DANIEL ANTONIO CAPUANO

BUSCA ATIVA DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR EM UMA UNIDADE DE ATENDIMENTO EM FARMACODEPENDÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

(agosto 1999 a outubro 2000).

Dissertação Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

***ORIENTADOR**: PROF. DR. FLÁVIO CESAR DE SÁ*

CAMPINAS

2001

Ficha Catalográfica

C249a

Capuano, Daniel Antonio
Busca ativa de casos de tuberculose pulmonar em uma unidade de atendimento em farmacodependência no Município de São Paulo (agosto 1999 a outubro 2000)/ Daniel Antonio Capuano. – Campinas,SP: [s.n.], 2001.

105p. ; 30 cm
Dissertação apresentada á Pós-Graduação da FCM/UNICAMP, para obter o título de Mestre em Saúde Coletiva.
Orientador: Prof. Dr. Flávio Cesar de Sá

1. Tuberculose pulmonar 2. Dependência de drogas 3. Saúde pública I.Título

CDU 616.24-002.5

Índices para catálogo sistemático:
1. Tuberculose pulmonar 616.24-002.5
2. Dependência de drogas 615.099
3. Saúde pública 614

DEDICATÓRIA

Para meus pais,
Vicente e Adelina, pelo incentivo ao estudo e benevolência diante de um filho que muitas vezes assoberbou-os de preocupações.

Para Raquelina,
Companheira em momentos decisivos, sempre com muito carinho e dedicação ímpar.

Para Lígia,
Filha, que com sua ternura, sensibilidade e perspicácia diante das coisas singelas da vida tem me ensinado muito.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é fruto de um esforço coletivo e, porisso, peço desculpas por eventuais omissões de pessoas que contribuíram direta ou indiretamente para sua produção, por falha de memória. Entretanto, desde já, quero que saibam que serei grato a todos que me ajudaram nesse empreendimento.

Ao Prof. Dr. Flávio César de Sá, orientador, agradeço a atenção dispensada, transmitindo ao longo dessa pesquisa uma serenidade indispensável para sua elaboração.

Ao Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto que, a despeito de inúmeros compromissos profissionais, sempre nos recebeu de braços abertos para discutirmos o trabalho, com sugestões e críticas que foram fundamentais para a versão definitiva desse texto.

Ao Dr. Caio Quintela Fortes e Dra. Jamile Kassis Ward, médicos clínicos do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara, cuja colaboração – discutindo, conjuntamente, desde o planejamento inicial com a confecção do questionário, sua aplicação e os resultados da pesquisa – foi indispensável. Com muita satisfação, ao longo desse convívio de dois anos, mais que colegas de trabalho nos tornamos amigos!

À direção do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara, representada por Telma Corralo e Silva e Ana Rosa Cantinho Moreira e a todos os profissionais desse serviço o meu profundo agradecimento pelo apoio recebido para a realização desse trabalho.

À Valdete Ferreira dos Santos, enfermeira do Núcleo de Epidemiologia da Administração Regional - 3 da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, pela gentileza e sentido de colaboração diante da nossa demanda pelos dados de morbi-mortalidade de tuberculose dessa região.

À Leuci Hifume, secretária da área de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM – UNICAMP, pela atenção e carinho dispensado ao longo dessa convivência no curso de mestrado, ajudando-nos a resolver as questões formais do vínculo aluno-instituição.

Em razão da nossa formação original gostaria de lembrar a figura do Prof. Dr. Renato Alves de Godoy (in memorian), cuja prática virtuosa da semiologia impressionou e influenciou várias gerações de médicos clínicos na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

SUMÁRIO

Pág

RESUMO..... *xvii*

1.INTRODUÇÃO..... 21

1.1. Tuberculose: conceitos, teorias, práticas de intervenção..... 23

1.2. Tuberculose como epidemia/endemia: tendência secular da mortalidade..... 24

1.3. Panorama atual da endemia no mundo..... 31

1.4. Alguns indicadores epidemiológicos da tuberculose no Brasil, Estado de São Paulo e Município de São Paulo..... 34

1.5. Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar..... 35

1.6. Relação entre uso de drogas ilícitas e tuberculose pulmonar..... 39

1.7. Caracterização do local de estudo. 41

1.8. Histórico da busca de casos de tuberculose pulmonar..... 45

2. OBJETIVOS..... 49

2.1.OBJETIVO GERAL..... 51

2.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS..... 51

3. MATERIAL E MÉTODOS..... 53

3.1. Estudo piloto..... 55

3.2. Definição de caso de tuberculose pulmonar..... 55

3.3. Busca de casos de tuberculose pulmonar..... 55

3.4. População estudada..... 56

3.5. Critério de seleção de pacientes..... 56

3.6. Critérios de inclusão de pacientes na pesquisa..... 56

3.7.Critérios de exclusão de pacientes da pesquisa..... 57

3.8.Definição de exposição a fator de risco..... 57

3.9.Outras variáveis intervenientes na pesquisa..... 57

3.10.Processo de amostragem..... 57

3.11.Instrumento de coleta de dados..... 58

3.12.Aplicação dos questionários..... 59

3.13.Exames radiológicos..... 60

3.14.Período de realização da pesquisa..... 60

3.15.Estratégia e treinamento de pessoal para a pesquisa..... 60

3.16.Aspectos operacionais da pesquisa..... 61

4. RESULTADOS..... 63

4.1.Primeira etapa da pesquisa..... 65

4.2.Segunda etapa da pesquisa..... 78

4.2.1.Respostas ao questionário de profissionais de saúde..... 78

4.2.2.Respostas ao questionário de pacientes..... 81

5. DISCUSSÃO..... 87

5.1.Inquérito bacteriológico: dados incompletos..... 90

5.2.Viés interno de seleção de pacientes..... 93

5.3.Viés externo de seleção de pacientes..... 93

5.4.Diagnóstico de tuberculose pulmonar..... 95

5.5.Atributo de sintomático respiratório como indicador clínico para a suspeita de tuberculose pulmonar na população estudada..... 98

5.6.Exames microscópicos diretos de escarro..... 99

5.7.Avaliação dos instrumentos de medida (questionário eRXtórax)..... 101

5.8.Modêlo de estudo utilizado..... 103

6. CONCLUSÕES..... 105

7. SUMMARY..... 109

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 113

9. GLOSSÁRIO..... 129

10. ANEXOS..... 133

LISTA DE TABELAS

		Pág
TABELA 1 :	Distribuição da população estudada segundo idade.....	65
TABELA 2 :	Distribuição da população estudada quanto ao município de residência.....	66
TABELA 3 :	*Distribuição da população estudada segundo ocupação°*.....	67
TABELA 4 :	Distribuição da população estudada segundo atributosde sintomático respiratório e perda de peso.....	68
TABELA 5 :	Distribuição da população estudada segundo antecedente de tuberculose e de tratamento para a doença.....	69
TABELA 6 :	Distribuição da população estudada em relação aos antecedentes de tuberculose e de contato com casos da doença.....	69
TABELA 7 :	Distribuição da população estudada segundo os atributos detabagismo e sintomático respiratório.....	71
TABELA 8 :	Distribuição dos sintomáticos respiratórios em relação à quantidade de cigarros consumida diariamente.....	72
TABELA 9 :	Distribuição da população estudada quanto ao tipo de droga utilizado	73
TABELA 10 :	Tipo(s) de droga(s) consumido pelos sintomáticos respiratórios.....	74
TABELA 11 :	Distribuição da população estudada quanto ao resultado do RX tórax.....	75

TABELA 12 : Resultado do RX de tórax nos sintomáticos respiratórios..... 75

TABELA 13 : Distribuição da população estudada quanto à baciloscopia do escarro..... 76

TABELA 14 : Distribuição dos sintomáticos respiratórios quanto à baciloscopia do escarro..... 76

TABELA 15 : Distribuição dos pacientes examinados quanto ao número de amostras de escarro..... 77

TABELA 16 : Distribuição da população pesquisada quanto à sorologia para HIV..... 77

TABELA 17 : Critérios utilizados pelos profissionais que fazem colhimento no C. R. Farmacodependência Jabaquara para encaminhar pacientes **alcoolistas** para avaliação clínica:..... 79

TABELA 18 : Critérios utilizados pelos profissionais que fazem colhimento no C. R. Farmacodependência Jabaquara para encaminhar pacientes **droga-adictos*** para avaliação clínica: 80

TABELA 19 : Formas de conhecimento dos pacientes sobre o C. R. Farmacodependência Jabaquara:..... 82

TABELA 20 : Local de procura de atendimento dos pacientes entrevistados quando se sentem doentes:..... 83

LISTA DE GRÁFICOS

Pág

GRÁFICO 1 : Tuberculose respiratória, taxa de mortalidade anual média, Inglaterra..... 27

GRÁFICO 1 Distribuição da população estudada segundo sexo..... 65

GRÁFICO 2 : Distribuição da população estudada segundo subdistritos agrupados 66

GRÁFICO 3 : Distribuição da população estudada segundo escolaridade..... 68

GRÁFICO 4 : Distribuição dos pacientes que relataram antecedente de contato com indivíduos com tuberculose por local de contato. 70

GRÁFICO 5 : Distribuição da população estudada segundo quantidade de cigarros que fuma diariamente..... 71

GRÁFICO 6 : Distribuição dos fumantes quanto ao tempo de tabagismo..... 72

GRÁFICO 7 : Distribuição da população estudada quanto ao uso da(s) droga(s) na época da entrevista..... 73

RESUMO

A tuberculose permanece como um problema global de saúde pública, afetando de forma mais grave os países do terceiro mundo. Essa endemia acarreta grande sofrimento individual/familiar e altos custos econômicos e sociais para esses países.

A situação epidemiológica da tuberculose no município de São Paulo –que contribui com metade dos casos notificados no Estado e com cerca de 8% do total de casos da doença notificados no país – motivaram uma busca de casos de tuberculose pulmonar em uma unidade de atendimento em farmacodependência nesse município.

Como resultado dessa pesquisa, na amostra de 160 pacientes alcoolistas e usuários de drogas ilícitas estudada, não encontramos nenhum caso de tuberculose pulmonar bacilífera. Em nove pacientes alcoolistas com antecedente de tuberculose pulmonar, a radiologia do tórax mostrou infiltrados pulmonares apicais.

Uma abordagem buscando traçar um perfil do serviço e da sua demanda foi feita para complementar a pesquisa. Diante das características do serviço e da clientela, concluímos ter havido um viés externo de seleção de pacientes, com os casos de tuberculose pulmonar bacilífera sendo diagnosticados e tratados em outros serviços de saúde, principalmente hospitais.

