

Efeito do incentivo alimentício sobre o desfecho do tratamento de pacientes com tuberculose em uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro*

Food baskets given to tuberculosis patients at a primary health care clinic in the city of Duque de Caxias, Brazil: effect on treatment outcomes

João Paulo Cantalice Filho

Resumo

Objetivo: Avaliar os efeitos da distribuição de cestas básicas para pacientes com tuberculose (TB) no desfecho do tratamento em uma unidade primária de saúde. **Métodos:** Estudo retrospectivo, de caráter comparativo, incluindo aspectos médicos e sociais de 142 pacientes de uma unidade primária de saúde da cidade de Duque de Caxias, RJ, divididos em dois grupos: o primeiro incluiu 68 indivíduos tratados com regimes padrão (entre setembro de 2001 e dezembro de 2003), e o segundo incluiu 74 indivíduos tratados com os mesmos regimes e que adicionalmente receberam cestas básicas mensalmente (entre janeiro de 2004 e julho de 2006). **Resultados:** A comparação estatística entre os grupos revelou um aumento na taxa de cura (69,7% vs. 87,1%) e uma acentuada redução na taxa de abandono (30,3% vs. 12,9%) com o fornecimento de cestas básicas. **Conclusões:** Os resultados indicam que o fornecimento de cestas básicas pode ser útil como estratégia para aumentar a adesão ao tratamento da TB em unidades primárias de saúde.

Descritores: Tuberculose; Apoio nutricional; Resultado de tratamento; Serviços ambulatoriais de saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the effect that the distribution of food baskets to tuberculosis (TB) patients has on treatment outcomes at a primary health care clinic. **Methods:** Retrospective comparative study of the medical and social aspects of 142 patients at a primary health care clinic in the city of Duque de Caxias, Brazil. The patients were divided into two groups: the first group included 68 patients treated with standard regimens (between September of 2001 and December of 2003); and the second group included 74 patients treated with the same regimens but also receiving food baskets on a monthly basis (between January of 2004 and July of 2006). **Results:** The statistical comparison between the two groups revealed that the cure rate was higher in the group receiving the food baskets (87.1% vs. 69.7%), whereas the rate of noncompliance was markedly lower (12.9% vs. 30.3%). **Conclusions:** The results indicate that the distribution of food baskets can be a useful strategy to improve compliance with TB treatment at primary health care clinics.

Keywords: Tuberculosis; Nutritional support; Treatment outcome; Ambulatory health services.

* Trabalho realizado no Instituto de Doenças do Tórax, Universidade Federal do Rio de Janeiro – IDT-UFRJ – Rio de Janeiro (RJ) e na Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, Duque de Caxias (RJ) Brasil.

Endereço para correspondência: João Paulo Cantalice Filho. Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Bloco F, 3º andar, Ilha do Fundão, Cidade Universitária, CEP 21941-590, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Tel 55 21 2562-2010. E-mail: jpcantalice@hucff.ufrj.br

Apoio financeiro: Nenhum.

Recebido para publicação em 29/1/2009. Aprovado, após revisão, em 2/6/2009.

Introdução

A tuberculose (TB) permanece como um problema de difícil solução nos países em desenvolvimento, como o Brasil.⁽¹⁾ Não havendo perspectiva, em curto prazo, de melhoria nas condições de vida da população, a política de combate à doença depende do diagnóstico precoce e do tratamento bem sucedido como estratégias para controlar a endemia.

Entretanto, as deficiências do Sistema Único de Saúde têm ajudado a comprometer as estatísticas oficiais: no estado do Rio de Janeiro, por exemplo, a taxa de incidência é de 99/100.000 habitantes; o percentual de cura é de 65%, e a taxa de abandono atinge 30% em alguns municípios.⁽²⁾ Com esses números, esse estado se destaca no cenário nacional por responder por cerca de 20% dos casos do país e deter nove municípios prioritários pelo Ministério da Saúde (MS), onde as metas de controle da doença não vêm sendo alcançadas.⁽³⁾ Dentre as referidas metas, a redução da taxa de abandono tem grande importância para o sucesso das ações governamentais. Assim, a identificação de mecanismos que aumentem a adesão à quimioterapia tem fator decisivo na melhoria da epidemiologia da TB em nosso meio.

