio de Janeiro. 2024. Disponível em: <<https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/0a8038cf-809b-4b37-856a-8ae7357a20b9/page/6fMsD>>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro 2021-2025. Rio de Janeiro-RJ: Secretaria de Estado de Saúde, 2021d. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2431-plano-de-trabalho-2021-alerj-sei/file.html>>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). Histórico da Comissão Intergestores Bipartite do Estado do Rio de Janeiro (CIB-RJ). – Comissões Intergestores Bipartites. Histórico. 2025. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/conheca-a-cib-rj/2374-historico.html>>. Acesso em: jan. de 2025.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-RJ n.º 6.375 de 15 de abril de 2021. Pactua a adesão à proposta preliminar de aplicação de recursos suplementares para controle da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, segundo eixos estratégicos identificados. Rio de Janeiro-RJ: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2021a. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/732-2021/abril/7072-deliberacao-cib-rj-n-6-375-de-15-de-abril-de-2021.html>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-RJ n.º 6.451 de 08 de julho de 2021. Pactua a transferência de recursos financeiros do fundo estadual saúde aos respectivos fundos municipais de saúde, visando a implantação de ações de proteção social voltadas às pessoas com tuberculose, em articulação com as secretarias municipais de assistência social, no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2021b. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/735-2021/julho/7170-deliberacao-cib-rj-n-6-451-de-08-de-julho-de-2021.html>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-RJ n.º 7.099 de 19 de janeiro de 2023. Pactua a estratégia para o segundo ano de concessão do auxílio alimentação às pessoas em tratamento de tuberculose no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2023b. Disponível em: <http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/857-deliberacoes-cib/deliberacoes-cib2023/8144-deliberacao-cib-rj-n-7-099-de-19-de-janeiro-de-2023-republicada.html#:~:text=Delibera%C3%A7%C3%A3o%20CIB%2DRJ%20n%C2%BA%207.099%20de%2019%20de%20Janeiro%20de%202023%20Republicada,-Imprimir&text=Pactua%20que%20a%20estrat%C3%A9gia%20para,do%20fornecimento%20de%20cart%C3%B5es%20de%20alimenta%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES n.º 2.580 de 23 de dezembro de 2021. Aprova a transferência de recursos financeiros do fundo estadual de saúde aos respectivos fundos municipais de saúde, visando a implantação de ações de proteção social voltadas às pessoas com tuberculose, em articulação com as secretarias municipais de assistência social, no âmbito do estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, 2021c. Disponível em: <http://www.sopterj.com.br/wp-content/uploads/2022/01/Resoluc%C3%A7%C3%A3o-SES-n%C2%BA-2580-de-23122021-ANEXO-II.pdf>. Acesso em: fev. de 2024.

_____. Termo de Cooperação n.º 129 - Fortalecimento das ações de controle e eliminação da Tuberculose no estado do Rio de Janeiro 2023a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/termo-cooperacao-no-129-fortalecimento-das-aco-es-controle-e-eliminacao-da-tuberculose-0#:~:text=Termo%20de%20Coopera%C3%A7%C3%A3o%20129%20> Acesso em: 27 fev. 2025.

SINAN Net – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro MONITORA RJ. Atualização em: outubro/2024. Disponível em: http://sinannet.saude.gov.br/sinan_net/. Acesso em: out. de 2024.

SITETB - Sistema de Informação de Tratamentos Especiais da Tuberculose. Disponível em <http://sitetb.saude.gov.br/>. Acesso em: out. de 2024.

Recebido em: 20/10/2024
Aprovado em: 19/02/2025



GESTÃO PÚBLICA E SOCIEDADE CIVIL NO ENFRENTAMENTO À TUBERCULOSE: A ORIGEM E A TRAJETÓRIA DO FÓRUM TB RJ

Suzete Younes-Ibrahim¹ 

RESUMO

O presente artigo relata os principais marcos da trajetória de vinte e um anos do Fórum Tuberculose (TB) do Estado do Rio de Janeiro, identificando a importância da visão e ação estratégicas da gestão pública como impulsionador para a origem desse movimento que vem sendo mantido pela sociedade civil, desde então, com grandes desafios e conquistas no enfrentamento da TB no estado e no país. Destaca, ainda, a participação social, direito constitucional e um dos princípios do Sistema Único de Saúde, como definitiva condição para garantir a assertividade das ações de controle das doenças de determinação social, como a TB.

Palavras-chave: Tuberculose; Participação Social, Controle Social, Sociedade Civil.

¹ Secretaria de Estado de Saúde, Rio de Janeiro, Brasil.

Autor Correspondente:
Suzete Younes Ibrahim
e-mail: sucayounestb@gmail.com

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), doença prevenível e curável, se mantém como um grave problema de saúde pública no mundo, no Brasil e, particularmente, no estado do Rio de Janeiro (ERJ).

Ao percorrer o histórico da luta pela eliminação da TB fica claro que, sendo uma doença de determinação social, as estratégias para o seu enfrentamento não podem prescindir de articulação intersetorial (Brasil, 2019), incluindo todos os envolvidos, sejam gestores e profissionais de instituições de saúde, de assistência social, de planejamento urbano, entre outros, assim como usuários, sociedade civil em geral, academia e instâncias de controle social (Brasil, 2022a). O êxito das ações depende de todos esses atores estarem alinhados, informados e serem parceiros em ações simultâneas e complementares. Para tal, é preciso garantir a existência de espaços diversificados de participação, assim como iniciativas de agregar e qualificar pessoas em torno das discussões e de oferecer condições - financeiras, inclusive - para que a participação se dê, de fato. Além disso, promover uma relação dialógica, onde a escuta dos participantes seja ativa e presente nas tomadas de decisão (Brasil, 2023a).

O Brasil é signatário dos compromissos estabelecidos internacionalmente, que incluem a participação social, com ênfase para a Estratégia Global pelo Fim da TB (End TB Strategy) da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015) e a Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável adotada pelos países-membros das Nações Unidas (2015).

O Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública (Brasil, 2021) prevê o engajamento e participação da sociedade civil, de comunidades e pessoas afetadas pela TB, assim como o comprometimento político de alto nível e multissetorial. Assim, em abril de 2023, foi instituído o Comitê Interministerial para Eliminação da Tuberculose e Outras Doenças Determinadas Socialmente (CIEDDS), composto por catorze ministérios. O CIEDDS lançou o Programa Brasil Saudável, em fevereiro de 2024, tendo a sociedade civil como um dos parceiros estratégicos.



No ERJ, o Fórum Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro (Fórum TB RJ)¹ é considerado um importante mecanismo de promoção, qualificação e efetivação da participação social no combate à TB. Pioneiro no cenário nacional, é promotor e partícipe de importantes avanços, desde sua criação, há 21 anos.

Por meio deste relato, se pretende mostrar como a origem do Fórum TB RJ foi germinada por uma iniciativa da Gerência de Tuberculose da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (GERT/SES-RJ) se transformando em uma experiência que evoluiu, ganhou corpo e se firmou como uma das maiores referências para o enfrentamento da TB, não somente no ERJ.

MÉTODO

A coleta de informações para este relato foi realizada em busca documental e bibliográfica. A pesquisa documental alcançou fontes primárias e a bibliográfica buscou elementos para contextualização histórica e análise da mobilização da sociedade civil no enfrentamento e controle da TB, particularmente, no ERJ. Foram usados arquivos digitais e fichamento para organização das informações.

Histórico da experiência

A década de 1990 significou graves retrocessos nas políticas de controle da TB (Conde; Souza; Kritski, 2002). Junte-se a isto a crise financeira que piorou as condições de vida da população. Assim, o número de casos novos da doença no Brasil, que em 1990 já era alto (74.572), apresentou uma escalada, chegando a 91.016 em 1995.

No ano 2000, o número de mortes pela doença no país ultrapassou 5.500 pessoas (Brasil, 2024). No ERJ, a TB foi notificada em 1.419 óbitos, entre causa básica e associada (Santo, 2006). Na época, a GERT/SES-RJ era liderada por uma profissional com vivência anterior no movimento da Aids. Isso contribuiu para a visão e o entendimento da necessidade de promover uma oportunidade de encontro com e entre representantes da sociedade civil, já que o controle da TB não poderia prescindir do controle social realizado por tais atores.

A ampliação da arena teve início com a iniciativa do programa estadual de controle da tuberculose que envolveu as organizações da sociedade civil – especialmente as dedicadas ao VIH-Sida² e à saúde em geral – num processo de informação e mobilização em torno da gravidade da tuberculose no Rio de Janeiro. Desta forma, procurou replicar os processos virtuosos de articulação entre sociedade civil e governo ocorridos na luta contra o VIH-Sida. A coordenadora do programa estadual de controle da tuberculose que deu início a essa articulação explicou: “Sem o movimento social eu não conseguia [...] avançar em relação ao controle de alguma coisa, não só a doença. Eu acho que sem a participação da sociedade o avanço pode até existir, mas é um avanço frágil” (Brás, 2013, p. 68; nossa inserção de nota).

No Brasil, o cenário relacionado à TB não contava, com nenhum grupo de base comunitária que atuasse pela eliminação da doença, nenhuma articulação ativa da sociedade civil em torno de ações de combate. (Santos Filho; Gomes, 2007).

A partir de então, surgiu a busca por mecanismos para viabilizar o processo de informação e mobilização. Assim, entre 2002 e 2003, com recursos restritos à contratação de um experiente articulador e ativista na mobilização da Aids e despesas de transporte e alimentação dos participantes, foi realizada uma série de workshops reunindo cerca de 80 ativistas representantes de Organizações Não-Governamentais (ONGs), movimentos e grupos de base comunitária, provenientes de diversas frentes da sociedade civil afetadas e/ou com atuação na TB, principalmente em função do Vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/Aids), para discutir a doença. Essa ação, relativamente simples, de incentivo da GERT/SES-RJ, mudou o cenário do enfrentamento à TB no estado e no país (informação verbal)³.

¹ Neste documento optou-se por utilizar essa denominação atual do Fórum, embora nas pesquisas, tenham sido encontradas, também, outras formas: Fórum Estadual de Tuberculose do Rio de Janeiro, Fórum de Tuberculose do Rio de Janeiro, Fórum Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro, Fórum Estadual de Combate à Tuberculose, Fórum de Combate à Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, Fórum Estadual da Tuberculose, Fórum de Luta Contra a Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro.

² VIH-Sida (mesmo que HIV/Aids)

³ Informação fornecida por Marneili Martins, Gerente de Tuberculose da GERT SES-RJ, em apresentação do histórico de parcerias da gestão, em grupo de trabalho da GERT em 28 de agosto de 2023.

A semente foi lançada. Ao final dos encontros, alguns ativistas seguiram trabalhando na mobilização dos grupos participantes dos workshops. Esta mobilização deu origem ao atual Fórum TB RJ, que, em 2023, completou 20 anos de existência, sendo responsável por desdobramentos e conquistas, sem os quais o cenário da TB seria ainda mais assolador.

A primeira reunião aconteceu com a participação de cerca de trinta grupos e o, então denominado Fórum de ONGs na Luta Contra a Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro (Fórum ONGs TB RJ), foi fundado, oficialmente, no dia 06 de agosto de 2003 (Fórum Tuberculose RJ, 2018). Quanto ao perfil de seus membros, desde o início, o Fórum

[...] têm uma composição heterogênea de parceiros, a grande maioria genuinamente comunitária, com pessoas afetadas pelas doenças. São compostas por organizações que lutam contra determinadas doenças e/ou deficiências, organizações de proteção à criança, organizações de assistência a populações de usuários de drogas, feministas, minorias étnicas, minorias sexuais, grupos religiosos, profissionais do sexo e populações em situação de rua ou privadas de liberdade. Apesar da diversidade de composição, contando com membros com diferentes capacidades, estruturas organizacionais e desenvolvimento institucional diversos, todas estas entidades comunitárias têm limitações em comum (Santos Filho; Gomes, 2007).