Considerando-se a especificidade do objeto de estudo e o conhecimento existente sobre busca de casos de tuberculose pulmonar, ao final do trabalho expõe-se uma avaliação crítica sobre a metodologia de busca de casos empregada na pesquisa e sobre os instrumentos de medida utilizados.

INTRODUÇÃO

1.1. TUBERCULOSE: CONCEITOS, TEORIAS E PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO

As primeiras constatações de tuberculose humana originam-se de estudos de lesões ósseas vertebrais em múmias egípcias. Na Grécia antiga, Hipócrates descreveu com detalhes o quadro clínico da tísica, ou seja, a forma pulmonar da doença.

Durante grande parte da Idade Média acreditava-se que a doença era hereditária.

Em 1546, o médico italiano Fracastori classificou a tísica no grupo das doenças infecciosas e contagiosas, se contrapondo à idéia anterior.

Fracastori pensava que a tísica era transmitida por micropartículas através do contato direto ou por intermédio de roupas e objetos portadores dos "seminaria contagionis" vindos do doente. Ele foi preciso ao identificar a origem das "moléculas destes germes" na "substância pulmonar".

Essa fantástica teoria do contágio data de quatro séculos antes da era pasteuriana e será ampliada com sucesso para a sífilis.

No século XIX, Laennec contribuiu para a entrada da tuberculose na sua fase moderna descrevendo os diferentes tipos de lesões possíveis e a sua expressão clínica pelos sinais auscultatórios.

Em 1865, Villemin, médico militar de Val-de-Grace, provou que a doença é transmitida de um animal para outro animal através da injeção de secreções colhidas nas lesões embora o agente causal ainda não fosse identificado.

Com a descoberta do bacilo por Robert Koch, em 1882, a teoria do contágio de Fracastori e a tese da transmissão de Vuillemin ganharam subsídios para a sua comprovação.

Para uma intervenção adequada sobre a endemia, ainda persistia o problema do tratamento.

No final do século XIX, o italiano Forlanini passa a praticar a colapsoterapia pulmonar que, quando bem indicada e suportável pelo doente, pode levar à cura da tísica.

Outras intervenções importantes na "história natural" da tuberculose no mundo e, particularmente, na Europa, foram a descoberta da vacina BCG em 1921 e da estreptomicina por Waksman em 1945. Seguiram-se a descoberta de outras drogas anti-tuberculosas eficazes, entre as quais a isoniazida em 1952.

Com a utilização em massa da vacinação e a generalização da quimioterapia houve redução do número de indivíduos contagiosos na população, as primo-infecções graves tornaram-se pouco freqüentes e controlou-se a mortalidade por tuberculose nos países europeus.

1.2. A TUBERCULOSE COMO EPIDEMIA/ENDEMIA: TENDÊNCIA SECULAR DA MORTALIDADE

"As doenças se manifestam de diferentes maneiras em diferentes épocas e sociedades. Tendem a refletir as diversas relações entre os processos sociais e as condições de existência de grupos populacionais e classes sociais. Especialmente a tuberculose é conhecida como uma doença muito suscetível às variações nas condições de vida das populações. O seu padrão epidemiológico variou muito no decorrer do tempo e em diferentes sociedades."

"A tuberculose é considerada atualmente uma doença crônica e de evolução lenta. Cockburn aponta, no entanto, para o caráter rapidamente progressivo que a doença assume em populações que estão entrando pela primeira vez em contato com o bacilo da tuberculose. Ele sugere, por exemplo, que quando a tuberculose apareceu, pela primeira vez, na Europa o seu perfil foi provavelmente epidêmico ao contrário do padrão encontrado hoje."

"Cockburn afirma que as populações tendem a adquirir uma resistência aos agentes patogênicos das doenças. Os indivíduos que sobrevivem às infecções e tornam essa resistência hereditária levam as populações a desenvolverem uma resistência genética a esses agentes. ... os padrões de resistência que determinam a suscetibilidade às infecções são modificados pelas condições de vida."(CZERESNIA, 1988)

Em relação às grandes endemo-epidemias de peste e cólera que assolaram a Europa na Idade Média, a tuberculose era uma doença secundária talvez porque fosse quase desconhecida e matasse de maneira mais lenta.

Começa-se a falar na tísica nos séculos XVI e XVII. Mas é a partir do século XVIII que ocorre o reconhecimento público da tuberculose pulmonar porque ela passa a fazer parte do quadro cultural da Europa. Nessa época, ela influenciou obras literárias e outras manifestações artísticas pois acometeu ricos, músicos e poetas provocando a sua morte prematura (SOURNIA & RUFFIE, 1984).

"Segundo René e Jean DUBOS (1952), na Inglaterra, a mortalidade por doenças pulmonares parece ter sido muito alta em torno de 1650, caindo então, lentamente, por muito tempo, até subir novamente na primeira metade do século XIX, em decorrência da conhecida degradação do padrão de vida, durante a revolução industrial. BERLINGUER (1978) refere também o crescimento da tuberculose no início da revolução industrial, quando o desenvolvimento da produção fabril e a conseqüente urbanização levaram os trabalhadores a morarem aglomerados e conviverem com condições de trabalho insalubres e desgastantes." (CZERESNIA, 1988)

"A maioria dos indivíduos recrutados para o trabalho industrial já era pobre na vida rural, porém estavam adaptados ao seu meio social. O trabalho na indústria em condições insalubres, o stress da nova ordem e a concentração populacional favoreceram a extensão da infecção tuberculosa e o desenvolvimento da doença." (DUBOS & DUBOS, 1952)

A tuberculose pulmonar encontrava-se disseminada em forma epidêmica nas cidades cujo crescimento vertiginoso e desordenado ao lado de precárias condições de habitação, alimentação e higiene fornecia o ambiente propício para a sua transmissão.

A transformação do perfil demográfico e urbano surgiu a partir do final do século XVIII com as revoluções industrias na Inglaterra e, posteriormente, em outros países do continente europeu. Assim, naquele país, no período compreendido entre o início e o final do século XIX, além de Londres, outras 33 cidades passaram a ter mais de 100.000 habitantes. A mudança demográfica foi tão abrupta e significativa que a população de Leeds, cidade tecelã de lã, passou de 53.000 habitantes em 1801 para 431.000 habitantes em 1900.

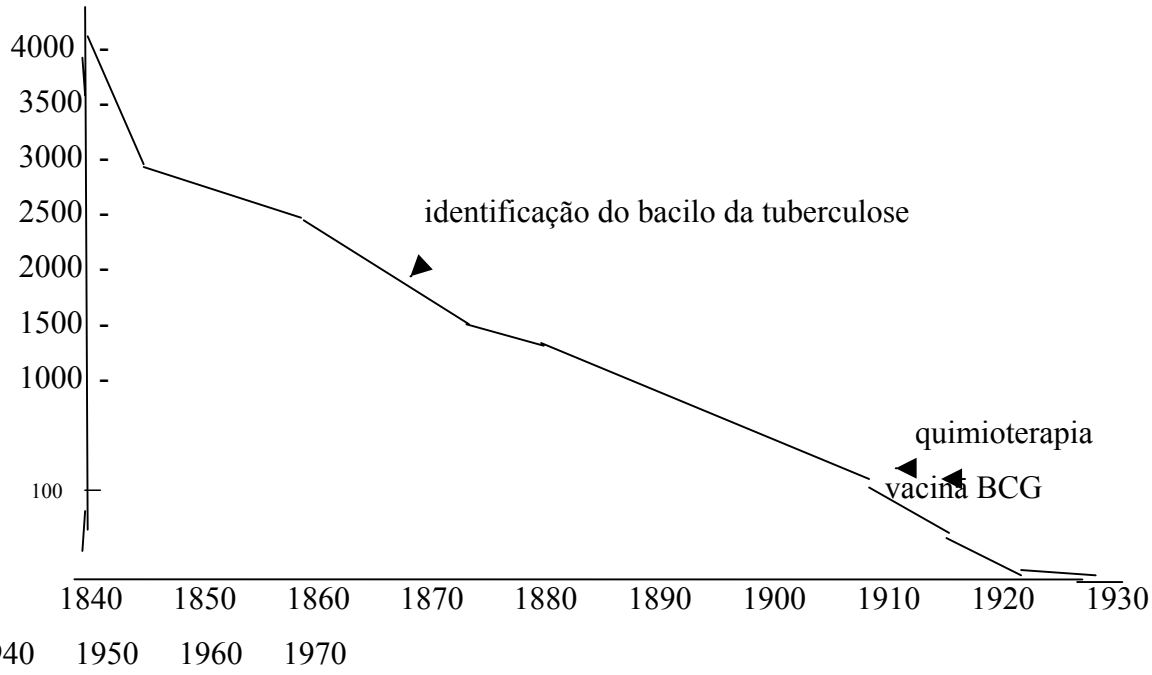
Ao lado da explosão demográfica, houve uma piora nas condições de vida das populações dessas cidades. As regiões periféricas urbanas abrigavam o grande contingente de migrantes das áreas rurais. Cerca de 10 a 15 pessoas amontoavam-se numa única habitação, sem água, em meio à sujeira e promiscuidade – incesto, alcoolismo, delinqüência.

Para sobreviver era necessário que todos os membros dessas famílias de operários industriais, inclusive mulheres e crianças, trabalhassem em jornadas de 15 horas junto a uma máquina, aonde alguns até morriam.

As estatísticas de mortalidade por profissão mostravam, tanto na França como na Inglaterra, a concentração de tuberculose pulmonar entre os trabalhadores menos qualificados (THEBAUD & LERT, 1985). Alguns atribuíram esse fato à falta de higiene e ao alcoolismo, porém outros identificavam sua causa na exploração do trabalho operário (HERZLICH & PERRET, 1984 appud PENNA, 1994).

As precárias condições de vida do proletariado estão relacionadas com a ocorrência das grandes epidemias de tuberculose no período das revoluções industriais na Europa. Nesse continente, é incontestável as relações históricas entre industrialização, concentração urbana, pobreza e tuberculose pulmonar (SOURNIA & RUFFIE, 1984).

"O aumento da tuberculose no início do século XIX é uma hipótese sugerida por vários autores; no entanto, os dados disponíveis sobre a mortalidade causada pela doença são, em geral, a partir da segunda metade do século XIX e registram uma queda contínua da doença." (gráfico 1)



in: T. Mckeown C.C.R.Iowe. Introducción a la Medicina Social. México: Siglo Veintiuno, 1981.