O propósito deste estudo foi traçar um perfil geral da casuística e estimar as taxas de cura e abandono de tratamento da TB em pacientes ambulatoriais de uma unidade primária de saúde no município de Duque de Caxias – região metropolitana do Rio de Janeiro. Foram observados pacientes tratados em dois períodos distintos e o efeito do recebimento do incentivo alimentício oferecido em um desses períodos, sobre a eficácia do tratamento, representada por essas taxas.

Métodos

Um estudo retrospectivo, de caráter comparativo, foi realizado no período entre setembro de 2001 e julho de 2006 com pacientes com TB em tratamento ambulatorial no Posto Municipal de Saúde (PMS) Dr. Antônio Granja, no bairro Parque Fluminense do município de Duque de Caxias. Trata-se de uma unidade primária de saúde cujo Programa de Controle da Tuberculose foi implantado em 2001, adotando-se o método tradicional de tratamento autoadministrado.

Todos os 142 pacientes com idade igual ou superior a 15 anos foram incluídos neste estudo a partir da confirmação dos critérios diagnósticos da TB⁽⁴⁾ e divididos em dois grupos: o primeiro incluiu 68 indivíduos atendidos entre setembro de 2001 e dezembro de 2003 e referiu-se àqueles que receberam apenas a quimioterapia padronizada pelo MS.⁽⁴⁾ O segundo grupo incluiu 74 indivíduos atendidos entre janeiro de 2004 e julho de 2006 e referiu-se àqueles que, além da quimioterapia, também foram beneficiados com cestas básicas de alimentos não-perecíveis mensalmente, a um custo unitário de R\$ 30,00, e distribuídas na própria unidade.

No período observado, não houve mudanças nos esquemas quimioterápicos,⁽⁴⁾ nos aspectos físicos da unidade ou na equipe médica e de enfermagem do programa. Todas as informações foram obtidas através de consultas aos prontuários médicos, sendo comparadas estatisticamente as variáveis gênero, idade em anos, local de residência (Parque Fluminense ou outros bairros), situação conjugal (solteiro, casado, separado ou viúvo), história prévia de TB, contato com TB, local do diagnóstico (no PMS Dr. Antônio Granja ou em outra unidade), doenças associadas, sorologia anti-HIV, tempo sintomático em dias,

Tabela 1 - Análise estatística das variáveis sociodemográficas dos pacientes com tuberculose atendidos no Posto Municipal de Saúde Dr. Antônio Granja, Parque Fluminense, Duque de Caxias, RJ, divididos nos dois grupos em estudo.

Variável	Sem cestas básicas	Com cestas básicas	p
Gênero			
Masculino	36 (52,9)	47 (63,5)	0,20
Feminino	32 (47,1)	27 (36,5)	
Residência			
Parque Fluminense	17 (25,0)	23 (31,1)	0,42
Outros bairros	51 (75,0)	51 (68,9)	
Situação conjugal			
Solteiro	13 (44,8)	19 (45,2)	0,97
Casado	16 (55,2)	23 (54,8)	
História prévia TB			
Sim	12 (19,1)	16 (23,9)	0,50
Não	51 (80,9)	51 (76,1)	
Contato TB			
Sim	10 (32,3)	7 (36,8)	0,74
Não	21 (67,7)	12 (63,2)	

TB: tuberculose. Dados apresentados como n (%).

resultado da baciloscopia do escarro, resultado do teste tuberculínico em mm, extensão da TB ao exame radiológico (bilateral, unilateral direito, unilateral esquerdo ou sem alterações), esquema de tratamento (esquemas I, IR ou outros), efeitos adversos da quimioterapia (ausente, leves ou graves) e resultado do tratamento (cura, abandono, falência ou óbito).