Em relação aos modos de gestão interna, inicialmente o Fórum TB RJ funcionou elegendo uma secretaria executiva, com mandatos de dois anos. Em 2018, como pode ser observado na assinatura da Carta Manifesto, de 06 de agosto daquele ano (Fórum Tuberculose RJ, 2018), a secretaria deu lugar a um Colegiado Gestor, forma de gestão que se mantém, como observado nos últimos documentos publicados.

Dois anos após a sua criação, o Fórum TB RJ replicou sua experiência para outros estados, como foi o caso de São Paulo, em 2005. A Rede Paulista de Controle Social da Tuberculose, que segue em atuação, nasceu após a mobilização de atores paulistas por meio de workshops realizados pelo Fórum TB RJ naquele estado.

No Brasil a mobilização social em TB não se iniciou de forma espontânea, como ocorreu, por exemplo, na reação ao surgimento da epidemia de HIV e Aids nos anos 1980. As principais iniciativas contando com a organização popular surgiram no país por volta do início da década de 2000, com a formação do Fórum de ONGs Lutando Contra a Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro e com a incorporação do tema TB pelo Fórum de ONG-Aids do Estado de São Paulo (Brazão *et al.*, 2020, p. 5).

Entre 2007 e 2012, o Fórum TB RJ participou ativamente no projeto Fortalecimento da Estratégia de Tratamento Supervisionado/Tratamento Diretamente Observado em Grandes Centros Urbanos com Alta Carga de Tuberculose no Brasil, do Fundo Global Tuberculose no Brasil, resultado de esforço conjunto entre governo federal, entidades da sociedade civil organizadas em torno da luta contra a TB e HIV/AIDS, academia e agências internacionais (FAP, 2024).

O projeto alcançou 57 municípios localizados em 10 Regiões Metropolitanas (São Paulo, Baixada Santista, Porto Alegre, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Fortaleza, São Luiz, Belém) e cidade de Manaus. Daí, com importante contribuição do Fórum, surgiram os Comitês Metropolitanos para o combate à TB, constituídos por representantes voluntários do governo local e da sociedade civil nas regiões. Como forma de manter a mobilização dos coletivos após o término do projeto, foi criada, em 2012, a Rede Brasileira de Comitês para o Controle da Tuberculose, que segue ativa doze anos depois (Brasil, 2022b).

Também marcam a história de atuação do Fórum TB RJ as mobilizações em torno do não fechamento dos restaurantes populares (2016/2017) e no sentido de reverter, em 2019, a desativação do Hospital Estadual Santa Maria, referência em TB no Rio de Janeiro (CEDAPS, 2024a). Neste caso, após intensa mobilização com vários outros coletivos, gestão pública e academia, reverteu-se a ordem de desativação. Além disso, a Lei nº 5054 de 27 de junho de 2007, que institui o dia 06 de agosto como o Dia Estadual de Conscientização, Mobilização e Combate à Tuberculose é resultado de uma intensa articulação do Fórum TB RJ com o poder legislativo (Rio de Janeiro, 2007).

Os diversos cenários que se apresentaram ao longo dos anos, também significaram mudanças no Fórum TB RJ. Sua composição, originalmente, era de ONGs e movimentos/grupos de base comunitária. Com o passar do tempo, resultado da postura aberta e propositiva de suas participações nos diversos níveis de articulação, das experiências vivenciadas no projeto Fundo Global e do amplo alcance de suas ações, outros atores foram se somando ao movimento. Isso levou à reformulação da estrutura de representatividade. Setores governamentais e acadêmicos, agências de cooperação e outras instituições, antes convidados, passaram a membros permanentes, com o mesmo espaço de proposição e decisões coletivas que os membros originais. A mudança no nome foi fruto dessa prática horizontal e do entendimento que a denominação do movimento deve incluir todos os segmentos representados. A partir do início de 2018, já é possível encontrar notícias com a denominação Fórum TB RJ.

Criado em 06 agosto de 2003, a partir da constatação da situação da tuberculose no mundo, no Brasil e, em especial, no Estado do Rio de Janeiro, o Fórum Estadual de Combate à Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro é uma instância representativa das Instituições não-governamentais, governamentais, Academia e Associações Comunitárias e sem fins lucrativos que desenvolvem atividades de advocacy, comunicação, mobilização social e educação em saúde; com o objetivo de mobilizá-las para atuarem também no desenvolvimento de atividades de prevenção, assistência e defesa da dignidade, da cidadania e dos direitos humanos das pessoas afetadas pela Tuberculose no âmbito do Estado, com participação efetiva em diferentes instâncias no âmbito local, nacional e internacional (Fórum Tuberculose RJ, 2018).

O Fórum TB RJ participa e se articula com coletivos importantes no combate à TB no país, como a Rede Brasileira de Comitês para o Controle da Tuberculose no Brasil, o Comitê Comunitário de Acompanhamento de Pesquisas em Tuberculose no Brasil, a Parceria Brasileira Contra a Tuberculose (Stop TB Brasil), a Articulação Social Brasileira para o Enfrentamento da Tuberculose (Articulação TB/Brasil), entre outros. (CEDAPS, 2024a).

A força de um coletivo presente e atento aos espaços de articulação e as ações de advocacy projetaram o Fórum em várias instâncias estaduais e nacionais, sendo determinantes para uma série de avanços em relação ao enfrentamento à TB. O Fórum TB RJ foi pioneiro na articulação para a criação de Frentes Parlamentares (FP) contra a TB, um importante instrumento político, por abrirem espaço de diálogo e sensibilização, fortalecerem e fomentarem uma agenda sobre a TB na esfera legislativa (Rio de Janeiro, 2015).

Já no fim da década de 2000 surgiram frentes parlamentares dedicadas à tuberculose ou as frentes parlamentares dedicadas ao VIH-Sida alargaram o seu âmbito para a tuberculose. No Rio de Janeiro, a Frente Parlamentar TB/VIHSida tem um papel importante no reconhecimento público da gravidade da epidemia da tuberculose, da desproporcionalidade com que atinge os contextos e as populações mais vulneráveis da cidade e na exigência do suprimento das insuficiências do SUS, nomeadamente junto do Subprocurador Geral dos Direitos Humanos do Ministério Público do Rio de Janeiro, em acção conjunta com o Fórum de ONG na Luta contra a Tuberculose do Rio de Janeiro (Brás, 2013, p. 69).

A primeira, em 2008, foi a Frente Parlamentar na Luta contra HIV/Aids e a Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2008). Em 2012, as articulações avançaram para a criação da FP Nacional de Luta contra a Tuberculose no Brasil (Peçanha, 2012). Em 2015 foi criada a FP de Prevenção e Combate à Tuberculose da Câmara Municipal do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2015) e, em 2016, a Frente Parlamentar das Américas de Luta contra a Tuberculose (Brasil, 2023b).

A instauração, manutenção e reativação das FPs de acordo com as mudanças na gestão política é resultado de anos de intensa e contínua mobilização envolvendo diferentes instâncias, como Comissões de Saúde, de Direitos Humanos, Assembleia Estadual, Câmara Municipal, ONGs, outros fóruns, coletivos diversos, lideranças comunitárias, entre outros. A mais recente é a Frente Parlamentar de Combate e Prevenção à Tuberculose, HIV e Diabetes, constituída em outubro de 2023, que vem mantendo audiências ordinárias pautando a TB (Rede-TB, 2023).

Também a instituição da Política Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro (2020) é uma vitória importante relacionada a ações de *advocacy* do Fórum TB RJ.

(...) Também se destaca a atuação do Fórum Tuberculose do Rio de Janeiro no trabalho de advocacy [sic] para a criação de uma Política Estadual de enfrentamento da TB, como a instituída no estado do Rio de Janeiro, em 2020 (Lei n.º 8.746, de 9 de março de 2020), e para a autorização de repasses financeiros e de formação de consórcios para o enfrentamento da doença no estado (Lei n.º 9.375, de 21 de julho de 2021) (Brasil, 2022b, p. 45).

Vale lembrar que, no mesmo mês de março de 2020, medidas sanitárias decorrentes da pandemia de Covid-19 mudaram drasticamente o cenário, comprometendo a continuidade de várias propostas criadas pelo Fórum TB RJ em sua agenda de ações estratégicas. Muitos foram os desafios enfrentados nesse período. Referências locais dos grupos de base, as lideranças comunitárias, além de suas dificuldades com a própria subsistência, tiveram que lidar com uma enxurrada de demandas urgentes das comunidades em relação à catástrofe sanitária que agravou a situação de pobreza e de sofrimento da população. Foram momentos de muita dor, mas, também, uma importante oportunidade de apoio mútuo entre os componentes do coletivo do Fórum TB RJ.

Embora o cenário controverso, houve fortalecimento das relações do Fórum TB RJ a partir dessa época, interna e externamente. Os avanços tecnológicos foram comemorados como uma conquista e, marcadamente, se avançou muito em articulação com o parlamento.

Foi nesse período que o Fórum TB RJ, após anos de articulação parlamentar, comemorou o que se espera ser outro importante avanço e destacado marco na luta contra a TB no estado: a liberação de recursos parlamentares da Assembleia Legislativa do ERJ (ALERJ), na ordem de 240 milhões de reais, para serem usados, em cinco anos, em ações de combate à doença (Stuart, 2022). Uma soma extremamente relevante, não sendo encontrada notícia de destinação desta monta para o enfrentamento da TB por outra assembleia legislativa no país.

A aplicação do recurso foi prevista em conformidade com o Plano Estadual de Enfrentamento e Combate à Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, publicado em 2021 (Rio de Janeiro, 2021), resultando no Projeto Fortalecimento das ações de controle e eliminação da TB no ERJ, cooperação técnica da SES/RJ com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde, firmada no Termo de Cooperação Técnica RJ (TC 129) para Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro (OPAS, 2022). Muito embora, dois anos depois, a verba parlamentar ainda não tenha sido destinada, as ações do projeto têm sido desenvolvidas desde 2022. A SES/RJ tem preenchido esta lacuna aportando recursos desde então.

O citado projeto prevê o incentivo à participação e ao controle social, com apoio a ações dos movimentos e coletivos da sociedade civil. Assim, em uma importante parceria da GERT/SES-RJ com o Fórum TB RJ e CEDAPS – Centro de Promoção da Saúde, foi criado o projeto Fortalecer a Sociedade Civil no enfrentamento da Tuberculose, iniciado em agosto de 2023, com duração de dezoito meses. A Carta Acordo OPAS SCON2023-00148, consolida a parceria (CEDAPS, 2024b).

O objetivo geral do projeto é fortalecer a capacidade de atuação de coletivos, instituições, grupos e iniciativas da sociedade civil e conselhos de direitos no que tange à ampliação das ações no enfrentamento da TB (OPAS, 2023). Organizado em quatro eixos, seu escopo inclui apoio à organização do Fórum (reuniões, assembleias, comunicação); apoio às ações de *advocacy*; capacitação de conselheiros de direitos; capacitações para ativistas nos temas TB e Proteção Social, Comunicação Digital e Elaboração de Projetos Sociais; apoio a ativistas e grupos de base na criação e realização de 40 planos de ação locais de combate à TB nas comunidades. Para a realização de cursos do projeto, o CEDAPS conta com parceria Laboratório Interdisciplinas de Direitos Humanos e Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. As ações do projeto estão abertas a todos os municípios do estado do RJ, com especial atenção à mobilização nos prioritários, conforme pode ser observado nos boletins do projeto (CEDAPS, 2024b).