Gráfico 1: Tuberculose respiratória, taxa de mortalidade anual média, Inglaterra.

"Ao analisar as possíveis causas dessa queda, Mckeown sustenta: que não parece ter havido variação na virulência do bacilo; que em relação à resistência humana, o fato da população da Inglaterra ter sido fortemente exposta à infecção por muitos séculos torna improvável que a seleção genética seja a principal razão para a tendência de queda encontrada. Ele atribui a queda da mortalidade por tuberculose a mudanças no meio social, especialmente à melhoria da nutrição registrada na Inglaterra no século XIX" (MCKEOWN, 1979 appud CZERESNIA, 1988).

"Durante o século XX, a tuberculose manteve uma tendência de queda em todos os locais que se tem registro. No entanto, durante as duas grandes guerras mundiais houve um aumento da mortalidade por tuberculose em vários países europeus, que logo após o término do conflito, reassumiram a sua tendência anterior. Este fato é caracterizado como sugestivo da grande vulnerabilidade da doença às variações das condições de vida." (DUBOS & DUBOS, 1952)

Nesse contexto, DUBOS & DUBOS (1952) destacam a importância da variação das condições de alimentação sobre a mortalidade por tuberculose, ao comentar que a Dinamarca registrou um aumento marcante da mortalidade entre 1914 e 1917. Segundo eles, nesse período, apesar de não ter entrado na guerra, houve uma redução significativa no consumo de carne na Dinamarca. Em 1917, a oferta de carne se normalizou e a tendência da mortalidade por tuberculose reassumiu a sua queda anterior.

O refluxo da incidência da doença foi acelerado consideravelmente nos países desenvolvidos por diversas medidas sociais eficazes garantidas por uma certa ordem social e política: melhora da habitação, da higiene, da alimentação, a vacinação obrigatória pelo BCG adotada por vários países, a supressão da tuberculose bovina graças a uma rigorosa regulamentação sanitária ao lado do isolamento dos doentes bacilíferos em sanatórios e dos progressos da terapêutica (SOURNIA & RUFFIE, 1984).

Como conseqüência, no decorrer do século XX, a tuberculose deixa de ser a principal causa de mortalidade nos Estados Unidos como era no início do período (COMSTOCK, 1986).

Essa dinâmica de transformações sociais nos países desenvolvidos, a melhora das condições de vida no decorrer desse século, associada à introdução da quimioterapia (década de 40) e o desenvolvimento de tecnologias para a operacionalização de programas permitiriam o controle da mortalidade por tuberculose (WALDMAN et al., 1995).

A partir da introdução da quimioterapia observou-se importante redução da letalidade pela doença, que se refletiu na taxa de mortalidade em várias partes do mundo. Por exemplo, no Brasil o coeficiente de mortalidade se tornou estável a partir de 1954 (ALBUQUERQUE & BOAS, 1956) até os primeiros anos da década de 60 (ROCHA, 1968).

Falhas no esquema de tratamento – como o uso da monoterapia com estreptomicina na década de 40 e o abandono de tratamento por parte de pacientes – permitiram a seleção de cepas de bacilos resistentes. Como resultado, em lugar da cura dos pacientes, havia apenas aumento de sua sobrevida com cronificação dos casos, sendo tais casos responsáveis por grande aumento da prevalência da doença e pela manutenção do coeficiente de mortalidade estável a partir da segunda metade da década de 50 (PENNA, 1994).

A disponibilidade de drogas eficazes contra o bacilo da tuberculose, principalmente a descoberta da isoniazida em 1952, possibilitou outro recurso técnico para o controle da doença: a quimioprofilaxia.

A quimioprofilaxia foi utilizada em massa em algumas partes do mundo com impacto sobre a taxa de incidência da tuberculose (LEVIN & MOODIE, 1976). O risco de efeitos colaterais, como a hepatite, e, principalmente, a ausência de factibilidade administrativa de um programa em massa nos países subdesenvolvidos levou à restrição de seu uso a comunicantes infectados e jovens de casos bacilíferos (OMS, 1982 APPUD PENNA, 1994).

Outra estratégia de controle da tuberculose, a vacina BCG, está sendo aplicada na população infantil nos países subdesenvolvidos e em alguns países do primeiro mundo como a Dinamarca e Noruega (STYBLO & MEIJER, 1976) para reduzir a incidência de formas graves e disseminadas como a meningite tuberculosa.

A partir de 1945, essa vacina foi incorporada às ações de controle da tuberculose em diversas partes do mundo com a utilização em massa na população geral. Porém, os resultados de estudo realizado na Índia divulgados em 1980 (TUBERC. PREV. TRIAL appud PENNA, 1994) mostraram ausência de eficácia vacinal.

Tomando esse estudo como referência, ficou estabelecido que a vacina BCG é um instrumento complementar de controle da tuberculose, com efeito direto na proteção de crianças vacinadas contra as formas graves e disseminadas da doença, mas não produzindo efeito indireto significativo sobre a transmissão da infecção em indivíduos adultos (KOCHI, 1991; OPS, 1993).

Portanto, a descoberta precoce e tratamento dos casos bacilíferos para redução da transmissão ainda é a principal medida de controle da tuberculose (ROUILLON et al., 1977; OMS, 1983; PIO, 1984; KOCHI, 1991; OPS, 1993).

Com o advento de tuberlostáticos eficazes somado à crescente melhora nas condições de vida das populações, chegou-se a pensar que a tuberculose deixaria de ser um problema de saúde pública, pelo menos para os países desenvolvidos (WAKSMAN, 1964; WALDMAN et al., 1995).

A probabilidade de erradicação da tuberculose nos países desenvolvidos foi uma idéia que surgiu na era pré-quimioterápica (FROST, 1937). Tinha como pressuposto a diminuição de casos bacilíferos concomitantemente ao declínio da mortalidade por tuberculose pulmonar nos Estados Unidos no período de 1900 a 1933. Esse resultado foi atribuído, principalmente, à progressiva melhora da qualidade de vida da população norte-americana, com destaque para a alimentação, a higiene e as condições de trabalho pois, nessa época, as medidas específicas de controle da transmissão da infecção tuberculosa se limitavam ao diagnóstico e isolamento dos casos bacilíferos em sanatórios.

De uma forma mais sistemática essa idéia foi retomada em 1961, na Conferência da União Internacional Contra a Tuberculose realizada em Toronto, Canadá (STYBLO, 1989). A partir de um conceito radical – supressão total da enfermidade, isto é, cura ou extinção dos casos existentes e ausência definitiva do aparecimento de casos novos – CANETTI (1961) previa a erradicação da tuberculose nos países desenvolvidos.

STYBLO (1989) comenta que, aceitando-se essa definição, a erradicação não é factível dentro de um futuro previsível. Propõe conceituar erradicação como a incidência de tuberculose com baciloscopia positiva de menos de 01 caso / 1.000.000 habitantes ou a prevalência da infecção tuberculosa na população geral menor que 1% e que continua diminuindo.

Com essa referência, o autor realiza um estudo sobre a erradicação da doença na Holanda – país aonde se dispõe de indicadores epidemiológicos confiáveis como a evolução do risco anual de infecção e da prevalência dos casos de tuberculose bacilíferos e

não bacilíferos. Conclui com uma estimativa de erradicação da tuberculose naquele país para o ano de 2025 e com a advertência de que a erradicação da tuberculose nos países desenvolvidos poderia ser retardada pela co-infecção com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e pelo processo migratório das regiões do mundo com alta prevalência de tuberculose para os países em desenvolvimento.

1.3. PANORAMA ATUAL DA ENDEMIA NO MUNDO

O declínio constante na morbidade por tuberculose em alguns países industrializados foi interrompido na década de 80 e vem se estabilizando ou se elevando nos últimos anos (CDC, 1991 e 1993 b.; RAVIGLIONE et al., 1993; CANTWELL et al., 1994) como por exemplo, no Japão e nos Estados Unidos (KOCHI, 1991).

Nos Estados Unidos, após redução estável nas notificações de casos de 5,3% ao ano entre 1953 e 1984, foram notificados um excesso de mais de 60.000 casos a partir de 1985 (JEREB et al., 1991; REICHMAN, 1991; SNIDER & ROPER, 1992; SNIDER et al., 1994; CDC, 1994).

Na Europa Ocidental, sete países – Dinamarca, Noruega, Itália, Irlanda, Holanda, Áustria e Suiça – apresentaram um aumento no número de casos notificados de tuberculose nos últimos anos após declínio de 5,4% ao ano entre 1974 e 1990 – o que corresponde, respectivamente, a taxas de prevalência de 31,9/100.000 habitantes e 14,0/100.000 habitantes (RAVIGLIONE et al., 1993).

Essa situação está relacionada a um conjunto de fatores, destacando-se, entre eles, a epidemia de HIV/AIDS, o aparecimento de cepas multidroga-resistentes de *M. tuberculosis*, o incremento do comércio a nível mundial e a ampliação, por problemas políticos e econômicos, da emigração internacional de coortes dos países subdesenvolvidos com alta prevalência de tuberculose (sobretudo do Sudeste Asiático e África) para os países industrializados da América do Norte e da Europa Ocidental. Nesses países, certos segmentos sociais – minorias étnicas, imigrantes e habitantes de áreas metropolitanas deterioradas – apresentam taxas de morbidade por tuberculose semelhantes às encontradas em países não desenvolvidos (BRUDNEY & DOBKINS, 1991; RAVIGLIONE et al., 1993).

Segundo esses últimos autores, em vista do aumento da migração humana e do comércio internacional, a eliminação (i.e., taxa de incidência menor que 01/100.000 habitantes, KOCHI, 1991) [1]da tuberculose nos países industrializados está extremamente dependente da melhora da situação nos países não desenvolvidos com alta prevalência de tuberculose. Nesses países, a tuberculose é responsável por aproximadamente 6,7% de todos os óbitos (UN, 1989 APPUD CDC, 1990 b.) e, especificamente, na faixa etária de 15 a 59 anos por 18,5% dos óbitos (MURRAY, 1990 apud CDC idem, ibidem) sendo que, os óbitos pela doença compreendem 25% do total de óbitos evitáveis aí registrados (OMS, 1995 appud RUFFINO-NETTO, 1998).

A dimensão da endemia pode ser avaliada pelas seguintes estimativas para o ano de 1995: o bacilo infecta aproximadamente 1,7 bilhão de pessoas, acarretando 9 milhões de casos e entre 2 a 3 milhões de mortes anualmente em todo o mundo, mais do que qualquer outro agente infeccioso sózinho. (KOCHI, 1991; PORTER & MACADAM, 1994; CDC, 1990 b.; FRIEDEN, 1994; WHO, 1998).