A comparação das variáveis categóricas estudadas foi demonstrada percentualmente nos dois grupos, e a sua análise estatística foi realizada pela utilização do teste do qui-quadrado. O critério de determinação de significância adotado foi o nível de 5%. A análise estatística foi processada pelo programa SAS, versão 6.04 (SAS Institute Inc., Cary, NC, EUA).

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Resultados

Foram investigados 142 pacientes: 68 (47,9%) do primeiro grupo (sem cestas básicas) e 74 (52,1%) do segundo grupo (com cestas básicas), sendo 83 (58,5%) do gênero masculino e 59 (41,5%) do gênero feminino. A população apresentou uma distribuição estatística homogênea nos dois grupos, com cerca de dois terços de pacientes homens (Tabela 1). A média de idade encontrada foi de 37,3 anos, variando de 15 a 82 anos.

Quanto à origem dos pacientes, 40 (28,2%) residiam próximos à unidade, e 102 (71,8%) vinham de outros bairros. A Tabela 1 mostra que essa distribuição foi uniforme nos dois grupos.

Houve grande perda de informação na variável situação conjugal. Para apenas 79 pacientes havia esse registro documentado, dos quais houve um predomínio de solteiros (32/79; 40,5%) e casados (39/79; 49,4%). Cerca de 10% dos pacientes dividiram-se entre separados e viúvos. A análise estatística mostrou que tal distribuição foi semelhante nos dois grupos (Tabela 1).

A história prévia de TB foi relatada em 28 (21,5%) dos 130 pacientes informantes, e sua distribuição também não variou no tempo. O contato intradomiciliar só foi aferido em 50 indivíduos, com 17 respostas positivas (34%).

No que se refere aos aspectos atuais, a Tabela 2 apresenta grande similaridade entre os grupos estudados: o local do diagnóstico teve predo-

mínio do PMS Dr. Antônio Granja, responsável pela maioria dos diagnósticos (108 pacientes; 76,1%), divididos entre 48 pacientes (70,6%) no primeiro grupo e 60 (81,1%) no segundo grupo.

A variável "doenças associadas" teve elevado percentual na população geral (38%), mas sua distribuição foi desigual. Metade dos pacientes do primeiro grupo relatou alguma patologia pulmonar ou sistêmica. No segundo grupo, esse percentual caiu para 27% ($p = 0,005$), valor estatisticamente significativo (Tabela 2). A sorologia anti-HIV foi realizada em 69 pacientes, e houve apenas 3 (4,3%) resultados positivos, o que não viabilizou a aplicação de teste estatístico.

Com relação à doença atual, foi descrito o tempo de sintomas em 111 pacientes: o tempo mediano foi de 90 dias, variando entre 7 e 720 dias. Não houve diferenças entre os grupos,

Tabela 2 – Análise estatística das variáveis relacionadas ao diagnóstico dos pacientes com tuberculose, atendidos no Posto Municipal de Saúde Dr. Antônio Granja, Parque Fluminense, Duque de Caxias, RJ, divididos nos dois grupos de estudo.

Variável	Sem cestas básicas	Com cestas básicas	p
Local do diagnóstico			
PMS Dr. A. Granja	48 (70,6)	60 (81,1)	0,14
Outra unidade	20 (29,4)	14 (18,9)	
Doenças associadas			
Sim	34 (50,0)	20 (27,0)	0,005
Não	34 (50,0)	54 (73,0)	
Sorologia anti-HIV			
Positiva	1 (4,2)	2 (4,4)	NR*
Negativa	23 (95,8)	43 (95,6)	
Tempo de sintomas			
≤ 90 dias	35 (62,5)	34 (61,8)	0,94
> 90 dias	21 (37,5)	21 (38,2)	
Baciloscopia do escarro			
Positiva	31 (47,7)	30 (40,5)	0,39
Negativa/NR	34 (52,3)	44 (59,5)	
Teste tuberculínico^a			
Não-reator	11 (33,3)	7 (16,7)	0,093
Reator	22 (66,7)	35 (83,3)	
Extensão radiológica			
Bilateral	26 (41,3)	34 (48,6)	0,39
Unilateral	37 (58,7)	36 (51,4)	