A articulação com os Programas Municipais de Controle da TB está prevista no projeto, no sentido de aproximar os atores para ações conjuntas, aportando um recurso importante para que as equipes dos municípios melhorem suas incursões nos territórios. Com isso, se espera repercutir, objetivamente, na

captação de sintomáticos respiratórios, na adesão ao tratamento e na diminuição do preconceito e discriminação em relação aos afetados pela doença (CEDAPS, 2024b).

DISCUSSÃO

A participação social é um direito que, exercido no âmbito do enfrentamento da TB e outras doenças de determinação social, é amplamente reconhecido e recomendado como estratégia fundamental para a eliminação da doença. Confere capilaridade às ações de saúde nos territórios, contribuindo para a efetivação do acesso e permitindo o contato constante da gestão pública com a realidade enfrentada pelos usuários do sistema de saúde, assim como a atualização das suas demandas. Além disso, no controle social, o trabalho de *advocacy* político realizado por ativistas, usuários e profissionais articula gestão e sociedade civil no controle social das políticas de saúde e é decisivo na assertividade das ações de enfrentamento de problemas de saúde pública (Brasil, 2022b).

Para definir estratégias de ação, é preciso ter em conta que não é possível reduzir desigualdades na saúde sem interferir na distribuição de poder da população, que está diretamente relacionada ao acesso à informação e ao conhecimento. Dessa forma, as estratégias de fortalecimento da participação da sociedade civil nas políticas de saúde pública não podem prescindir de ações de qualificação destes atores, para que a representação de seus interesses, demandas e condições seja feita de forma eficaz, numa relação mais justa e igualitária de forças (Carvalho, 2013).

Ainda assim, as ações voltadas para o exercício da participação não encontram a priorização devida, já que são modestamente consideradas nos planos de ação, muitas vezes não tendo previsão orçamentária específica para o desenvolvimento de estratégias e ações no sentido, não só de estimular, mas de promover, apoiar e financiar a participação social.

Em 2008, estudo de Greco (2008) destaca a mobilização de pessoas com HIV/Aids na luta por seus direitos como um exemplo a ser seguido.

[...] a disseminação global da infecção pelo HIV e o envolvimento da sociedade civil clamando por acesso à informação, verbas para pesquisa e novos medicamentos, bem como a oportunidade de expandir a discussão sobre temas complexos [...] trouxeram subprodutos benéficos. Por exemplo, a participação de pessoas infectadas pelo HIV ou com Aids em congressos médicos e em comissões governamentais de controle da doença tem contribuído para mudar o paradigma dos programas verticalizados, em que as decisões vêm do topo para a base, sem maiores discussões e sem a correta avaliação dos possíveis riscos e benefícios (Greco, 2008).

O autor destaca, também, que “a educação pode ser condição *sine qua non* para modificar a situação” (p.86) da luta para controle da epidemia, já que grande parte da pressão exercida pela sociedade civil no caso do HIV/Aids se deu por pessoas que tinham acesso à educação. Greco (2008) defende que é a educação que torna possível o fortalecimento e a emancipação das pessoas para a defesa de seus direitos.

Na TB, a exemplo do que aconteceu na Aids, pessoas que vivenciaram o adoecimento e membros das suas redes de convivência foram ampliando sua participação em diversos espaços, nacional e internacionalmente, com potencial gerador de estratégias mais assertivas para o enfrentamento da doença.

A priorização do componente “comunitário” por parte dos gestores dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo contribuiu para o surgimento do Fórum de ONG TB do Rio de Janeiro em agosto de 2003 e, mais recentemente, da Rede Paulista de Controle Social e do Fórum Baiano. Essas instâncias trabalham ativamente no enfrentamento da tuberculose no País por meio da realização de atividades de sensibilização da população para questões relacionadas à prevenção da TB, lutam contra o estigma e o preconceito que atingem as pessoas afetadas pela doença e procuram incidir na qualificação das políticas públicas de saúde relacionadas ao controle da tuberculose no País (Santos Filho; Gomes, 2007 apud Brasil, 2011, p. 126).

Ao priorizar a participação social, a gestão estadual da TB fortalece, não apenas a sociedade civil, mas também, a própria gestão pública no enfrentamento da doença.

Mais especificamente, o governo estadual procurou, assim, o apoio da pressão social e política do movimento social para conseguir priorizar a tuberculose dentro da própria administração, bem como o seu apoio para a implementação de ações que extravasam as capacidades e as atribuições do sistema de saúde, como as que implicam um trabalho de informação, educação, prevenção e acompanhamento próximo aos pacientes e à população (Brás, 2013, p. 69).

É importante destacar que, durante os mais de 20 anos de existência do Fórum TB RJ, a participação de ativistas não teve recurso específico e permanente, sendo assumida por esforços de grupos comunitários e ONGs e pela atuação voluntária de seus membros ativistas que, muitas vezes, já sofrem com a escassez de recursos. Transporte e alimentação são fundamentais para atuar em um movimento estadual de alcance nacional, que pressupõe grandes deslocamentos, por longas distâncias e períodos. Uma exceção à falta de recursos e um marco que possibilitou fortalecer a atuação do Fórum foi o projeto Fundo Global.

Também a qualificação permanente é demanda do Fórum TB RJ ao longo de sua caminhada, em manifestos e cartas abertas, tanto em relação à formação de profissionais da rede pública – da gestão à ponta – como de ativistas da sociedade civil.

Além das dificuldades relatadas, é importante considerar que, desde 1988, quando foi reinstaurado o Estado democrático de direito brasileiro, as ações no sentido de fortalecer o controle social nas políticas públicas demandam intensa persistência e perseverança dos ativistas. Em anos recentes, o cenário foi agravado devido ao descaso público com a questão social e ao desmantelamento das políticas públicas participativas, que voltam a tomar força com a nova administração federal. Exemplo disso é o Decreto n.º 9759 de 11 de abril de 2019, que promoveu a extinção em massa de colegiados criados antes de 1º de janeiro de 2019 e revogou o Decreto n.º 8243 de 2014, que instituiu a Política Nacional de Participação Social - PNPS e o Sistema Nacional de Participação Social – SNPS (Brasil, 2019). Esse decreto foi revogado em uma das primeiras ações do atual governo federal, por meio do Decreto n.º 11371 de 1º de janeiro de 2023 (Brasil, 2023c).

Mesmo sem recursos que garantam sua existência, o Fórum TB RJ vem conseguindo resultados que transformaram o cenário da TB no estado e no país. As Frentes Parlamentares na luta contra a doença, por exemplo, sendo a criação da Frente Estadual uma força motriz no processo de criação da Política Estadual de combate à TB, assim como da Frente Nacional – que também contou com a atuação do Fórum TB RJ em parceria com movimentos populares, ONGs, academia e gestão (Brasil, 2022b).

Durante duas décadas de atuação do Fórum TB RJ, os indicadores de incidência e mortalidade por TB no ERJ pouco mudaram. Mas, ao contrário do contexto epidemiológico, no cenário político, a TB ocupa outro lugar. A doença, seus determinantes e seu combate foram e estão sendo pautados assiduamente nas instâncias públicas.

Apesar dos últimos anos não registrarem mudanças significativas nos indicadores da tuberculose no Brasil, há clara modificação no cenário político do enfrentamento dessa doença, no qual se destaca o aparecimento da sociedade civil. [...] Mesmo sendo um ator reconhecido pelo poder público e considerado estratégico para o êxito das ações de controle da tuberculose, a participação comunitária requer incentivos e apoio constante de outros setores (Santos Filho; Gomes, 2007, p. 1).

O projeto de parceria do Fórum TB RJ com a GERT é uma grande oportunidade de realizar trabalho específico nesse sentido, respaldado por instituições competentes, com larga experiência, tanto nas ações de macro como nas de micropolítica.

CONCLUSÃO

O Fórum TB RJ é um movimento histórico único, referência não só no Brasil – onde multiplicou sua experiência para outros estados do país – mas ao nível internacional, principalmente nas Américas. Uma potência em si, e uma referência nacional de participação, escuta, sinergia e trabalho conjunto

entre a sociedade civil – com representação de instituições e ativistas de base comunitária –, a gestão governamental e a academia, em uma prática horizontal, responsável por conquistas importantes no enfrentamento da TB.

A diversidade e especialização de seus componentes imprime legitimidade às suas ações. É um ponto de interseção entre as demandas e potências das lideranças comunitárias e as da gestão pública. Confere força política à sociedade civil, assim como aos programas de governo dentro da Secretaria de Estado.

A criação do movimento do Fórum TB RJ foi oportunizada pela visão estratégica e proatividade da gerência de TB, a partir do entendimento da participação social como fator-chave para o êxito das ações de combate à TB – e outras doenças de determinação social – e o investimento na criação de um espaço para reunir diferentes atores, incluir pessoas, escutar, dialogar e convocar vontades. Sua existência, há mais de 20 anos, se deve ao compromisso, resiliência e persistência de ativistas e parcerias estabelecidas, apesar de não haver repasse constante de recursos para tal.

Assim, ao identificar as conquistas mais recentes alcançadas pelo movimento do Fórum TB RJ, há que se considerar, primeiramente, a sua própria “sobrevivência” às adversidades, à falta de financiamento regular e, mais recentemente, ao cenário pandêmico e às mudanças na macropolítica, que marcaram o desmantelamento de muitos coletivos envolvendo a sociedade civil.

As modificações pelas quais o Fórum TB RJ passou ao longo do tempo, primeiro em sua composição, depois na inserção de suas ações, mostram que o coletivo foi capaz de acompanhar as mudanças e as mais diferentes forças que compõem o tecido social.

Manter a reunião e a escuta qualificada dos diversos atores, em um espaço horizontal de discussão e deliberação, é uma grande conquista, que favorece um debate público constante, legitima as decisões e é definitivo no que tange à criação e implementação de políticas públicas adequadas. Ademais, instituir uma instância problematizadora onde todos têm voz, desde os grupos de base comunitária à gestão governamental, em um movimento incluyente, receptivo à real parceria, é, em si, um movimento de resistência às práticas antidemocráticas.

Conseguir que se constituísse uma FP específica de combate à TB no Estado foi uma ação decisiva para sensibilizar parlamentares para inclusão de questões do combate à TB nas pautas e abrir espaço político na ALERJ.

No processo de criação da FP no Rio de Janeiro, o coletivo do Fórum TB RJ confirmou suas possibilidades de mobilizar pessoas em torno da causa da TB. Promoveu, também, um importante diálogo da sociedade civil de base comunitária com o parlamento, evidenciando demandas que são bem conhecidas pelas lideranças da base, embora, muitas vezes, pouco consideradas nas esferas superiores.

Após enfrentar anos tão difíceis para seguir na luta, sem recursos, com a sociedade assolada pela Covid-19 e pelo desmonte das instâncias democráticas ao mesmo tempo, é inegável que um novo ânimo revigora ativistas da TB com a destinação de recursos estaduais e com a nova administração federal, que retoma as políticas participativas, os programas governamentais focados na proteção social e direitos humanos, com uma visão “centrada na solidariedade e na participação política e social para a definição democrática dos destinos do país” (Brasil, 2023d, p. 2).

Nas parcerias estabelecidas entre a gestão e a sociedade civil, fica evidente que a capilaridade das ações é um importante diferencial a ser considerado. A capacidade de alcançar populações em situação de vulnerabilidade é potencializada e a própria gestão pública é fortalecida em suas ações. Além disso, ao se criar espaços de protagonismo nas comunidades, se cria autonomia, se produz conhecimento e cidadania, fortalecendo a participação e o controle social para a melhoria das condições de vida da população.

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas que fizeram e fazem parte dessa história, em especial a ativistas da sociedade civil e integrantes do Fórum TB RJ pela resiliência, comprometimento e competência com que tecem sua inegável e decisiva atuação no enfrentamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro e no Brasil.