Observa-se que 98% dos óbitos são nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, 75% dos casos são na faixa etária de 15 a 50 anos, portanto, na população economicamente ativa (OMS, 1995 APPUD RUFFINO-NETTO, 1998).

As marcantes discrepâncias no comportamento epidemiológico da tuberculose entre países do primeiro e terceiro mundos têm determinação histórico-social, como já comentado. Entre as prováveis causas explicativas sobressaem a pobreza e o processo de exclusão social da maioria dos indivíduos residentes nos países subdesenvolvidos.

Esses fatos podem ser observados em certos segmentos da população nos países desenvolvidos mostrando que a distribuição relativa da tuberculose por classe social se mantém, tanto nos países desenvolvidos como nos subdesenvolvidos. Nos Estados Unidos, na década de 80, a tuberculose era mais incidente entre os sem teto, trabalhadores rurais móveis e outros grupos menos favorecidos, como negros e latino-americanos (CIESIELSKI et al., 1991; BRUDNEY & DOBKIN, 1991).

[1] Como se vê, não há um conceito uniforme sobre erradicação da tuberculose entre diferentes autores.

A determinação histórico-social da distribuição desigual da morbi-mortalidade por tuberculose nas populações ajuda a compreender a magnitude atual da endemia em escala mundial e suas consequências sócio-econômicas, políticas e éticas.

Para sinalizar essa situação, em 1993, a OMS declarou a tuberculose em estado de urgência no mundo, apontando as principais razões para o aumento da incidência da doença: (WHO, 1995, appud RUFFFINO-NETTO, 1998)

1 – pobreza e a grande desigualdade social.

2 – negligência, inadequação na detecção, diagnóstico e tratamento dos casos.

3 – variações demográficas, aumento da população mundial com variação na estrutura dos grupos etários.

4 – o impacto da pandemia da infecção pelo HIV/AIDS

5 – falhas no controle global da tuberculose, devido:

a) inadequado desempenho de políticas de saúde e financiamento;

b) inadequada organização de serviços de saúde;

c) inadequado gerenciamento, casos são descobertos e não são curados.

d) excesso de confiança na vacinação BCG.

Pelos comentários acima evidencia-se que a tuberculose atualmente é uma doença **reemergente**[2] nos países industrializados e mantém-se como um grave problema de saúde pública nos outros países, como o Brasil.

[2] O conceito de doenças reemergentes – as que reaparecem após um período de declínio significativo – foi extraído de RUFFINO-NETTO, 1997.

1.4. ALGUNS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS DE TUBERCULOSE NO BRASIL, ESTADO DE SÃO PAULO E MUNICÍPIO DE SÃO PAULO:

Segundo a Organização Mundial de Saúde, entre os vinte e dois países do mundo com maior coeficiente de incidência de tuberculose, o Brasil ocupa o vigésimo primeiro lugar (SERRA, 2000).

Em 1995, foram notificados cerca de 90.000 casos novos da doença dando um coeficiente de incidência em torno de 66/100.000 habitantes – vale lembrar que para obter esses dados não se considerou a subnotificação de casos novos, cuja estimativa é de 15 a 20% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995). A tuberculose mata, anualmente, 6.000 pessoas em nosso país (SERRA, 2000).

No estado de São Paulo, os coeficientes de incidência para os anos de 1998 e 1999 de aproximadamente 52 casos/100.000 habitantes (CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA SES/SP, 1998/1999) são semelhantes aos dos cinco anos anteriores, representando uma certa estabilidade na incidência, porém em níveis inferiores aos da primeira metade da década de 80, quando a incidência era maior que 60 casos/100.000 habitantes.

Para fins de exemplo, comparativamente, na Rússia, em 1993, o coeficiente de incidência foi de 42.9/100.000 habitantes, sendo interpretado como um incremento importante em relação à década de 80 em que esse indicador era referido para toda a ex-União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (DROBNIEWSKY et al., 1996).

Os coeficientes de mortalidade por tuberculose para o estado de São Paulo no período de 1986 a 1998 variam de 3,7 a 4.3/100.000 habitantes, denotando uma certa estabilidade na situação(CVE – SES/SP, 1999). Esse indicador pode ser visto com preocupação se considerarmos a disponibilidade de esquemas de tratamento específico altamente eficazes, de uma rede de unidades de saúde que poderiam fazer o diagnóstico precoce da doença, considerando que 85% dos casos notificados são na forma pulmonar e cerca de 96% do total de casos são em maiores de 15 anos de idade (CVE-SES/SP,1998/99).

No Estado de São Paulo, em 1998, foram notificados 19.000 casos novos de tuberculose e foram registrados 1500 óbitos devido a essa doença (CVE-SES/SP, 1998/1999).

No Município de São Paulo, em 1996, foram registrados 674 óbitos por tuberculose, com coeficiente de mortalidade de 6,4/100.000 habitantes.

Na região da Administração Regional de Saúde – 3 (Jabaquara, Ipiranga, Vila Prudente e Sapopemba) com cerca de 1.500.000 habitantes – 13% da população do município, estimativa da SEMPLA/ASPLAN/SMS para 1998 – foram notificados, nesse ano, 453 casos novos de tuberculose, com um coeficiente de incidência de 30,1/100.000 habitantes. Em 1998 foram, ainda, registrados 55 óbitos por tuberculose nessa região, com um coeficiente de mortalidade de 3,7/100.000 habitantes e uma letalidade de 11% (PROAIM-SMS/SP, 1998 appud MELLO, 1999).

1.5. ASSOCIAÇÃO ENTRE ALCOOLISMO E TUBERCULOSE PULMONAR:

A relação entre alcoolismo crônico e tuberculose pulmonar aparece em estudos aonde se estabelece a alta frequência de alcoolismo entre pacientes com a doença (KOK-JENSEN, 1970; FEINGOLD, 1976; BAILEY, 1978; LEITE & PUEL, 1985; PARADA et al., 1989;) ou a alta prevalência de tuberculose entre pacientes alcoolistas (OLIN & GRZYBOWSKI, 1966; CARPENTER & HUANG, 1991).

Estudo modelo caso-controle feito na África do Sul demonstrou o alcoolismo como fator de risco para tuberculose pulmonar (COETZEE et al., 1988).

Outro estudo modêlo caso-controle, feito com pacientes hospitalizados, também comprovou essa associação. Foi investigado qual o hábito de ingestão precedendo o diagnóstico da doença por um período de 2 a 4 anos, utilizando-se de uma classificação não apenas quantitativa. Nesse sentido, observou-se que predominam, entre os casos, os bebedores excessivos e adictos, indicando que o risco de desenvolver tuberculose ativa aumenta com a quantidade de álcool consumido (CARON-RUFFINO & RUFFINO-NETTO, 1979) evidência citada em outros estudos (BROWN & CAMPBELL, 1961; FERRER et al., 1991).

Se considerarmos alguns segmentos específicos na população, como os moradores de rua, aonde há alta prevalência de uso de álcool e outras drogas, essa relação aparece com maior intensidade. (TAKANO et al., 1999; FRIEDMAN et al., 1996). Nesse segundo estudo, observando-se prospectivamente durante 08 anos uma coorte de moradores de rua de New York que consumiam álcool e outras drogas, as taxas de incidência de tuberculose e AIDS foram significativamente maiores do que na população geral.

A magnitude da relação entre alcoolismo e tuberculose aparece quando o alcoolismo é apontado como uma das principais causas de aumento de incidência de casos de tuberculose na Sibéria em anos recentes (DROBNIEWSKY et al., 1996), na Ucrânia (DVOIRIN, 1989), no sul da África (YACH, 1988) e quando se considera a contribuição dos indigentes alcoolistas para o aumento da incidência de tuberculose em New York a partir de 1978 (FRIEDMAN et al., 1987).

Outro estudo mostra que, em termos proporcionais, o alcoolismo aparece em segundo lugar entre as condições associadas à tuberculose, após a infecção pelo HIV, e o uso de drogas injetáveis como a terceira condição associada em ordem de frequência. (GARCIA et al., 1999)

No Brasil e, especificamente, no estado de S. Paulo, devido às características das fichas de investigação de casos, podemos obter dados apenas de alcoolismo como doença associada, não dispondo de dados sobre a relação entre uso de drogas ilícitas e tuberculose.

Para o estado de S. Paulo, no período 1997 a 1999, o alcoolismo está assinalado em 30 % dos casos notificados de tuberculose. (CVE, 2000).

Na região da Administração Regional de Saúde 3 da SMS/SP, para o ano de 1998, essa proporção é de 14% dos casos notificados, ocupando também o segundo lugar entre as doenças associadas, após a infecção pelo HIV (ARS-3, NEPI, maio de 2000). Para a mesma região, o alcoolismo aparece como causa associada em 26% dos óbitos por tuberculose notificados no período de 1997 a novembro de 2000, ocorrendo majoritariamente em indivíduos adultos, do sexo masculino, com mais de 30 anos de idade (ARS-3, NEPI, novembro de 2000).

A concomitância das condições co-infecção pelo HIV e alcoolismo, nem sempre aparece assinalada nas fichas de investigação de casos de tuberculose, acarretando uma subestimativa dos dados relacionados à segunda condição.

Outro aspecto a ser considerado é o tratamento de tuberculose em pacientes alcoolistas.

HACKNEY (1975) comenta a complexidade do tratamento para tuberculose em homens de média idade, de raça negra, pobres e alcoólatras, pois esses últimos desenvolvem a moléstia com mais frequência e geralmente são mal nutridos.

Além desses fatores, outros trabalhos apontam a baixa adesão dos pacientes alcoolistas ao tratamento. (BAILEY et al., 1973, 1978; LERNER, 1996; MORRONE et al., 1999, CAMINERO et al., 1996, BURMAN et al., 1997 a,b; AMERICAN TORAXIC SOCIETY, 1977). O alcoolismo aparece como principal causa de abandono de tratamento para tuberculose (FERRER et al., 1991) ou como uma das três principais causas em outro estudo realizado em nosso meio (DEHEINZELIN et al., 1996).

Entre as possíveis consequências da interrupção do tratamento estão a recidiva de casos de tuberculose pulmonar (BAILEY et al., 1973; DEHEINZELIN et al., 1996) e o desenvolvimento de cepas de bacilos de Koch resistentes aos quimioterápicos utilizados (principalmente resistência secundária), fatos observados com frequência entre os alcoolistas (KOK-JENSEN, 1972b; BAILEY et al., 1978; LA RAJA et al., 1997). Isso implica em piores resultados do tratamento para tuberculose nesses pacientes se comparados aos não alcoolistas (KOK-JENSEN, 1970, 1972; BAILEY, 1978; PARADA et al., 1989; BURMAN et al., 1997a), com prolongamento do tempo para tratamento completo nos alcoolistas, particularmente se houver resistência adquirida à rifampicina isoladamente ou em associação com a isoniazida.