PMS: posto municipal de saúde; NR: não realizado. Dados apresentados como n (%). ^aNão reator: 0-4 mm; reator: > 4 mm. *NR devido ao pequeno número de resultados positivos.

tendo sido menor de 90 dias em aproximadamente 60% dos casos (Tabela 2). Este estudo avaliou também os principais exames diagnósticos de TB na população ambulatorial. A baciloscopia de escarro foi realizada em 86 pacientes (61,9%), sendo positiva em 61 (70,9%). Não houve diferenças significativas na positividade entre os grupos estudados (Tabela 2). O teste tuberculínico foi realizado em 75 pacientes, com leitura média de 9,8 mm. Quando analisado por faixas de reação, mostrou que quase 60% dos mesmos apresentavam leituras fortemente positivas, não havendo diferenças estatísticas entre reatores e não-reatores nos grupos (Tabela 2). O exame radiológico do tórax foi realizado em 137 pacientes. A extensão radiológica foi bilateral em 60 pacientes (43,8%) e unilateral em 70 (53,3%). Quatro pacientes (2,9%) apresentaram radiografia normal, sendo todos casos de formas extrapulmonares. A comparação estatística revelou relativa igualdade na distribuição da extensão das lesões radiológicas (Tabela 2).

Os esquemas terapêuticos utilizados foram os seguintes: esquema I (114 pacientes; 80,3%) e esquema IR (27; 19%). Um paciente (0,7%) apresentou falência do tratamento e foi tratado com esquema III. Os efeitos adversos foram comuns e classificados como ausentes em 56 pacientes (39,7%), leves em 71 (50,4%) e graves em 14 (9,9%). A tolerância à quimioterapia, no entanto, foi satisfatória, visto que somente nesse último caso foi necessária a

descontinuidade temporária ou a suspensão medicamentosa. Mais uma vez, não houve diferenças estatísticas entre os grupos (Tabela 3).

O resultado do tratamento em 107 pacientes (75,4%) foi de cura, em 29 (20,4%) houve abandono, em 1 (0,7%) houve falência, e em 5 (3,5%) houve óbito. Quando analisados somente os desfechos cura e abandono, observamos uma grande diferença estatística (Tabela 3). No grupo de pacientes que não recebeu cestas básicas, 46 pacientes (69,7%) foram curados e 20 (30,3%) abandonaram o tratamento, enquanto, no grupo que recebeu cestas básicas, 61 (87,1%) foram curados e apenas 9 (12,9%) abandonaram o tratamento ($p = 0,013$), mostrando uma forte diferença estatística entre eles.

Discussão

Apesar das limitações metodológicas, tais como o uso de fonte secundária de informações, a temporalidade não-simultânea dos grupos e a sua natureza retrospectiva, este estudo concluiu que a intervenção testada, ou seja, o fornecimento de cestas básicas, aumentou significativamente a adesão ao tratamento. Presume-se que o fornecimento de alimentação suplementar deve ter, de algum modo, reduzido a interferência de fatores socioeconômicos, como a baixa escolaridade, o desemprego, a baixa renda familiar e a fome, implicados na questão do abandono.

O desafio de obter sucesso na adesão ao tratamento da TB permanece em aberto. Dentro da complexidade dos fatores envolvidos, estão relacionados aspectos da própria doença, do paciente e do serviço de saúde. A experiência do abandono já gerou até um modelo de predição.⁽⁵⁾ Nele, a negatividade da baciloscopia, o desemprego, o alcoolismo e a falta de acessibilidade à unidade foram determinantes para o insucesso terapêutico. Dificuldades semelhantes foram encontradas também em um hospital universitário,⁽⁶⁾ onde a má relação médico-paciente, a dificuldade de acesso e a falta de visitas domiciliares aumentaram o abandono. Através de um estudo de mortes atribuídas à TB em unidades de saúde da região metropolitana do Rio de Janeiro,⁽⁷⁾ mostrou-se o final desta equação: a baixa detecção da doença, as altas taxas de abandono e o não cumprimento das normas consensuais na gerência dos casos. Comparando tais características com as encontradas no estudo atual, pode-se presumir que

Tabela 3 - Análise estatística das variáveis relacionadas à quimioterapia e ao resultado do tratamento dos pacientes com tuberculose atendidos no Posto Municipal de Saúde Dr. Antônio Granja, Parque Fluminense, Duque de Caxias, RJ, divididos nos dois grupos de estudo.