REFERÊNCIAS

BRÁS, O.R. Trabalho político em saúde: a tuberculose no Rio de Janeiro. Saúde & Tecnologia, p. e65-e70, 2013. DOI: 10.25758/set.934. DOI: <https://doi.org/10.25758/set.934>.

BRASIL. Câmara dos Deputados - Palácio do Congresso Nacional. Agência Câmara de Notícias. Discurso do presidente Lula na íntegra. 01 de janeiro de 2023. Brasília-DF: Câmara dos Deputados, 2023d. Disponível em: <<https://www.camara.leg.br/noticias/932450-leia-o-discurso-do-presidente-lula-na-integra/>> Acesso em: set. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 709 de 16 de março de 2023. Dispõe sobre diretrizes e propostas de ação relativas à vigilância, promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da tuberculose no Sistema Único de Saúde - SUS. 2023a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-709-de-16-de-marco-de-2023-477337866>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Notícias Congresso Nacional. Ministério da Saúde debate enfrentamento da tuberculose com parlamentares do Brasil e das Américas. 23 de março de 2023. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/ministerio-da-saude-debate-enfrentamento-da-tuberculose-com-parlamentares-do-brasil-e-das-americas>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância das Doenças de Transmissão Respiratória de Condições Crônicas. Guia orientador: promoção da proteção social para as pessoas acometidas pela tuberculose. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 64 p., 2022a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/guia-orientador-promocao-da-protecao-social-para-as-pessoas-acometidas-pela-tuberculose.pdf/view>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 364 p., 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/manual-de-recomendacoes-e-controle-da-tuberculose-no-brasil-2a-ed.pdf/view>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública: estratégias para 2021-2025. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 68 p., 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/tuberculose/plano-nacional-pelo-fim-da-tuberculose-como-problema-de-saude-publica_estrategias-para-2021-2025.pdf/view>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Rede Brasileira de Comitês para o controle da tuberculose no Brasil: passado, presente e futuro. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 60 p., 2022b. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/tuberculose/rede-brasileira-de-comites-para-o-controle-da-tuberculose-no-brasil-passado-presente-e-futuro/view>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. 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-DF: Ministério da Saúde, 168 p. 2011. Disponível em: <<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2022/tratamento-diretamente-observado-tdo-da-tuberculose-na-atencao-basica-protocolo-de-enfermagem/view>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Série histórica da incidência e mortalidade por tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades da Federação de residência, por ano de diagnóstico (1990 a 2024). Atualizado em 29 de outubro de 2024. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/t/tuberculose/situacao-epidemiologica/serie-historica-da-incidencia-e-mortalidade-por-tuberculose-brasil-regioes-e-unidades-da-federacao-de-residencia-por-ano-de-diagnostico-1990-a-2024/view>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Secretaria Geral da Presidência da República. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n.º 11371 de 01 de janeiro de 2023. Revoga o Decreto n.º 9759, de 11 de abril de 2019, que extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2023c. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11371.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%2011.371%2C%20DE%201%C2%BA,colegiados%20da%20administra%C3%A7%C3%A3o%20p%C3%BAblica%20federal>. Acesso em: set. de 2024.

BRAZÃO, C. F. F.; SEVALHO, G.; OLIVEIRA, R. M. A mobilização social na perspectiva da vigilância da tuberculose no Brasil: uma apreciação crítica. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, e00295127, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00295>.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In: GADELHA, P.; CARVALHO, J. N. de; PEREIRA, T. R. (Orgs.) A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 2, p. 19-38, 2013. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/saude-no-brasil-em-2030-diretrizes-para-prospeccao-estrategica-do-sistema-de-saude-brasileiro>>. Acesso em: set. de 2024.

CEDAPS - Centro de Promoção da Saúde. Linha do tempo Fórum TB RJ. 2024a Disponível em: <<https://cedaps.org.br/wp-content/uploads/2024/02/Linha-do-Tempo-Forum-TB-RJ.pdf>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Centro de Promoção da Saúde - Fortalecer a Sociedade Civil no enfrentamento da Tuberculose. 2024b. Disponível em: <<https://cedaps.org.br/fortalecer-a-sociedade-civil-no-enfrentamento-da-tuberculose/>> Acesso em: set. de 2024.

CONDE, M., SOUZA, G. M., KRITSKI, A. L. Tuberculose sem medo. Editora Atheneu. 1ª ed. São Paulo: Editora Atheneu Ltda, 2002.

FAP -. Fundação Ataulpho De Paiva. Relatório técnico do Fundo Global. Fortalecimento da Estratégia DOTS em grandes centros urbanos com alta carga de Tuberculose no Brasil. 2024. Disponível em: <<https://www.fundacaoataulphodepaiva.com.br/fundo-global/>>. Acesso em: set. de 2024.

FÓRUM TUBERCULOSE RJ. Carta Manifesto Fórum Estadual de Tuberculose do Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <<https://www.redebrasileiradecomites.com/blogtuberculose>>. Acesso em: set. de 2024.

GRECO, D. B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. Estudos Avançados, v. 22, n. 64, p. 73-94, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142008000300006>.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. 2015. Disponível em: <<https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>>. Acesso em: set 2024.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Técnico 2022 do Termo de Cooperação nº 129 - Fortalecimento das ações de controle e eliminação da Tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 29 p., 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/documentos/termo-cooperacao-no-129-fortalecimento-das-acoes-controle-e-eliminacao-da-tuberculose-no>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Técnico do Termo de Cooperação nº 129 - Fortalecimento das ações de controle e eliminação da Tuberculose no estado do Rio de Janeiro, 37 p., 2023. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/documentos/termo-cooperacao-no-129-fortalecimento-das-acoes-controle-e-eliminacao-da-tuberculose-0>>. Acesso em: set. de 2024.

PEÇANHA, I. Lançada a Frente Parlamentar Pela Luta Conta a Tuberculose. 2012. Disponível em: <<https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/30209>>. Acesso em: set. de 2024.

REDE-TB - Notícias. Alerj lança “Frente Parlamentar de Combate e Prevenção à Tuberculose, HIV e Diabetes”. 03 de outubro de 2023. Disponível em: <<https://redetb.org.br/alerj-lanca-frente-parlamentar-de-combate-e-prevencao-a-tuberculose-hiv-e-diabetes/>>. Acesso em: set. de 2024.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Lei n.º 5054 de 27 de junho de 2007. Institui o Dia 06 de agosto como o Dia Estadual de Conscientização e Mobilização de Combate à Tuberculose. 2007. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/f25edae7e64db53b032564fe005262ef/4cdb1ed5289d1fcd8325730800731b0f?OpenDocument&Highlight=0,5054%20>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro 2021-2025. 2021. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/boletins-cib/2431-plano-de-trabalho-2021-alerj-sei/file.html>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro. Lei n.º 8746 de 09 de março de 2020. Institui a Política Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/f25edae7e64db53b032564fe005262ef/906828c3d95aea0c03258528005e1611?OpenDocument&Highlight=0,8.746>>. Acesso em: set. de 2024.

_____. Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, Resolução n.º 3379 de 30 de abril de 2008. Cria a Frente Parlamentar pela luta contra o HIV/AIDS e a Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. 2008. Disponível em: <<http://alerjln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/f25571cac4a61011032564fe0052c89c/63c0bab67c8983558325743b00760efc?OpenDocument>>. Acesso em: set. de 2024.

RIO DE JANEIRO (CIDADE). Câmara municipal do Rio de Janeiro, Resolução n.º 8801 de 18 de junho de 2015. Cria a Frente Parlamentar de Combate à Tuberculose. Disponível em: <<https://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei>>.

nsf/6b9fdd31e12693010325785a0065ee4c/6a197970ea755b4d83257e58006a411a?OpenDocument>. Acesso em: set. de 2024.

SANTO, A. H. Causas múltiplas de morte relacionadas à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro entre 1999 e 2001. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, v. 32, n. 6, p. 544-552, 2006. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132006000600012>.

SANTOS FILHO, E. T. dos., GOMES, Z. M. dos S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. *Revista de Saúde Pública*, v, 41, n. 1, p. 111-116, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000800015>.

SANTOS, V. A. A. dos; SOUZA, F. B. A. de; CUNHA, F. T. S. Organizações Não Governamentais de tuberculose do Rio de Janeiro, Brasil: motivações e vínculos na primeira década do século XXI. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 57, p. 305-312, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0124>.

STUART, R. Enfrentamento à Tuberculose: ALERJ se reúne com Secretário de Saúde e Fóruns de combate à doença. 2022. Disponível em: <<https://www.alerj.rj.gov.br/Visualizar/Noticia/54055>>. Acesso em: set. de 2024.

WHO - World Health Organization. The End TB Strategy. 2015. Disponível em: <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331326/>

WHO-HTM-TB-2015.19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: set 2024.

Recebido em: 29/10/2024
Aprovado em: 29/01/2025





Planejamento para controle e eliminação da tuberculose no Estado do Rio de Janeiro

Claudia Barbosa¹

RESUMO

O desafio da eliminação da tuberculose no estado do Rio de Janeiro recebe, até 2026, um fomento que tem como diferencial histórico unir especialistas a recursos financeiros dimensionados para implementar estratégias capazes de alcançar o controle progressivo e definitivo do agravo. A arquitetura deste empenho está refletida no Termo de Cooperação firmado entre Ministério de Saúde, Secretaria do Estado do Rio de Janeiro e Organização Pan-americana da Saúde, e conta com o apoio da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro e firme propósito da sociedade civil. Focado em 16 municípios mais críticos e unidades prisionais do estado, e refletindo a determinação socioeconômica da tuberculose, o desenho do Termo prevê ações e resultados em quatro áreas: Rede de Atenção à Saúde, Proteção Social, Vigilância Epidemiológica, além de Inovação, Pesquisa e Tecnologia. Este planejamento da Cooperação Técnica visa, ao término do fomento, obter resultados sustentáveis. Ter êxito na sustentabilidade, entretanto, exige visão de longo prazo orientadora, de modo a não se deixar levar pela premência das carências múltiplas, e engajar-se na estruturação, fortalecimento e integração estratégica de pilares que garantam robustez na aplicação dos recursos, a saber: Governança/Gestão; Direcionamento Estratégico; Monitoramento/Avaliação de Resultados; Comunicação; e, Análise/Mitigação de riscos.

Palavras-chave: Tuberculose; Estado do Rio de Janeiro; Planejamento Estratégico; Governança; Gestão.

¹Coordenação do planejamento estratégico e operacional da Cooperação Técnica, Rio de Janeiro, Brasil

Autor Correspondente:

Claudia Barbosa
e-mail: claudia.barbosa@akribia.com.br

A única verdadeira viagem não consiste em procurar novas paisagens, mas sim de ter outros olhos, de ver o universo com os olhos de um outro, de cem outros, de ver os cem universos que cada um deles vê, que cada um deles é.

Marcel Proust¹

Quando persistimos em olhar para o externo, ou imaginar o futuro, sem modificar o nosso interior, percebemos poucas mudanças no que vemos, mas, quando nos interrogamos, todas as possibilidades se abrem para soluções. Este é o exercício aeróbico que o planejamento estratégico se propõe a provocar: inspirar o conhecimento acumulado, rever o modo como interpretamos a realidade e expirar inovações capazes de transformar.

Ao integrar o Projeto de Cooperação Técnica (SES/MS/OPAS)² há cerca de um ano e meio, tive contato com as singularidades que afligem a presença da tuberculose (TB) no estado do Rio de Janeiro e em cada um de seus municípios. O apoio ao controle da doença conta com um grupo de profissionais especialistas extremamente competente nos vários níveis da administração pública, que se empenham há

¹ "Le seul véritable voyage, le seul bain de Jouvence, ce ne serait pas d'aller vers de nouveaux paysages, mais d'avoir d'autres yeux, de voir l'univers avec les yeux d'un autre, de cent autres, de voir les cent univers que chacun d'eux voit, que chacun d'eux est." A la recherche du temps perdu, La Prisonnière (1923) de Marcel Proust (Tradução nossa) (Proust, 1992).