Alcoolismo e tratamento prévio aparecem como variáveis independentes para ocorrência de resistencia adquirida aos quimioterápicos em pacientes com co-infecção tuberculose/ HIV (PINTO et al., 1996).

O abandono do tratamento, principal responsável pelos casos de resistência adquirida, é um denominador comum entre alcoolistas, usuários de drogas injetáveis, pacientes com infecção pelo HIV e moradores de rua (SCHLUGER, 1995; CAMINERO et al., 1996).

Estudos experimentais fazem referência a um estado de imunodeficiência celular como consequência do abuso crônico de álcool, acarretando maior predisposição a pneumonias de várias etiologias, tuberculose e doenças infecciosas em geral (NELSON et al., 1995; COOK, 1998; OMIDVARI et al., 1998). Isso também poderia explicar o fato de que os alcoolistas terem formas mais graves de acometimento pulmonar - extensão e tipo de lesão (KOK-JENSEN, 1972a; GINSBURG et al., 1990,WIENER et al., 1990).

Esse fato, o abandono de tratamento com recidivas e mais o tempo de tratamento mais prolongado devido a tuberculose multidroga-resistente acarreta maior probabilidade de contagio, portanto, de gerar casos secundarios (RODRIGO et al., 1997; RUDOI & EMEL´IANOV, 1986; DEHENZELIN et al., 1996) principalmente nos locais aonde são encontrados esses pacientes: prisões, albergues, hospitais, sanatórios e centros de tratamento de dependência química.

Além da influência na morbidade, o alcoolismo traz consequências na mortalidade por tuberculose. Ele é apontado como um fator preditor de resultado desfavorável (falência respiratória ou morte) na evolução a curto prazo de casos de tuberculose pulmonar (BARNES et al., 1988)

Foi observada a influência do alcoolismo na mortalidade por tuberculose : em indivíduos adultos residentes no município de São Paulo em 1980 (NOGUEIRA, 1984); na Rússia , principalmente no sexo masculino (MIKHAILOVLUV, 1988); no México (BUSTAMANTE-MONTES et al., 1996) e nos Estados Unidos (WHITE & PORTILLO, 1996).

A magnitude do alcoolismo nos óbitos por tuberculose (excetuando casos de co-infecção com HIV) de moradores na área da ARS-3 da SMS/SP (NEPI – ARS.3 - SMS/SP, 2000), já foi comentada.

1.6. RELAÇÃO ENTRE USO DE DROGAS ILÍCITAS E TUBERCULOSE PULMONAR:

REICHMAN et al.(1979) demonstraram alta prevalência de tuberculose pulmonar em pacientes usuários de drogas – principalmente opiáceos como heroína via injetável – originários de um hospital (estudo comparativo com população hospitalar não usuária de drogas) e de centros de tratamento específicos para essa condição na cidade de New York. Sugerem que a dependência a essas drogas em conjunto com as condições de vida – baixo nível sócio-econômico, indigentes, uso concomitante de bebidas alcoólicas,etc – contribuiria para esse resultado, sendo o primeiro aspecto o que identificaria essas pessoas para abordagem pelos serviços de saúde.

A partir de indigentes submetidos a exame médico pré-admissional em vários centros de assistência social na mesma cidade, foi selecionada uma amostra de indivíduos com história pregressa ou atual de alcoolismo e/ou uso de drogas ilícitas para pesquisa de tuberculose pulmonar. A prevalência de doença ativa encontrada foi muito superior à da população geral da cidade, sendo recomendada a busca ativa de casos nesses grupos de risco em outros locais, além dos serviços de saúde tradicionais (FRIEDMAN et al., 1987).

O CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC) dos Estados Unidos menciona o uso de drogas ilícitas, particularmente cocaína e heroína via injetável, como fator de risco para tuberculose pulmonar em algumas de suas publicações (CDC, 1990 e 1995). A partir de 1989, esse órgão subvencionou busca de casos da doença em prisioneiros e usuários de drogas atendidos em centros de tratamento específicos em vários estados norte-americanos (CDC, 1993 a.).

Uma revisão extensa sobre o assunto, abordando aspectos históricos da relação entre tuberculose pulmonar e uso de opiáceos nos Estados Unidos, foi feita por PERLMAN et al.(1995).

Na pesquisa bibliográfica realizada, não encontramos referências na literatura latino-americana e nacional abordando especificamente esse tema.

Existem alguns estudos sobre ocorrência de tuberculose pulmonar em grupos de risco institucionalizados. O estudo de NIERO (1980) na Casa de Detenção em São Paulo não discrimina as variáveis acima citadas nas pessoas estudadas, porém podemos supor que, além da condição de confinamento em grandes aglomerações desses indivíduos, existiam casos de uso de drogas influenciando o risco de adoecer por tuberculose pulmonar.

Comentário semelhante pode ser feito noutro estudo realizado em dois sanatório do Rio de Janeiro onde há até breve citação a respeito de uso de drogas injetáveis (KRITSKY et al., 1988).

O Ministério da Saúde do Brasil e o Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo também não dispõem de dados sobre a relação entre tuberculose e uso de drogas ilícitas.

Os argumentos precedentes justificam a realização de busca de casos de tuberculose pulmonar em alcoolistas e usuários de outras drogas (FEINGOLD, 1975; FRIEDMAN et al., 1987) como subsídio para futuros estudos longitudinais aonde essa associação seria analisada com maior profundidade.

Um serviço especializado no atendimento a dependência a álcool e drogas ilícitas, como maconha e cocaína, pode ser um local apropriado para se pesquisar casos de tuberculose ativa ou pessoas com risco de adoecer por essa doença. Para tanto, escolhemos o Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara da Secretaria Municipal de Saúde, uma unidade de atendimento ambulatorial no município de São Paulo.

1.7. CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO: BREVE HISTÓRICO COM PERFIL DO SERVIÇO E DOS USUÁRIOS.

A proposta de atenção a farmacodependência como um subprograma de atenção à saúde mental da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo foi apresentada em 1993. Inicialmente foi criado o Centro de Referência em Farmacodependência na região central . Durante o processo de implantação do Programa de Atenção à Saúde (PAS) em 1996, mais duas unidades regionais foram criadas, sendo uma delas o Centro de Referência em Farmacodependência do Jabaquara, com atuação nas áreas de tratamento e prevenção.

Esse serviço foi criado para ser referência para toda a região da Administração de Saúde – 3, mas não restringe a demanda de outras regiões.

A população estimada desta região é de 1.627.646 habitantes, sendo que 56% desta encontra-se na faixa etária de maior risco para o uso indevido de drogas: 15 a 49 anos. (SILVA, 1999)

O Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara está instalado na edícula do Centro de Referência em DST/AIDS Jabaquara da SMS/SP, no bairro de Planalto Paulista, zona sul do município. Ocupa uma área de aproximadamente 130 metros quadrados aonde trabalham 35 profissionais de nível superior, compondo equipes multiprofissionais nas áreas de prevenção e tratamento (inclui dois que compõem a coordenação) e mais sete profissionais não universitários que compõem a equipe de apoio.

No período de setembro de 1996 (início do atendimento) a dezembro de 1998 foram acolhidos 1504 pacientes e matriculados 1251. Nesse último mês estavam em atendimento regular na unidade 492 pacientes (SILVA, 1999).

Para compreensão da sua dinâmica de funcionamento, do perfil dos usuários e sua relação com os demais serviços de saúde detalhamos um pouco do seu histórico a partir de informações verbais de profissionais do serviço.

O Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara iniciou suas atividades em junho de 1996, estando sua criação relacionada com o processo de implantação do PAS em unidades da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

No início da implantação do Plano de Atenção à Saúde no Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya houve a solicitação da chefia do setor de Psiquiatria do Pronto-Socorro desse hospital à direção da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para que fosse criado um serviço que servisse de retaguarda ambulatorial para atendimento dos pacientes alcoolistas lá atendidos.

Com essa finalidade específica é que foi criado o Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara, que passou a funcionar inicialmente em área nos fundos da Igreja de São Judas no bairro de Planalto Paulista.

Em 1997, de forma improvisada, o serviço passou a ocupar a edícula do Centro de Referência em DST/AIDS Jabaquara no mesmo bairro, aonde permanecia quando foi realizada essa pesquisa. A partir da implantação nesse local, o Centro de Referência em Farmacodependência expandiu suas atividades para a clientela da região e de outras regiões do município de São Paulo, incluindo agora o atendimento a usuários de drogas ilícitas.

A disponibilidade de recursos humanos para a viabilização do funcionamento do serviço também esteve intrinsecamente ligada ao processo de implantação do PAS. Ou seja, profissionais de saúde, principalmente da área de saúde mental, lotados em unidades municipais aonde foi implantado o PAS e que não aderiram ao plano, tiveram que sair das suas unidades originais e, diante da oferta, optaram por serem transferidos para esse serviço novo a ser criado. Na época, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo dispunha de médicos psiquiatras e psicólogos com experiência no assunto, pois atendiam pacientes com diagnóstico de dependência química lotados em Pronto-Socorro de Hospitais, Ambulatórios de Saúde Mental públicos e Hospitais-Dia de entidades privadas.

Porém esse atendimento estava inserido dentro de uma abordagem global em saúde mental, sendo, na maioria das vezes, individual e com intervenções de caráter pontual.

A partir de junho de 1996, ao serem criados mais dois ambulatórios para tratamento específico da dependência a drogas na SMS/SP, sendo um deles o Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara, foi possível ampliar o tipo de atendimento

oferecido a esses pacientes. Por exemplo, com a constituição de equipes multiprofissionais, lotadas em espaço físico específico, são oferecidas atividades em grupos terapêuticos para pacientes e familiares e são possíveis outros tipos de intervenções, incluindo o aspecto preventivo.

Pelo fato de ser um serviço ambulatorial recém criado, e pelo tipo de atendimento oferecido, grande parte da sua clientela aí chega encaminhada por outros serviços aonde foram atendidos previamente. São pacientes procedentes, principalmente, de Pronto Socorro de Hospitais públicos, de unidades básicas de saúde com atendimento psiquiátrico, de hospitais de saúde mental aonde ficaram internados para tratamento de desintoxicação, de ambulatórios de saúde mental e de atendimento a farmacodependência, de entidades filantrópicas que prestam atendimento especializado a esse tipo de paciente e de serviços universitários especializados, como o Programa de Orientação e Assistência à Dependência Química (PROAD) da Universidade Federal de São Paulo, com tradição no atendimento à dependencia química.