Variável	Sem cestas básicas	Com cestas básicas	p
Esquema de tratamento			
Esquema I	55 (80,9)	59 (80,8)	0,99
Esquema IR	13 (19,1)	14 (19,2)	
Efeitos adversos			
Ausentes/leves	61 (91,0)	66 (89,2)	0,71
Graves	6 (9,0)	8 (10,8)	
Desfecho			
Cura	46 (69,7)	61 (87,1)	0,013
Abandono	20 (30,3)	9 (12,9)	

Dados apresentados como n (%).

pelo menos duas delas estejam relacionadas com o abandono na unidade avaliada: a baixa acessibilidade, representada pelos 70% de pacientes residentes em outros bairros, sendo 24% diagnosticados em outro local, e a baixa taxa de positividade da baciloscopia (aproximadamente 44%).

Dentro desse contexto, vários estudos foram realizados com o objetivo de definir incentivos à adesão ao tratamento.⁽⁸⁻¹⁰⁾ Nos Estados Unidos, tanto os incentivos financeiros como os não-financeiros mostraram uma melhora na adesão ao tratamento supervisionado, conhecido como *directly observed therapy, short-course* (DOTS), para populações pobres.⁽⁹⁾ Também naquele país, mostrou-se que o número crescente de benefícios oferecidos à população durante o tratamento resultou em uma redução inversamente proporcional do abandono.⁽¹⁰⁾ Apesar de se tratar de uma estratégia diferente de controle da TB, puderam-se obter níveis de adesão semelhantes neste estudo (acima de 80%) no período de recebimento de cestas básicas. Como resultado dessas análises, os gestores de saúde de vários estados americanos aderiram, nesta última década, a diferentes tipos de incentivos – principalmente sob a forma de auxílio transporte, vestuário e alimentação – para melhorarem suas taxas de cura e controlarem a TB em suas áreas de atuação.⁽¹¹⁾ Em países em desenvolvimento, a preocupação com a adesão ao tratamento também motivou pesquisas para identificar os principais fatores envolvidos.^(8,12,13) Em comum, destacaram-se os aspectos socioeconômicos, dificuldades para atendimento e o baixo entendimento da doença e da quimioterapia. Neste estudo, não foi feita uma abordagem mais específica, por não serem registradas tais informações nos prontuários. Cabe aqui reconhecer a necessidade de trabalhos mais aprofundados nessas questões dentro da nossa realidade.

No Brasil, mais precisamente no estado do Rio de Janeiro, onde a qualidade do serviço público de saúde é muitas vezes precária, devem-se avaliar cuidadosamente as variáveis do sistema, como a demora na implantação de DOTS, a falta de uma boa relação do paciente com a equipe de saúde, a dificuldade na marcação de consultas e na distribuição de medicamentos, a carência de visitas domiciliares e problemas na realização de exames radiológicos e laboratoriais. Tais fatores estão presentes em todos os

níveis de atendimento,^(6,7,11) sendo apontados pelos próprios pacientes quando são chamados a opinar.⁽¹⁴⁾ Há, no entanto, outras experiências, como no estado de São Paulo,^(15,16) especialmente quando relacionadas à implantação de DOTS, que apontam para a importância dos incentivos e do compromisso político dos governos na identificação de problemas e na adequada resposta dos serviços de saúde.

Neste artigo, foi possível estimar o efeito benéfico de um incentivo simples como o alimentício nas taxas de alta por cura e abandono em uma unidade primária de saúde. Como ficou constatado que a população atendida foi homogênea e não houve mudanças nem na equipe do programa, nem na quimioterapia padronizada, e tampouco houve reformas físicas na unidade, foi possível sugerir que o referido incentivo foi o único causador da mudança observada. Dessa forma, pode-se admitir que, também em nosso meio, a adoção de medidas incentivadoras ao tratamento pode ser útil na obtenção das metas desejadas pela Organização Mundial da Saúde,⁽¹⁾ enquanto as demais melhorias sociais e estruturais não são alcançadas. É necessária a realização de trabalhos complementares, com desenho metodológico adequado, para a confirmação dessa hipótese gerada.