² Cooperação Técnica de fortalecimento das ações de controle e eliminação da tuberculose (TB) no estado do Rio de Janeiro (ERJ) firmada entre Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro (SES/RJ), Ministério da Saúde do Brasil (MS) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que doravante denominaremos simplesmente de "Cooperação Técnica" ou "Projeto TB".



anos, integralmente, para dizimar algo que é ainda uma ameaça no ERJ – mas que há cura. Teoricamente, resolver seria fácil e mesmo tratar-se-ia de um claro paradoxo: sabe-se o que e como fazer, mas os resultados positivos, ano após ano, não aparecem como seria previsível. Fica evidente que é preciso rever questões estruturais do macroambiente e de acolhimento à população como um todo para que a ação técnica possa chegar.

A tuberculose está intimamente relacionada às questões socioeconômicas e demográficas a que está submetida a população, de modo que a debilidade das condições de renda, habitação e exposição à violência, que vulnerabilizam e invisibilizam grande parte das pessoas, fogem ao alcance técnico. O conhecimento domina há anos o modo de cura da tuberculose, e as inovações científicas que vêm progressivamente surgindo se dirigem a minimizar o tempo de tratamento para evitar a interrupção, que agravaria a doença ou levaria ao óbito. A cura da tuberculose foi tecnicamente alcançada; existe, de forma acessível, disponibilizada através do Sistema Único de Saúde (SUS) para todos. Isto já se dá há muito tempo. O que precisa mudar, então? Que “outros olhos” precisamos ter para solucionar a questão?

Com intuito de enfrentar estruturalmente esta grave situação no ERJ, em março de 2020 foi promulgada a Lei n.º 8.746, que instituiu a Política Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no estado do Rio de Janeiro, operacionalizada no Plano Estadual (Rio de Janeiro, 2020). Em 2021, com forte empenho da sociedade civil para viabilizar a implementação das ações previstas neste Plano Estadual, foi firmada parceria entre a Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ) e a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). O que resultou em um fomento de R\$ 246 milhões a serem repassados, em parcelas, durante cinco anos. Com o Plano Estadual aprovado pela ALERJ, em abril de 2021 foi publicada a Deliberação CIB-RJ n.º 6.375, que pactuou os eixos estratégicos que integram a proposta preliminar de aplicação de recursos suplementares destinados ao enfrentamento da tuberculose no estado do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2021a). Em continuidade a este histórico de fomento, em janeiro de 2022 foi publicado o Termo de Cooperação (TC) 129, intitulado Fortalecimento das Ações de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro (OPAS, 2022), entre a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, a OPAS e o Ministério da Saúde, com o objetivo geral de estabelecer um sistema de governança que articule políticas de vigilância, atenção à saúde e apoio social no enfrentamento à TB no Estado do Rio de Janeiro, em cinco anos (Rio de Janeiro, 2021b)³.

Desta forma, com esta Cooperação Técnica abre-se a oportunidade de direcionar o investimento até 2026 a partir de uma visão integrada, orientadora e estruturante para os municípios do estado do Rio de Janeiro no fortalecimento das ações de controle e eliminação da tuberculose como um problema de saúde pública. É uma grande oportunidade! É preciso usufruir do “espírito do tempo” (nosso *zeitgeist*)⁴! Há recursos financeiros e um corpo técnico experiente e focado, pensando soluções estruturais capazes de resolver preventivamente a propagação da doença; e, quando inevitável, garantir a persistência do usuário ao tratamento.

Recursos precisam caminhar paralelamente e se somar às políticas públicas de amparo social existentes no país, já que a tuberculose orbita primordialmente nas classes sociais mais vulneráveis. Ou seja, à semelhança de um sistema de cotas, para agravos desta natureza, como a tuberculose, auxílios à alimentação e transportes se tornam essenciais à população afetada pela doença, que poderá ter a chance de persistir no tratamento. Cientes disto, não por acaso o Projeto TB prevê no seu planejamento a alocação de 67% do investimento total do fomento para estes fins. Recursos financeiros também são priorizados para apoio técnico à gestão nos municípios mais críticos, capacitação dos profissionais da rede de assistência à saúde e investimento em tecnologias capazes de fazer chegar mais rapidamente o diagnóstico ao sintomático respiratório. Simultaneamente, profissionais técnicos experientes precisam se dedicar à prevenção e aprimoramento dos fluxos e processos de trabalho. Torna-se necessária também a convergência de esforços nas esferas públicas, de modo que haja estratégias comuns de enfrentamento à tuberculose, com transversalidade, sobretudo entre as secretarias de saúde, segurança

³ O projeto está sendo desenvolvido em 16 municípios prioritários do ERJ (Belford Roxo, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti) e 51 unidades prisionais da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária (SEAP) do Rio de Janeiro.

⁴ A partir de Hegel, *zeitgeist*, em alemão, representa um momento raro em que o conhecimento humano acumulado ao longo dos tempos, de súbito, faz-se presente.

e de assistência social, nos municípios e no estado do Rio de Janeiro, a exemplo do que se intensifica na esfera federal. Chegar aos cidadãos em áreas remotas – que provavelmente são muitos, e, certamente, sub notificados e em propagação silenciosa da doença –, depende desse alinhamento intersetorial.

Com “outros olhos”, podemos pensar em usufruir de forma inteligente e estruturante dos recursos financeiros e humanos, que a Cooperação Técnica proporciona, para transformar ações e investimentos em resultados sustentáveis em 2026. Com redes locais fortalecidas, é possível que o atendimento e detecção da tuberculose se dê em qualquer nível de acesso do usuário ao SUS, e o tratamento seja diretamente observado.

Com a valorização da informação, qualificação do seu preenchimento, análise e bom uso dela, é possível identificar focos mais urgentes de intervenção, descobrir formas de prevenção e mobilizar os profissionais de saúde a alcançarem melhores resultados progressivamente.

Com fluxos mais eficazes e transversalidade intersetorial (principalmente entre saúde e segurança) é possível atuar na vigilância, assegurando a busca de sintomáticos respiratórios e avaliação de contatos dos afetados pela TB, mesmo em áreas de difícil acesso.

O maior desafio que se apresenta ao êxito da Cooperação Técnica é a sustentabilidade dos resultados conquistados após o fim do fomento. Agir desta forma, estrategicamente pensada, com “outros olhos” e a partir de vários pontos de vista, com o objetivo da sustentabilidade, exige integração e alinhamento na gestão.

A integração estratégica da Cooperação Técnica que busca assegurar esta sustentabilidade é o objeto do Planejamento Estratégico do Projeto TB (Figura 1). Consiste em uma estrutura construída a partir de cinco fundamentos, a saber: 1) Governança/Gestão; 2) Direcionamento Estratégico; 3) Resultados; 4) Comunicação; e, 5) Análise/Mitigação de riscos.

É preciso garantir a sustentabilidade ao longo do desenvolvimento do Projeto TB, e minimizar riscos para a evolução positiva dos resultados no longo prazo, uma vez que, como previsto, em dezembro de 2026 dar-se-á o fim do aporte financeiro. Tal modelo sistêmico sugerido busca definir claramente os envolvidos, seus papéis, além de equilibrar responsabilidades e monitorar resultados, de modo a desenvolver a musculatura de cada elo desta rede integrada, e, nestes cinco anos de vigência do Projeto TB, utilizar o investimento de forma inteligente e estruturante.



Figura 1 – Estrutura de representação da Integração Estratégica da Cooperação Técnica (SES/MS/OPAS).

Governança/Gestão da Cooperação Técnica SES/OPAS

Segundo o Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços, “o Modelo de Governança e Gestão Pública (Gestaopublicagov.br) deve ser considerado como um modelo de referência em governança e gestão organizacional, que tem como principal característica ser um modelo integrador.” (Brasil, 2023, p.5). Este Modelo está fundamentado na Portaria n.º 66, de 31 de março de 2017, e na Instrução Normativa n.º 19, de 4 de abril de 2022, tendo como objetivos

contribuir com o aumento da maturidade de gestão e governança no âmbito dos órgãos que operam recursos oriundos das transferências da União e aprimorar a efetividade na entrega de valor público à sociedade brasileira (Brasil, 2023, p.6).

Segundo este Modelo, recomendado a órgãos e entidades da administração direta e indireta do Poder Executivo Federal, bem como Estados, Distrito Federal e Municípios, que nos serve de referência para o Projeto TB e para nortear a gestão da Cooperação Técnica, é preciso distinguir conceitualmente Governança e Gestão, da seguinte forma:

Governança Pública:

Conjunto de mecanismos de liderança, estratégia e controle cuja aplicação permita aperfeiçoar as práticas para avaliar, direcionar e monitorar a gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade. (Brasil, 2023; p.5).

Gestão Pública:

Função realizadora responsável por planejar a forma mais adequada de implementar as diretrizes estabelecidas, executar os planos e fazer o controle de indicadores e de riscos. São atividades relacionadas ao gerenciamento do que precisa ser feito; é a capacidade de planejar, organizar, dirigir e controlar, buscando obter a melhor relação entre recurso público, ação e resultado. (Brasil, 2023; p.5).

O modelo de Governança e Gestão que vem sendo desenhado e adotado para a Cooperação Técnica segue necessariamente os princípios constitucionais que norteiam a administração pública no Brasil, a saber: legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. A ISO 37000:2021, desenvolvida pelo comitê técnico ISO/TC309 e publicada em 14 de setembro de 2021, trata da Governança de Organizações e é voltada a padronizar os aspectos relacionados à direção, ao controle e à responsabilidade das organizações, de modo que os órgãos diretivos tenham uma referência.

Este modelo, uma vez integrado ao Mapa Estratégico da Cooperação Técnica (SES/OPAS) 2021-2026, ao plano de comunicação e à análise/monitoramento de resultados e riscos, busca contornar estes princípios norteadores e alinhar-se ao modelo de referência indicado pela administração pública brasileira.

Uma governança forte é conquistada a partir do envolvimento e compromisso, das instituições e profissionais que a compõem, com os resultados a serem alcançados. O êxito da Cooperação Técnica depende da integração e complementaridade das partes que atuam em direção ao objetivo comum, firmado em metas mobilizadoras e viáveis.

A Figura 2 tem ao centro o indivíduo sintomático respiratório, ou adoecido pela TB, que se depara com diferentes possibilidades de atendimento e tratamento no SUS no ERJ, representadas pelos círculos concêntricos que orbitam em torno do usuário. A Cooperação Técnica, através de uma ligação direta (reta em verde) com o atendimento especializado dos Programas Municipais de Controle da Tuberculose (PMCT) em 16 municípios priorizados, busca ampliar o esforço de enfrentamento à doença através de fomento às coordenações municipais por meio de profissionais de apoio (enfermeiros, sanitaristas e assistentes sociais), capacitação, além de investimentos em infraestrutura e biossegurança.