Esse fluxo de pacientes demonstra o vínculo, ainda que informal, do Centro de Referência em Farmacodependência com serviços que prestam atendimento na área de saúde mental ou, especificamente, para dependência química, servindo como referência ambulatorial para pacientes que demandam seguimento de atendimento e continuidade de tratamento eletivo.

As ações do Centro de Referência em Farmacodependência não estão formalmente integradas com as dessas instituições. Também não estão integradas com as ações da rede de serviços de saúde em geral, mesmo se tratando de hospitais, ambulatórios , Centros de Referência em DST/AIDS, serviços de vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde/SP (administração direta ou via PAS). Um exemplo ilustrativo dessa situação: dos 226 casos de tuberculose em que estava assinalado alcoolismo como condição associada notificados à Administração Regional de Saúde – 3 da SMS entre 1997 e setembro de 2000 (NEPI, ARS-3, SMS/SP) apenas cinco foram atendidos no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara. Entre eles, quatro foram encaminhados pelo Centro de Referência em DST/AIDS Jabaquara que funciona em prédio anexo (esses casos encaminhados correspondem a 13% do total de casos de tuberculose notificados pela unidade à ARS-3).

nesses pacientes. Mesmo contando com dois médicos clínicos na sua equipe de profissionais, essa questão não era abordada até a realização dessa pesquisa.

Pelos comentários precedentes podemos verificar que há um importante processo de triagem externa, ao qual estão submetidos grande parte dos pacientes que procuram o serviço.

O nome, a sua oferta de atendimento exclusivamente ambulatorial, o fato de ser um serviço novo, não integrado à rede de serviços de saúde, a sua localização, são fatores que justificam essa seleção de acesso dos pacientes ao serviço.

A maioria dos profissionais que compõem o serviço é oriundo da área de saúde mental, o que impõe um perfil de atendimento que reforça esse processo seletivo externo. Como exemplo disso, alguns pacientes informaram que conheceram o Centro de Referência em Farmacodependência através de encaminhamento de psiquiatra ou psicólogo de outros serviços congêneres.

O acolhimento na unidade é feito por terapeutas ocupacionais, farmacêutico, enfermeiras e assistentes sociais. Até novembro de 1999, todos faziam acolhimento a alcoolistas e usuários de drogas ilegais indistintamente. A partir de dezembro de 1999, constituíram-se mini-equipes para atendimento diferenciado de alcoolistas, usuários de drogas ilegais e adolescentes. Dessa forma, esses profissionais que fazem acolhimento como integrante de uma dessas equipes, passaram a fazer acolhimento específico para um desses sub-grupos de pacientes.

Os pacientes alcoolistas são em maior proporção que os usuários de drogas. Nos dois grupos predominam os homens, sendo os alcoolistas de uma faixa etária mais alta em comparação com os usuários de drogas ilícitas.

Os alcoolistas freqüentam com maior assiduidade o C. R. Farmacodependência comparativamente aos pacientes usuários de drogas ilegais, particularmente se esses últimos forem adolescentes.

Esses pacientes são, na sua maioria, de baixo poder aquisitivo, de baixa escolaridade e procedentes de áreas carentes em termos de infra-estrutura de moradia e saneamento básico.

Alguns alcoolistas apresentam resistência a abordagem por negarem, muitas vezes, que ingerem bebida alcoólica em excesso e que causam problemas de ordem familiar e social devido a esse hábito.

Entre os usuários de drogas ilegais, devido ao aspecto da contravenção inerente ao seu hábito, essas resistências `a abordagem pelo pessoal do serviço são de maior monta, restringindo o atendimento a menor número de profissionais. Como conseqüência, pode ficar prejudicada, particularmente, a avaliação clínica. Em certos subgrupos, como os adolescentes, as taxas de abandono são muito altas.

Se uma parte desses pacientes não assume seu comportamento de usar drogas como problema de saúde, essa dificuldade se amplia quando tentamos correlacionar esse hábito com a ocorrência de doenças infecciosas como a tuberculose pulmonar.

Com esse perfil do serviço, de seus profissionais e de seus pacientes estabelece-se uma demanda estritamente vinculada ao problema do uso de drogas. Doenças infecciosas, como tuberculose, deixam de ser abordadas de forma sistemática, para isso contribuindo de forma decisiva as concepções do paciente sobre sua relação com as drogas e com o Centro de Referência em Farmacodependência, a não inserção formal do serviço no sistema local de saúde (mesmo com todos os problemas existentes na conjuntura das políticas de saúde no município com a implantação do PAS) e a precariedade de espaço físico para desenvolvimento de suas atividades.

1.8. HISTÓRICO DA BUSCA DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR:

Apresentamos sucintamente esse item também como subsídio para avaliar a busca de casos efetuada nessa pesquisa.

Na década de 1970, a União Internacional contra a Tuberculose (IUAT) promoveu várias conferências para discutir metodologias de busca de casos.

A experiência anterior com busca de casos através de inquéritos populacionais periódicos com a utilização indiscriminada da abreugrafia em indivíduos aparentemente saudáveis mostrava pouca eficácia, altos custos, exposição desnecessária de indivíduos aos efeitos nocivos das radiações ionizantes e baixa especificidade, levando indivíduos não-tuberculosos a se submeterem indevidamente à quimioterapia. Os custos elevados do método não permitiam a necessária extensão de cobertura à população, particularmente nos países sub-desenvolvidos. (ARANTES & RUFFINO-NETTO, 1980).

Em 1964, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu que a prioridade deveria ser dada aos casos com exame microscópico direto do escarro positivo o qual poderia ser usado extensivamente na população considerando o baixo custo do exame e as facilidades operacionais para a sua execução. (SRIYABHAYA, 1972)

A discussão tendeu a se polarizar entre a bacteriologia nos sintomáticos respiratórios que procuravam os serviços de saúde e a abreugrafia em massa em indivíduos aparentemente saudáveis na população nos aspectos de eficácia e custo-benefício.

TOMAN (1974), da Organização Mundial da Saúde, enfatizou a busca de casos nos pacientes com baciloscopia e cultura positivos, os casos com maior potencial de transmissão e, admitiu, que se encontram em estágio avançado da doença, fato confirmado em Ribeirão Preto- SP (ARANTES & RUFFINO-NETTO, 1980). Argumentou, baseado em estudos feitos na Holanda e mais quatro países desenvolvidos da Europa, que esses casos não são detectados nos inquéritos radiológicos periódicos realizados na população.

SODHY (1974), da Malásia, concordou com essa abordagem lembrando serem esses pacientes sintomáticos respiratórios.

Outros participantes polemizaram com essa posição. Por exemplo, os representantes da Índia lembraram as limitações do diagnóstico pelo exame microscópico direto do escarro e com a coloração pelo método Ziehl Nielsen, principalmente no caso de lesões mínimas, aonde a cultura do bacilo é indispensável.

Essa outra abordagem se preocupa com o diagnóstico precoce de tuberculose. Para MEHROTRA (1974), da Índia, a busca passiva de casos sintomáticos respiratórios pode provocar um retardo no diagnóstico e, consequentemente, no controle da transmissão do bacilo de Koch. Reforça esse fato a constatação de que os pacientes sintomáticos para tuberculose nem sempre relatam seus sintomas ou procuram atendimento em serviços de saúde (ressalva: essa situação depende da organização dos serviços de saúde, particularmente no que tange ao acesso da população alvo). Propõe a busca de casos usando métodos radiológicos junto com a investigação dos pacientes sintomáticos com a bacteriologia.

Essa metodologia com uso conjunto da radiologia e bacteriologia foi reiterada por representantes da Austrália e do Paquistão lembrando que a transmissibilidade não está limitada aos casos com baciloscopia positiva. Devem ser contemplados também os pacientes com baciloscopia negativa mas com anormalidades radiológicas como, por exemplo, lesões fibróticas e inativas sugestivas de tuberculose. (IUAT, 1974). Estudo abreugráfico detectou 31% dos sintomáticos respiratórios nessa condição (ARANTES & RUFFINO-NETTO, 1980). Essas alterações podem ser consideradas sequelas de tuberculose pulmonar.

Anteriormente, discussão confrontando essas duas linhas de abordagem já tinha ocorrido entre SODHY (1972) e PAMRA (1972), da Índia. Entre os dados apresentados pelo primeiro, a baixa proporção de baciloscopias positivas entre os sintomáticos respiratórios (<1%) e o reconhecimento da existência dos doentes não bacilíferos reforçam a posição do segundo. Considerando os aspectos de eficácia, custo e tempo dispendido para diagnóstico, PAMRA (1972) propõe que apenas os sintomáticos respiratórios com alterações radiológicas devem ser submetidos à baciloscopia do escarro.

Dados comparativos de busca de casos de tuberculose pulmonar em Taiwan (LUAN, 1972) avaliando eficiência e custo operacional, demonstram a vantagem dessa metodologia, principalmente para os casos de lesões mínimas. Para os casos de lesões avançadas, com cavidade, há uma ligeira vantagem em termos de eficácia para a busca de casos com baciloscopia de todos os sintomáticos respiratórios, porém a um custo quase três vezes maior.

realizados na Índia mostraram que apenas 7% dos pacientes com tosse atendidos em um serviço têm escarro positivo à baciloscopia. Em Ribeirão Preto, no início da investigação, dos 1379 sintomáticos respiratórios selecionados num contigente de 32.225 pacientes matriculados em um Centro de Saúde, apenas 4,1% tinham baciloscopia positiva (ARANTES & RUFFINO-NETTO, 1980). Nesse sentido, o método foi criticado por COTTER-HARVEY (1972), da Austrália, pois um serviço que está apenas interessado nos sintomáticos respiratórios com baciloscopia positiva está dando um pequeno suporte para a clientela que atende e um resultado de baciloscopia negativa significa apenas que o caso não é contagioso no momento daquele exame. Um argumento alternativo: a baciloscopia deve ser usada como triagem, isto é , como início de um processo de investigação de tuberculose pulmonar, que não se encerra com ela.