Agradecimentos

O autor agradece a importante colaboração da Dra. Maria Manoela Alves Oliveira, coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose do município de Duque de Caxias, e o apoio operacional provido por Suzane Maria Zacca Maciel, enfermeira do mesmo programa e lotada no PMS Dr. Antônio Granja.

Referências

1. World Health Organization. WHO Report 2008 Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Geneva: World Health Organization; 2008.
2. Ruffino-Netto A. Controle da tuberculose no Brasil. Atividades implementadas em 1999. Bol Pneumol Sanit. 1999;7(2):58-66.
3. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, 2003 a 2005. Rio de Janeiro: PCT/SES/RJ; 2003.
4. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; Centro de Referência Prof. Hélio Fraga. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia; 2002.

5. Natal, S, Valente J, Gerhardt G, Penna ML. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *Bol Pneumol Sanit.* 1999;7(1):65-78.
6. Salles CL, Conde MB, Hofer C, Cunha AJ, Calçada AL, Menezes DF, et al. Defaulting from anti-tuberculosis treatment in a teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(3):318-22.
7. Selig L, Belo MT, Teixeira EG, Cunha AJ, Brito R, Sanches K, et al. The study of tuberculosis-attributed deaths as a tool for disease control planning in Rio de Janeiro, Brazil. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003;7(9):855-9.
8. Kaona FA, Tuba M, Siziya S, Sikaona L. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. *BMC Public Health.* 2004;4:68.
9. Tulsy JP, Hahn JA, Long HL, Chambers DB, Robertson MJ, Chesney MA, et al. Can the poor adhere? Incentives for adherence to TB prevention in homeless adults. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2004;8(1):83-91.
10. Davidson H, Schluger NW, Feldman PH, Valentine DP, Telzak EE, Laufer FN. The effects of increasing incentives on adherence to tuberculosis directly observed therapy. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2000;4(9):860-5.
11. Buchanan RJ. Compliance with tuberculosis drug regimens: incentives and enablers offered by public health departments. *Am J Public Health.* 1997;87(12):2014-7.
12. Mishra P, Hansen EH, Sabroe S, Kafle KK. Socio-economic status and adherence to tuberculosis treatment: a case-control study in a district of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2005;9(10):1134-9.
13. Jaiswal A, Singh V, Ogden JA, Porter JD, Sharma PP, Sarin R, et al. Adherence to tuberculosis treatment: lessons from the urban setting of Delhi, India. *Trop Med Int Health.* 2003;8(7):625-33.
14. Belo MT, Selig L, Luiz RR, Hanson C, Luna AL, Teixeira EG, et al. Choosing incentives to stimulate tuberculosis treatment compliance in a poor county in Rio de Janeiro state, Brazil. *Med Sci Monit.* 2006;12(5):PH1-5.
15. Gazetta CE, Vendramini SH, Ruffino-Netto A, Oliveira MR, Villa TC. Descriptive study of the implementation and impact of the directly observed treatment, short-course strategy in the São José do Rio Preto municipal tuberculosis control program (1998-2003). *J Bras Pneumol.* 2007;33(2):192-8.
16. Vendramini SH, Gazetta CE, Chiaravallotti-Netto F, Cury MR, Meirelles EB, Kuyumjian FG, et al. Tuberculosis in a medium-sized city in the Southeast of Brazil: morbidity and mortality rates (1985 - 2003). *J Bras Pneumol.* 2005;31(3):237-43.

Sobre os autores

João Paulo Cantalice Filho

Médico. Instituto de Doenças do Tórax, Universidade Federal do Rio de Janeiro – IDT-UFRJ – Rio de Janeiro (RJ) Brasil.