O objetivo desta injeção de recursos técnicos – materiais e humanos –, entretanto, precisa ser realizada com precisão estratégica, de modo a promover dois principais movimentos que garantam a sustentabilidade

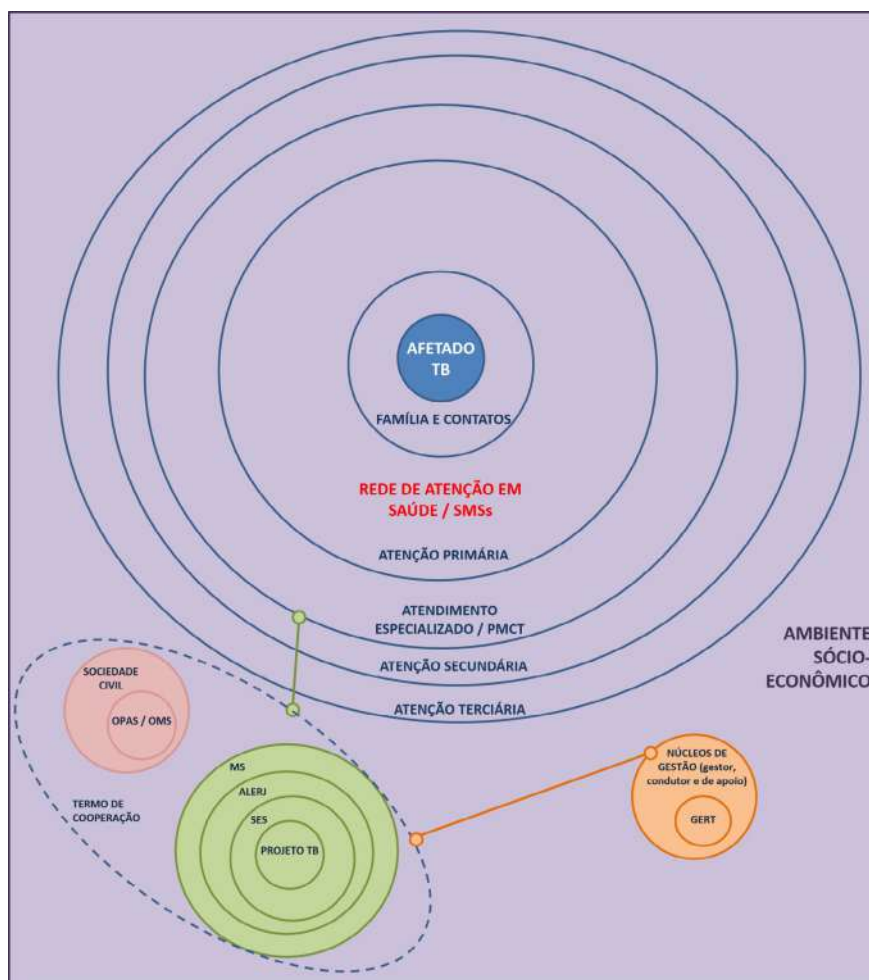


Figura 2 – Modelo de Governança vigente da Cooperação Técnica (SES/MS/OPAS) para fortalecimento de ações de controle e eliminação da TB no ERJ.

dos resultados ao fim do fomento, a saber: estruturar cada PMCT e articular a rede local, com ênfase na descentralização progressiva qualificada do atendimento ao usuário.

Para tal, com intuito de garantir a governança da Cooperação Técnica com intervenções certas e estruturantes, faz-se necessário um sistema de gestão que integre as partes interessadas. Este sistema de gestão, desenhado para a Cooperação Técnica (reta de ligação laranja na Figura 2), conta com três núcleos. O núcleo Gestor, que aprova ou restringe as deliberações do núcleo Condutor do Projeto TB. E o terceiro núcleo, o de Apoio, que assessoria os núcleos Gestor e Condutor nas atividades administrativas, de gestão de pessoas e financeira, de planejamento e comunicação.

Esta estrutura, criada e iniciada em 2022, ampliou consideravelmente as atividades da Gerência de Tuberculose e áreas de suporte da SES-RJ que, historicamente, empenham-se no apoio à gestão dos PMCT dos 92 municípios do ERJ, com todas as dificuldades enfrentadas em relação a recursos humanos e materiais escassos, tanto no ERJ como nos municípios. Este reforço que a Cooperação Técnica traz, apesar de concentrado em cinco anos, busca dar um salto qualitativo na gestão da tuberculose do ERJ, ao criar novos fluxos de atendimento, qualificação do uso da informação e semear o compromisso dos profissionais de saúde das redes locais municipais com a cura da tuberculose, para além do atendimento especializado nos PMCTs. Ou seja, propiciar uma mudança de hábitos e processos que se mostre permanente, sustentável, ao fim do fomento em 2026.

Direcionamento Estratégico

David Norton e Robert Kaplan (Kaplan; Norton, 2004) desenvolveram a metodologia de Mapas Estratégicos que é ferramenta extremamente importante para focar e mobilizar uma instituição ou projeto em direção aos seus objetivos estratégicos. Trata-se de uma ferramenta simples e transparente de comunicação da estratégia às equipes, possibilitando o comprometimento de todos.

O desenho do Mapa Estratégico antecede e se une à construção e monitoramento de indicadores e metas. Como dizem os autores dos Mapas Estratégicos, Kaplan e Norton: “da mesma maneira que não se pode gerenciar o que não se mede, também não se pode medir o que não se descreve.” (Kaplan; Norton, 2004).

Ao nos depararmos com uma instituição ou equipe de projeto, há vários tipos de arquitetura possíveis para o Mapa Estratégico, em função, sobretudo, da missão (porque coletivamente existimos), valores (o que é importante para nós) e visão (o que queremos ser) de cada grupo. O Mapa traduz a estratégia de como aquela organização de pessoas pretende chegar à visão desejável, a partir da criação ou renovação de um posicionamento no segmento em que atua, e da proposição de novos diálogos e valores às partes interessadas no mesmo propósito.

Neste sentido, as etapas metodológicas que estamos seguindo para o desenho dos níveis do Mapa Estratégico específico da Cooperação Técnica 2021-2026 (Figura 2) são: 1) Propósito do Projeto; 2) Visão 2026; 3) Partes Interessadas ou stakeholders (relacionamentos prioritários para atingir à Visão); 4) Proposição de Valor (a alcançar até 2026 para cada parte interessada); 5) Temas Estratégicos (áreas prioritárias identificadas como de posicionamento necessário e estruturante); 6) Ações Estratégicas (direcionamentos traçados para cada um dos temas identificados); 7) Organização Interna (relação das instituições integrantes da Cooperação Técnica); 8) Proposição de Valor para a Organização Interna; e, 9) Ações Estratégicas da Organização Interna (Cooperação Técnica).

A partir sobretudo do Termo de Cooperação (TC 129); reuniões do núcleo Condutor; GT de Comunicação, Mobilização Social e Advocacy; e oficinas de planejamento GERT, foi possível desenhar o Mapa Estratégico da Cooperação Técnica com um nível de detalhe bem razoável, periodicamente revisitado pelas lideranças do Projeto TB. O Mapa Estratégico deve ser lido de baixo para cima, isto é: o que os integrantes da Cooperação Técnica farão para alcançar seu propósito e sua Visão 2026?

Esta é a resposta que o Mapa precisa dar. Então podemos dizer a partir de sua leitura, a partir da base do Mapa, que se trata de uma Cooperação Técnica entre SES-RJ, MS e OPAS que precisa se relacionar com nove públicos prioritários (gestores municipais - SMS; secretarias Assistência Social, Segurança, Habitação, Educação entre outras; Assembleia Legislativa do estado do Rio de Janeiro - ALERJ; profissionais de saúde; conselhos estadual e municipais; universidades; órgãos controladores; instituições da sociedade civil; e, população em geral) para alcançar quatro resultados em temas estratégicos (R1 - Rede de Atenção à Saúde; R2 - Proteção Social; R3 - Vigilância Epidemiológica; e R4 - Inovação, Pesquisa e Tecnologia), de modo a atingir seu propósito de fortalecimento de ações de controle e eliminação da tuberculose no ERJ. No horizonte de cinco anos desta Cooperação Técnica, há ações, nos quatro temas estratégicos, que dizem respeito à estruturação da rede de saúde, e outras que promovem a descentralização, quando segura, no atendimento e tratamento da TB, que permitiria a sustentabilidade de resultados ao fim do fomento, ou seja, estruturar para descentralizar, e somente descentralizar com sustentabilidade.

Torna-se fundamental neste Mapa Estratégico até 2026 fortalecer as estratégias de governança que assegurem o bom andamento e sustentação da organização interna da Cooperação Técnica em si - ações necessárias para garantir a transparência, integração e alinhamento entre seus integrantes.

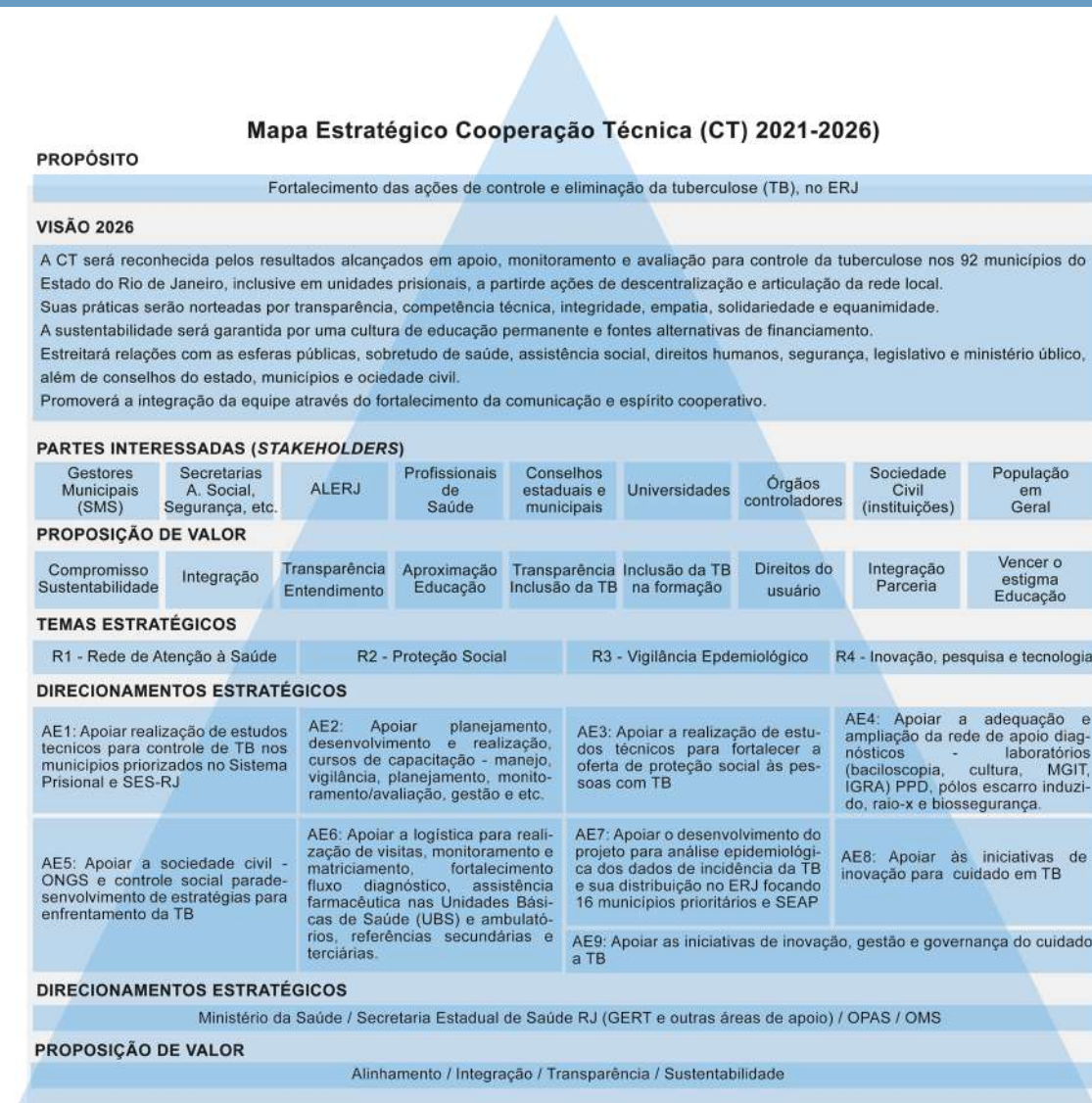


Figura 3 – Mapa Estratégico da Cooperação Técnica (SES/OPAS) 2021-2026 (atualização de agosto/23).