No processo de busca de casos devem ser estabelecidas prioridades: a primeira constituída pelos doentes bacilíferos e a segunda pelos sintomáticos respiratórios ainda não bacilíferos (PAMRA, 1972). Dessa forma, ao invés do confronto entre os méritos relativos de cada processo, "estaríamos somando os dois métodos, ... prática que além de vantajosa do ponto de vista econômico, é também éticamente mais correta por incluir a doença sintomática não bacilífera." (ARANTES & RUFFINO-NETTO, 1980).

O baixo valor preditivo negativo da baciloscopia e cultura justificariam a realização prévia nos sintomáticos respiratórios de exame radiológico aonde esse recurso for disponível (BALASANGAMESHWARA & CHACRABORTY, 1993). Como alternativa, propõe-se a realização desse exame após a triagem pela baciloscopia.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995) estabelece, em escala decrescente de prioridade, os seguintes procedimentos para busca de casos de tuberculose pulmonar:

1-baciloscopia e/ou cultura de escarro para *Mycobacterium tuberculosis;*

2-exame radiológico de tórax, particularmente naqueles pacientes em que a bacteriologia foi negativa;

3-outros exames subsidiários como prova tuberculínica, biópsia de tecidos, exame quimiocitológico de fluídos como derrame pleural, etc.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

Realizar uma busca de casos de tuberculose pulmonar em uma amostra de pacientes de uma unidade de atendimento a dependência a drogas (álcool, maconha, cocaína,etc) no município de São Paulo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1 – Caracterizar, nessa amostra de pacientes, os sintomáticos respiratórios, os pacientes com antecedente pessoal e familiar de tuberculose, doenças associadas, tipo de droga(s) consumido(s), frequência de uso dessa(s) droga(s).

2– Pesquisar a ocorrência de tuberculose pulmonar nos pacientes sintomáticos respiratórios realizando exames bacteriológicos de escarro, RX tórax e sorologia para vírus da imunodeficiência humana (HIV) considerando também os dados obtidos no questionário,

3- Estabelecer um perfil clínico e epidemiológico dos pacientes pesquisados

Esses objetivos iniciais foram complementados, visando uma avaliação da busca de casos para tuberculose pulmonar realizada, com outros instrumentos.

4– Pesquisar, junto a outra amostra de pacientes, como tomaram conhecimento da existência do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara, motivo da procura de atendimento no serviço e locais de atendimento quando se sentem doentes.

5 – Analisar o fluxo de encaminhamento desses pacientes para avaliação clínica.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. ESTUDO PILOTO:

O objetivo original do estudo era efetuar uma busca de casos de tuberculose pulmonar em uma amostra de pacientes do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara embasados pelos dados da literatura disponível sobre o assunto e pelos dados epidemiológicos disponíveis nos serviços governamentais sobre a relação entre alcoolismo e tuberculose.

Como os resultados observados ao final dessa etapa da pesquisa contrariaram a expectativa inicial, decidiu-se por complementar a pesquisa com outros dois questionários aplicados junto a pacientes e profissionais do serviço. A finalidade desses questionários foi testar a ocorrência de viéses de seleção de pacientes, uma das hipóteses aventada para explicar os resultados da pesquisa.

3.2. DEFINIÇÃO DE CASO DE TUBERCULOSE PULMONAR:

Indivíduo cujo diagnóstico de tuberculose pulmonar foi confirmado por baciloscopia ou cultura de escarro e aquele em que o médico, com base em dados clínico-epidemiológicos e no resultado de exames complementares firma o diagnóstico de tuberculose. (fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE -Brasil, 1995).

3.3. BUSCA DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR:

Em todos os pacientes que participaram da pesquisa foi aplicado inicialmente um questionário (anexo 1) e, subseqüentemente, obedecendo a critérios previamente estabelecidos, eram solicitados exames subsidiários.

Esses critérios não foram uniformes ao longo do período da pesquisa. Entre agosto de 1999 e abril de 2000 privilegiou-se a solicitação de RX de tórax como exame inicial nesses pacientes. Se houvessem alterações do tipo velamentos ou infiltrados pulmonares em qualquer localização nos campos pulmonares, estava indicada a solicitação de pelo menos dois exames de escarro para baciloscopia.

As críticas formuladas a esse tipo de procedimento, tendo como base o histórico da busca de casos de tuberculose pulmonar, motivaram mudança nessa metodologia. No período de maio e até 31 agosto de 2000, foi privilegiada a solicitação de baciloscopias em todos os sintomáticos respiratórios independente do resultado do RX tórax, que continuou sendo oferecido a todos os pacientes.

3.4. POPULAÇÃO ESTUDADA:

Pacientes atendidos no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

3.5. CRITÉRIO DE SELEÇÃO DE PACIENTES PARA A PESQUISA*:*

Pacientes que foram encaminhados e submetidos a avaliação clínica pelos médicos do serviço.

3.6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE PACIENTES NA PESQUISA*:*

Pacientes submetidos a avaliação clínica pela primeira vez com os dois médicos clínicos do serviço, que aceitaram responder ao questionário padronizado, no período de agosto de 1999 até 31/08/2000, quando se atingiu o tamanho mínimo da amostra.

Pacientes de ambos os gêneros e faixa etária de 15 a 70 anos de idade, com início dos sintomas no período máximo de 01 (hum) ano antes do dia da aplicação do questionário.

3.7. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DE PACIENTES DA PESQUISA:

Pacientes que não preencherem os critérios de inclusão na pesquisa.

3.8. DEFINIÇÃO DA EXPOSIÇÃO A FATOR DE RISCO:

A exposição à álcool e outras drogas nos pacientes que se submeteram ao estudo foi baseado no diagnóstico feito por psiquiatra do serviço e registrado no seu respectivo prontuário.

Indicador da exposição ao fator de risco: informe verbal do paciente e/ou dos seus familiares.

3.9. OUTRAS VARIÁVEIS INTERVENIENTES NO ESTUDO:

-infecção pelo HIV: diagnótico por sorologia (método ELISA)

-faixa etária

-gênero

3.10. PROCESSO DE AMOSTRAGEM*:*

Tipo de amostra: amostra não probabilística por cotas em uma série de casos. (FEDERER, 1973)

Forma de seleção dos elementos que irão compôr a amostra: todos os pacientes encaminhados pela primeira vez para avaliação clínica a partir de 01 de agosto de 1999 e que concordaram em responder ao questionário estruturado A inclusão desses pacientes, para compôr a amostra, seguiu a ordem casual de chegada para início de atendimento pelos dois médicos clínicos do serviço até atingir o tamanho mínimo da amostra.

Tamanho mínimo da amostra: 160 pacientes, correspondente a um terço dos casos de pacientes atendidos anualmente no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara. Essa é a proporção de pacientes atendidos na unidade que foram submetidos a avaliação clínica durante todo o ano de 1998.

Critério para definir tamanho da amostra: a população acessível para o processo seletivo, ou seja, "o conjunto de elementos que queremos abranger em nosso estudo e que são passíveis de serem observados, com respeito às características que pretendemos levantar. Realizando adequadamente a pesquisa, podemos garantir que os seus resultados serão válidos para este conjunto de elementos" (BARBETTA, 1994, p. 19). Portanto, são os pacientes passíveis de serem entrevistados com o questionário da pesquisa, ou seja, o total de pacientes que demandam ao Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara em um ano (estimativa de 500 pacientes/ano).

Devido à grande diferença entre a população alvo e a população acessível, portanto, com risco de enorme viés ao generalizar os resultados da pesquisa para toda a população alvo, há a limitação de que esses resultados valem **apenas** para a população definida como acessível.

3.11. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS*:*

Para investigação dos pacientes quanto ao atributo tuberculose pulmonar foi utilizado um questionário estruturado.

Esse questionário (anexo 1) contém 23 questões objetivas mais um espaço para anotação dos resultados de exames. Esse conteúdo tem por objetivo dispor de uma fonte de dados baseada em várias fontes de informação (anamnese e exames subsidiários) para fins de diagnóstico presuntivo de tuberculose pulmonar com maior confiabilidade (KORAN, 1975).

Para avaliar a consistência lógica e o formato do questionário foi realizado, previamente ao estudo, um pré-teste nos meses de agosto e setembro de 1999.

Foram entrevistadas 20 pessoas sobre o conteúdo do questionário nessa fase de pré-teste. Na ocasião o questionário mostrou-se exequível havendo, ainda, algumas modificações em conteúdo e forma até a confecção de sua versão final no mês de setembro de 1999.

Na segunda etapa da pesquisa foram utilizados questionários não estruturados:

a- junto a amostra de 27 pacientes (anexo 2) para obter informações sobre conhecimento a respeito da existência do serviço, motivo de procura pelo mesmo e local aonde procuram atendimento quando se sentem doentes.

b – junto aos 12 profissionais que fazem acolhimento (anexo 3) aos novos pacientes que chegam ao Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara. Esse questionário visava obter informações sobre o fluxo interno de pacientes a partir do acolhimento, particularmente o encaminhamento para atendimento pelos médicos clínicos.

3.12. APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS*:*

A aplicação do questionário estruturado para investigar tuberculose pulmonar nos pacientes foi realizada durante a consulta médica a que foram submetidos no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara pelos dois médicos clínicos da instituição. Tempo médio da entrevista: 08 minutos.

Esses dois profissionais, previamente treinados, estabeleciam um "rapport" inicial oferecendo informações acerca dos objetivos da pesquisa, esclarecendo e orientando dúvidas que porventura surgissem. (GOODE & HATT, 1972, p. 245 – 250)

Aplicamos pessoalmente a pacientes e profissionais do serviço os outros dois questionários não estruturados utilizados ao final dessa etapa da pesquisa, nos meses de setembro e outubro de 2000.

3.13. EXAMES RADIOLÓGICOS:

Considerando as características dos pacientes pesquisados no que se refere às suas percepções sobre doença e sua inserção no serviço de saúde e a maior disponibilidade do exame radiológico, esse último foi oferecido a todos os pacientes dessa pesquisa.

Devido às nossas limitações financeiras e de recursos humanos as leituras dos RX de tórax da pesquisa foram feitas pelos três médicos envolvidos no estudo (um infectologista **e** dois clínicos).

3.14. PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA: 01/ 08 / 1999 a 31/ 10 / 2000.

3.15. ESTRATÉGIA E TREINAMENTO DE PESSOAL PARA A PESQUISA:

A partir de fevereiro de 1998 foram iniciados contatos com a Coordenação do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara a fim de realizar a pesquisa proposta. Desde então foram realizadas reuniões com essa coordenação e com os dois médicos clínicos do serviço por ela indicados como colaboradores no planejamento e execução da pesquisa.

O texto do projeto de pesquisa apresentado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP com suas subsequentes alterações serviu como subsídio de discussão ao longo de 1998.