De modo a identificar prioridades ao longo da implementação das nove Ações Estratégicas (AE) que constam do Mapa, o núcleo Condutor ordenou-as por grau de importância (qual agregaria mais valor relativo ao propósito da CT uma vez implementada) e por capacidade de implementação (disponibilidade de recursos humanos, financeiros, conhecimento técnico, autonomia, tempo, entre outros). Tal análise resultou na seguinte matriz (Figura 4) de decisão estratégica 2022-2026 que sinaliza as prioridades a serem encaminhadas no Projeto TB ao longo dos cinco anos:

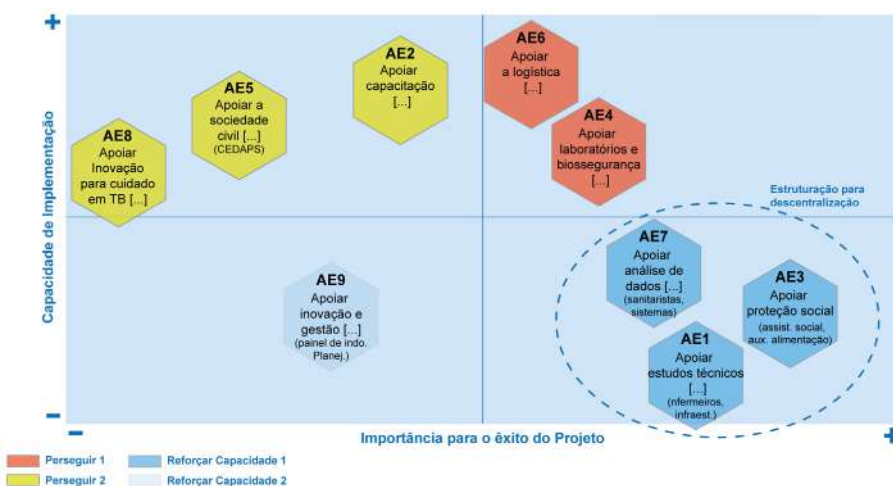


Figura 4 – Matriz de Decisão Estratégica 2022-2026 (importância x capacidade). Fonte: Dinâmica de priorização e argumentação em reunião do núcleo gestor em janeiro 2023.

Não por acaso as três Ações Estratégicas (AE) identificadas como de maior importância para o êxito da CT foram: AE 3, voltada ao investimento em auxílio-alimentação e apoio de assistentes sociais nos municípios; AE 1, onde estão alocados os recursos para melhorias na infraestrutura e no corpo técnico nos municípios prioritizados, com apoiadores locais (enfermeiros); e, AE 7, direcionada ao bom uso da informação, com apoio de sanitaristas locais no município para análise de dados. Este conjunto de três estratégias priorizadas reforça o entendimento da tuberculose como um agravo intimamente relacionado às reduzidas condições socioeconômicas da população, que precisam ser minimamente contornadas para buscar garantir o prosseguimento do tratamento pelos usuários; e necessidade de fortalecimento das redes locais em processo progressivo de descentralização.

A distribuição dos investimentos previstos nos cinco anos da Cooperação Técnica, mostrada na Figura 5, é coerente com este direcionamento estratégico, já que 67% do montante total a ser investido foi alocado para estas três Ações Estratégicas identificadas como de maior valor agregado para o controle e eliminação da TB no ERJ.

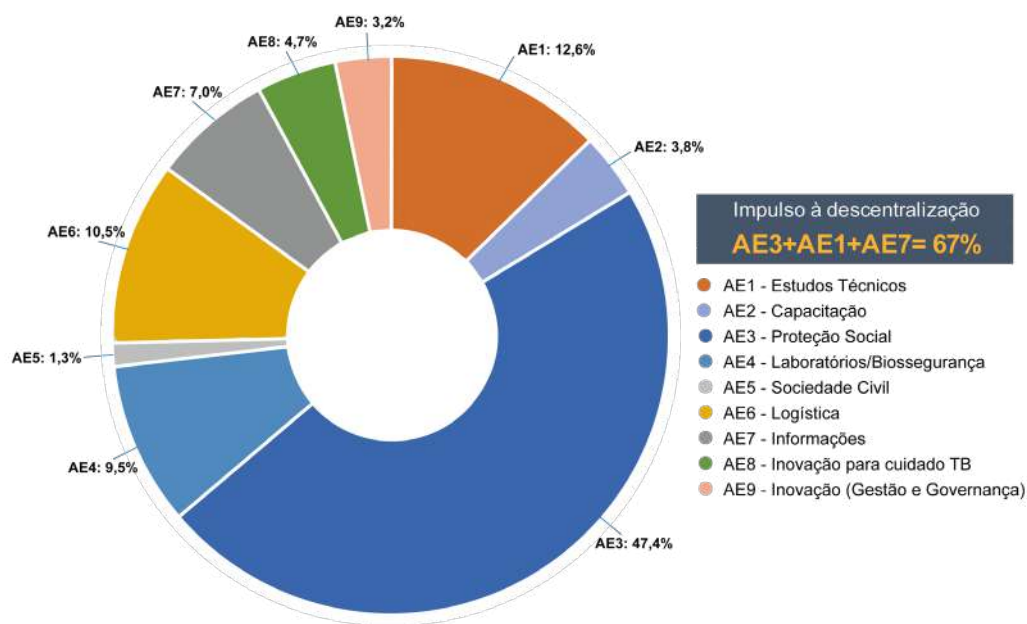


Figura 5 – Distribuição % do investimento da Cooperação Técnica 2022-2026 (total de R\$196 milhões)

Na Figura 5, fica evidente a natureza estruturante que o Projeto TB está sendo capaz de fomentar, com capacitação, logística de carro/motoboy, biossegurança e inovação na gestão, complementando os outros 33% do investimento da Cooperação Técnica nos cinco anos.

Vale lembrar que o Mapa Estratégico se aprimora à medida que vai sendo revisitado e debatido periodicamente à luz de um diagnóstico consistente, com o direcionamento traçado a partir de cenários desenhados para o macro-ambiente e para o segmento de interesse – construção de caminhos plausíveis de futuro para teste das estratégias traçadas no presente. Uma estratégia robusta é aquela que resiste a vários cenários possíveis.

Comunicação

Para a elaboração do Plano de Comunicação, Mobilização Social e Advocacy foi criado um grupo de trabalho (GT) com integrantes do Projeto TB, que se reuniram uma vez por semana durante seis semanas. Em linha com a Visão 2026 do Projeto TB/GERT⁵, o GT elaborou uma matriz Público x Tema x Produtos/

⁵ Visão 2026: “A GERT será reconhecida pelos resultados alcançados em apoio, monitoramento e avaliação para controle da tuberculose nos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, inclusive em unidades prisionais, a partir de ações de descentralização e articulação da rede local. Suas práticas serão norteadas por transparência, competência técnica, integridade, empatia, solidariedade e equanimidade. A sustentabilidade será garantida por uma cultura de educação permanente e fontes alternativas de financiamento. Estreitará relações com as esferas públicas, sobretudo de saúde, assistência social, direitos humanos, segurança, legislativo e ministério público, além de conselhos do estado, municipais e sociedade civil. Promoverá a integração da equipe através do fortalecimento da comunicação e espírito cooperativo.” (Visão desenvolvida de forma participativa – equipe do Projeto/GERT – em novembro de 2022)

Canais com ações em comunicação, mobilização social e advocacy⁶. Ou seja, uma matriz com produtos, peças e/ou veículos de comunicação, e também ações de diálogo, mobilização, formação e/ou integração com cada público.

Desta matriz, surgiram 30 produtos/ações priorizados por dois critérios: grau de importância para o êxito do projeto e capacidade de implementação (recursos humanos, financeiros, tecnológicos, autonomia, entre outros.), de modo a estabelecermos um cronograma de implementação.

Para os 30 produtos priorizados foi definido um plano de implementação 2023-2024, onde constam as ações necessárias, responsáveis pela elaboração/ atualização e data de lançamento, por produto.

Resultados

O Painel de Indicadores está sendo desenvolvido desde janeiro de 2023 por um GT com integrantes do Projeto TB. A primeira etapa implementada do Painel foi disponibilizada em julho de 2023, para acesso de toda a população através do site da SES-RJ (CIB, 2024)

A partir de agosto de 2023, o GT de Indicadores voltou a se reunir quinzenalmente para viabilizar progressivamente a entrada de outras áreas de conteúdo previstas para o Painel, a saber: 1) Indicadores sociodemográficos do ERJ e por municípios prioritários do Projeto TB; 2) Indicadores epidemiológicos e operacionais do ERJ e por município prioritário do Projeto TB; 3) População privada de liberdade do ERJ e por município prioritário do Projeto TB; 4) População em situação de rua do ERJ e por município prioritário do Projeto TB; 5) Indicadores laboratoriais; 6) Metas do Termo de Cooperação e por município prioritário - anuais até 2026; 7) Rede de Assistência à Saúde; 8) Plano de trabalho do ano em curso; 9) Gestão financeira e de recursos humanos; e, 10) Biblioteca virtual. Destas estão disponíveis preliminarmente as quatro primeiras áreas de conteúdo, descritas acima, no Painel de Tuberculose SVEA/CVE/GERT do Estado do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2024).

Análise de riscos e instrumentos de mitigação

Quando foi firmado o Termo de Cooperação, em dezembro de 2021, foi feito um Termo de Ajuste que o complementa, onde foi alinhada e transcrita a análise de riscos realizada para a Cooperação Técnica, além de sugeridas formas de mitigação.

Para mitigar os quatro principais riscos apontados foram indicadas as seguintes soluções: (i) sensibilização e criação de vínculo com as equipes municipais da tuberculose, sempre as mantendo informadas e como parte integrante das transformações implantadas, capacitações, além de buscar parceria com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do estado do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ) e encaminhar pactuações nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB-RJ) e Intergestores Regional (CIR-RJ) do estado do Rio de Janeiro; (ii) sensibilização dos profissionais de saúde, acerca das populações em situação de rua e privada de liberdade, além de portarias que garantam as ações necessárias; (iii) Interação e construção de vínculo com as respectivas Vigilâncias Epidemiológicas e pactuações na CIB-RJ; (iv) Desenvolvimento de inovações tecnológicas de acordo com a realidade dos municípios, buscando parcerias de modo que sejam consultados acerca dessas inovações.

Desde agosto de 2022, estas ações formuladas no Termo de Ajuste estão sendo perseguidas nos 16 municípios prioritários e nas unidades prisionais de nove municípios do estado do Rio de Janeiro. É previsto para 2024 a primeira avaliação e revisão estratégica da Cooperação Técnica, com o objetivo de monitorar e readequar o direcionamento estratégico, assim como o grau de exposição ao risco do Projeto TB.

Além do exercício específico periódico de revisão estratégica e análise de riscos da Cooperação Técnica, foram criados outros instrumentos de gestão, já implementados com êxito ou em fase de implementação,

⁶ Conforme Descritor em Ciências da Saúde (DeCS) https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=36437&filter=ths_exact_term&q=advocacia%20em%20sa%C3%BAde, Advocacia em saúde (health advocacy, em inglês) contempla toda “reivindicação pelo direito à saúde. Ações individuais e de grupos organizados que procuram influir sobre as autoridades e os particulares no que se refere ao direito à saúde.”. Ampara-se na Constituição Brasileira que assegura o acesso à saúde como um dos direitos humanos fundamentais, possibilitando aos cidadãos exigirem do Estado plenas condições para um completo bem-estar biopsicossocial e qualidade de vida. [Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília-DF: Senado Federal; 1988].

que também auxiliam na identificação, análise e mitigação de riscos da Cooperação Técnica. São eles:

- Reuniões de Acompanhamento Estratégico (RAE's): reuniões quinzenais que funcionam como uma espécie de laboratório de análise de questões críticas que se apresentam para encontrar soluções alternativas em tempo hábil. Integram estes encontros membros do núcleo Condutor e convidados em função do tema em análise.
- Reuniões semanais do núcleo Condutor, onde são debatidos os principais pontos de atenção da semana, avaliadas as ações implementadas e deliberados encaminhamentos.
- Reuniões bimestrais com as coordenações dos programas de TB dos municípios prioritários da Cooperação Técnica, de modo a alinhar diretrizes do Projeto, seus apoiadores locais e a gestão municipal, além de promover a transparência para identificação de riscos, troca de boas práticas e encaminhamento de ações;
- Reunião mensal da equipe SES da Cooperação Técnica – GERT e contratados OPAS – com intuito de alinhar e integrar, além de identificar questões críticas, riscos e encaminhar decisões;
- Encontros semestrais de Aprimoramento Recíproco. Encontros de avaliação de desempenho individual em que supervisor e supervisionado relatam suas percepções, dificuldades, pontos fortes e fracos, estreitam relacionamento, dirimem conflitos, além de readequar e realinhar o processo de trabalho para os objetivos da Cooperação Técnica;
- GTs temáticos, permanentes ou temporários, para aprofundar e resolver entraves que se apresentam à implementação das estratégias, envolvendo profissionais de várias áreas, garantindo transversalidade e interdisciplinaridade na solução das questões mais complexas da Cooperação Técnica;
- Reunião anual de Pertencimento e Integração da Cooperação Técnica. Encontro com todos os profissionais envolvidos, nivelando entendimentos sobre temas, com espaço para troca, debate e integração, de modo a garantir o equilíbrio na reciprocidade entre os objetivos da Cooperação Técnica e os objetivos de cada integrante do Projeto/GERT; e,
- Reunião mensal entre OPAS e o núcleo Condutor da SES-RJ, de modo a resolver entraves administrativos e alinhar os modos de gestão da Cooperação Técnica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estrutura descrita para a integração estratégica da Cooperação Técnica, que contempla cinco pilares, é necessária para a sustentabilidade de resultados que progressivamente vão sendo conquistados. Entretanto, embora iniciativas tenham sido semeadas, há muito o que construir e aperfeiçoar em cada uma delas para garantir a robustez desta estrutura.

Em termos de Governança, quando desenhamos o modelo em curso fica claro que é preciso reforçar tanto as lacunas de integração, diálogo e transparência dos próprios integrantes da Cooperação Técnica – SES/OPAS/MS, além de muito a se fazer em termos de capacitação, estruturação e fortalecimento das redes de saúde nos municípios do ERJ.

Quanto à gestão, embora com práticas e instrumentos que vêm se desenhando, permitindo planejamento, análise, monitoramento, ações e recomendações pelo núcleo Condutor da Cooperação Técnica, as dificuldades estão na velocidade de legitimação, validação e viabilização destas recomendações pelo núcleo Gestor. As indicações técnicas do núcleo Condutor e da GERT, que fundamentam o direcionamento estratégico da Cooperação, muitas vezes encontram entraves e lentidão na implementação. É preciso maior diálogo para o entendimento real das necessidades e diretrizes estratégicas da Cooperação Técnica pelo núcleo Gestor, para que este esteja alinhado ao núcleo Condutor; e as decisões, analisadas e recomendadas, sejam naturalmente incorporadas.

Em relação ao pilar de Direcionamento Estratégico, o que se evidencia como lacuna mais relevante, quando olhamos o Mapa, de fato, é a necessidade de fortalecimento de estratégias de integração dos próprios atores da Cooperação Técnica.

Em relação ao pilar da Comunicação há avanços importantes. Foi formado um GT que desenhou o Plano de Comunicação, Mobilização Social e Advocacy e serão incorporados ao Projeto TB três especialistas na área para desenvolvimento e implementação deste Plano. Cartas-acordo com o Centro de Promoção da

Saúde (CEDAPS) e a organização social Criar Brasil se somam para viabilizar este Plano tão necessário para o êxito da Cooperação Técnica.

Em relação ao pilar de Resultados, foi lançado o Painel de Indicadores preliminar, vinculado ao site da SES-RJ, mas melhorias, ampliação e atualização permanente são esperadas e fazem parte do Plano de Comunicação em implementação, de modo a garantir a integridade técnica das informações disponibilizadas; inclusão de todas as áreas de conteúdo planejadas; a transparência da informação; e, o acompanhamento dos resultados, com definição das áreas de responsabilidade na SES-RJ para conduzir as atualizações necessárias em fluxo contínuo.

Em função deste modelo de integração estratégica da Cooperação Técnica desenhado com seus cinco pilares, torna-se fundamental que em 2024 se inicie um processo de revisão estratégica e de análise de riscos da Cooperação Técnica. Tal exercício deve ser incorporado ao Ciclo Anual de Planejamento e Gestão da Cooperação Técnica, em que reuniões e debates sejam conduzidos para aprimoramento dos pilares de sustentabilidade, e contem com a participação dos integrantes da Cooperação Técnica (OPAS/SES/MS), e, na SES-RJ, além da GERT, reúnam as áreas envolvidas transversalmente nos GTs em curso e incluam os integrantes do núcleo Gestor e Condutor.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Gestão e da Inovação em Serviços. Modelo de Governança e Gestão Pública - Gestapublicgov.br. Versão 2.0 de setembro de 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/transferegov/pt-br/manuais/gestao>>. Acesso em: 10/03/24>. Acesso em: out. de 2024.

CIB - Comissões Intergestores Bipartites. Histórico. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/conheca-a-cib-rj/2374-historico.html>>. Acesso em: out. de 2024.

KAPLAN, R. S. e NORTON, D. P. Mapas Estratégicos - Balanced Scorecard: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. Termo de Cooperação n.º 129 - Fortalecimento das Ações de Controle e Eliminação da Tuberculose no estado do Rio de Janeiro. 2002. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/documentos/termo-cooperacao-no-129-fortalecimento-das-acoes-controle-e-eliminacao-da-tuberculose-no>>. Acesso em: dez. de 2022.

PROUST, M. A la recherche du temps perdu, Tome V: La Prisonnière (1923), Paris (France): Gallimard (Collection Blanche), 1992.

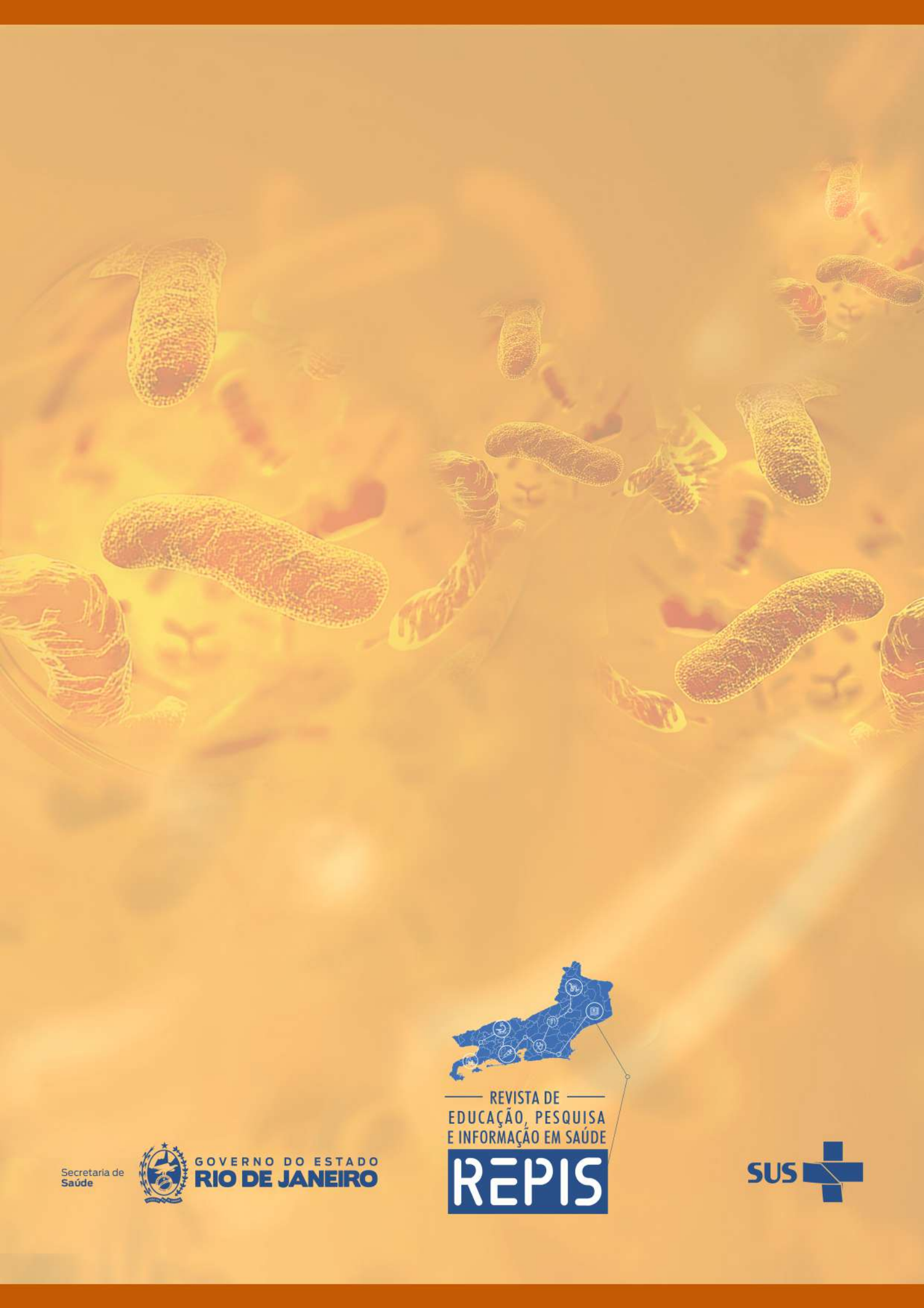
RIO DE JANEIRO (Estado). Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ). Lei n.º 8746, de 9 de março de 2020. Institui a Política Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. Publicada em 03/10/2020. Disponível em: <<https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/819361347/lei-8746-09-marco-2020-rio-de-janeiro-rj>>. Acesso em: dez. de 2022.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Deliberação CIB-RJ n.º 6.375 de 15 de abril de 2021. Pactua a adesão à proposta preliminar de aplicação de recursos suplementares para controle da tuberculose no estado do Rio de Janeiro, segundo eixos estratégicos identificados. 2021a. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/deliberacoes-cib/732-2021/abril/7072-deliberacao-cib-rj-n-6-375-de-15-de-abril-de-2021.html>>. Acesso em: nov. de 2022.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Painel de Tuberculose - SVEA/CVE/GERT - SES-RJ. 2024. Disponível em: <<https://lookerstudio.google.com/u/0/reporting/1933da0e-a4e4-4213-91a0-8f852d4fc618/page/YpEsD>>. Acesso em: nov. de 2022.

_____. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. SES e OPAS firmam cooperação técnica para o enfrentamento da tuberculose no estado do Rio. 2021b. Disponível em: <<https://www.saude.rj.gov.br/noticias/2021/11/ses-e-opas-firmam-cooperacao-tecnica-para-o-enfrentamento-da-tuberculose-no-estado-do-rio>>. Acesso em: nov. de 2022.

Recebido em: 06/03/2024
Aprovado em: 21/06/2024



Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO



REVISTA DE
EDUCAÇÃO, PESQUISA
E INFORMAÇÃO EM SAÚDE

REPIS