Foram apresentados os objetivos da pesquisa, as razões da escolha do serviço como local para a sua realização, os benefícios que os resultados da pesquisa poderiam trazer para a saúde dos pacientes participantes (quimioprofilaxia ou tratamento dos casos no Centro de Referência em DST/AIDS Jabaquara) e aspectos éticos e metodológicos implicados no estudo.

Desde abril de 1999 foram realizadas reuniões semanais específicas com os médicos clínicos do serviço, inicialmente para a confecção do formulário padronizado que foi aplicado aos pacientes para avaliar o risco de adoecer por tuberculose. Discutiu-se o fluxo de encaminhamento dos pacientes para realização de exames complementares como RX tórax e baciloscopia do escarro. Foram discutidos aspectos clínicos, radiológicos e epidemiológicos da tuberculose tendo como base textos de referência na literatura e documentos de órgãos governamentais com a finalidade de capacitação prévia da equipe (incluindo a nossa pessoa) para a execução da pesquisa a partir do segundo semestre de 1999.

Previamente à segunda etapa da pesquisa – aplicação dos questionários não estruturados junto a pacientes e profissionais do Centro de Referência em Farmacodependência – foi realizada reunião com membros da equipe do LACES do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Medicas da UNICAMP para discussão dos resultados da busca de casos efetuada, pertinência das hipóteses explicativas dos mesmos ; sobre o conteúdo e significado das perguntas desses questionários visando investigar algumas dessas hipóteses.

3.16. ASPECTOS OPERACIONAIS DA PESQUISA:

A pesquisa foi conduzida com a aplicação do questionário estruturado e a solicitação de RX tórax para todos os pacientes do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara encaminhados para avaliação aos dois médicos clínicos do serviço . Para os sintomáticos respiratórios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1995 e 1996) e/ou com RX tórax mostrando velamentos ou infiltrados nos campos pleuro-pulmonares compatíveis com a suspeita de tuberculose, estava indicada a solicitação de pelo menos 2 (duas) baciloscopias do escarro.

Para a realização dos exames radiológicos, baciloscopias do escarro e sorologia para o HIV foi utilizada a estrutura do Centro de Referência em DST/AIDS Jabaquara da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

O exame microscópico direto do escarro e o exame radiológico foram realizados seguindo as normas preconizadas pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995).

4. RESULTADOS

4.1. PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA:

A distribuição dos 160 pacientes estudados segundo caracteres pessoais de sexo e idade é apresentada abaixo.

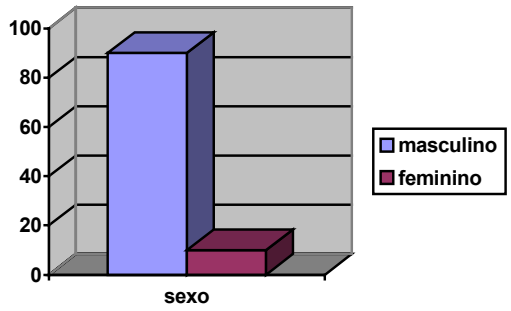


Gráfico 1: Distribuição da população estudada segundo sexo.

Tabela 1: Distribuição da população estudada segundo idade.

Faixa etária (anos)	Frequência	%	Freq. Corrigida
15 - 19	05	3,0	1,0
20 – 29	31	19,4	3,1
30 – 39	55	34,4	5,5
40 – 49	47	29,4	4,7
50 – 59	15	9,4	1,5
60 - 70	07	4,4	0,6
Total	160	100,0	

Podemos observar que trata-se de uma população majoritariamente masculina (89% de freqüência desse sexo contra 11% de mulheres) e na faixa etária de 20 a 49 anos de idade.

Quanto ao município de residência (tabela 2), embora a quase totalidade dos indivíduos pesquisados seja do município de São Paulo, observamos também outros municípios de origem desses pacientes.

Tabela 2: Distribuição da população estudada quanto ao município de residência.

Município	Frequência	%
São Paulo	156	98,63
Diadema	02	1,25
Osasco	01	0,60
Embu	01	0,60
Total	160	100,00

Dentro do município de S. Paulo, essa população se distribui em subdistritos (gráfico 2):

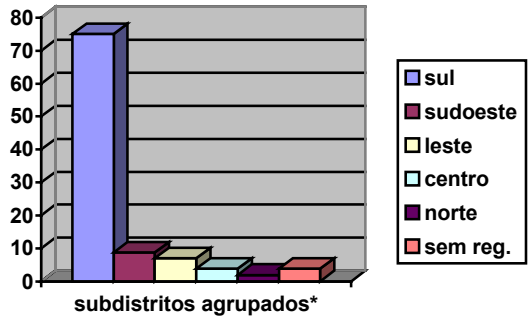


Gráfico 2: Distribuição da população estudada segundo subdistritos agrupados*:

*agrupamento arbitrário por área concêntrica a partir da área em que se localiza o Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara:

- sul: Jabaquara, Saúde, Vila Mariana, Ipiranga, Ibirapuera, Jardim Paulista
- sudoeste: Butantã, Santo Amaro, Capela do Socorro
- leste: Ermelino Matarazzo, Guaianazes, Itaquera, São Miguel Paulista, Vila Matilde, Penha de França, Tatuapé, Sapopemba, Vila Prudente.
- centro: Cambuci, Bela Vista, Brás, Santa Cecília
- norte: Pirituba, Brasilândia, Vila Maria

Essa divisão administrativa arbitrária do município de Sâo Paulo com subdistritos agrupados em áreas concêntricas a partir da área em que se localiza o Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara, demonstra que são atendidos no serviço pacientes da sua área de abrangência – correspondendo à da Administração Regional de Saúde 3 da Secretaria Municipal de Saúde - mas também pacientes de outras áreas do município. Alguns pacientes residem em áreas bem distantes do local em que se situa esse serviço, como por exemplo, na zona leste da capital. Preferem deslocar-se para atendimento naquela unidade para manter a sua privacidade – especialmente os usuários de drogas ilícitas.

Quanto à ocupação (tabela 3) observamos que 49% dos pacientes estudados encontravam-se desempregados no momento da entrevista. Entre os restantes, a maioria são trabalhadores ligados à iniciativa privada, nos setores secundário e terciário, com pouca qualificação profissional.

Tabela 3: Distribuição da população estudada segundo ocupação°

Ocupação	Frequência	%
Trabalhador construção civil	10	6,25
Trabalhador metalúrgico	04	2,50
Trab. produção indusrial	04	2,50
Empregado doméstico	06	3,75
Motorista veic. transp. Passageiro	05	3,10
Mecânico manut. veículos automotores	04	2,50
Trabalhadores de serviços	16	10.00
Vendedor do comércio	08	5,00
Outros vendedores	04	2,50
Trab. profissões técnicas / artísticas	06	3,75
Trabalhadores administrativos	05	3,10
Servidores administração pública	02	1,25
Não especificados anteriormente	06	3,75
Desempregados	78	48,75
Sem referência	04	2,50
Total	160	100,00

°adaptado da lista de ocupação principal e natureza da ocupação do Manual para Preenchimento do Imposto de Renda Pessoa Física, Ministério da Fazenda, 1997, p. 23.

Quanto à escolaridade (gráfico 3), 88% dos pacientes entrevistados tinham, no máximo, ciclo básico completo. Embora não tendo registrado outras variáveis, como renda familiar, para traçar um perfil sócio-econômico desses pacientes, considerando essa variável e o tipo de ocupação caracterizamos essa população de estudo como sendo, predominantemente, de baixo nível sócio-econômico.

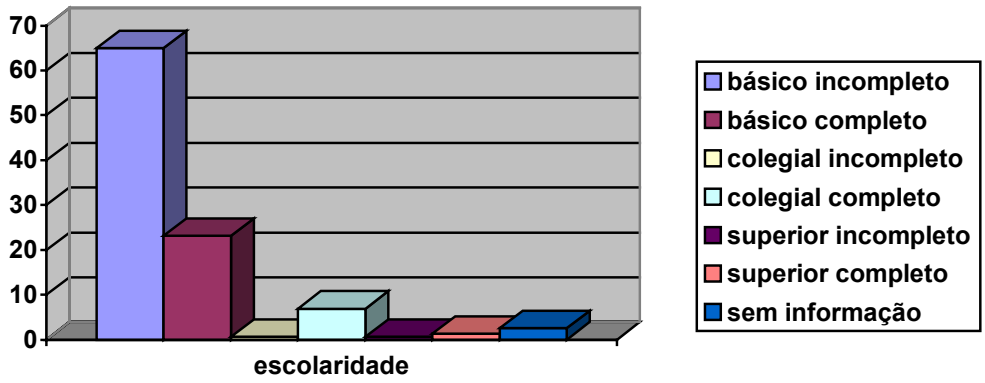


Gráfico 3: Distribuição da população estudada segundo escolaridade

Quanto aos sintomáticos respiratórios (tabela 4), na população estudada, encontramos 35% de indivíduos com esse atributo.

Tabela 4: Distribuição da população estudada segundo atributo de sintomático respiratório.

Sintomático Respiratório	total	%
Sim	57	35,62
Não	103	74,68
Total	160	100,00

Em relação aos antecedentes de tuberculose e de tratamento para a doença (tabela 5), 5,6% dos pacientes pesquisados apresentam a primeira característica, sendo que, exceto um, todos os demais relataram ter feito tratamento para a doença.

Tabela 5: Distribuição da população estudada segundo antecedente de tuberculose e de tratamento para a doença.

Antecedente tb.	Tratamento p/ tb.		total	%
	sim	não		
Sim	08	01	09	5,6
Não	00	151	151	94,4
Total	08	152	160	100,0

Quanto aos antecedente de tuberculose e de contato com indivíduos com tuberculose (tabela 6), cerca de 20% dos pacientes entrevistados relataram contato no passado com indivíduos com tuberculose; entre eles, 19% tinham antecedente de tuberculose. Entre os sintomáticos respiratórios, 8,8% relataram antecedente de tuberculose e 23% relataram contato com indivíduos com tuberculose.

Tabela 6: Distribuição da população estudada em relação aos antecedentes de tuberculose e de contato com casos da doença.

Antecedente tuberculose	Contato casos tb.		Total	%
	sim	não		
Sim	06	03	09	5,6
Não	25	126	151	94,4
Total	31	129	160	100,0

Quanto ao antecedente de contato com indivíduos com tuberculose e o local de contato (gráfico 4), observa-se predomínio do ambiente familiar como local de contato, com uma freqüência de 85%.

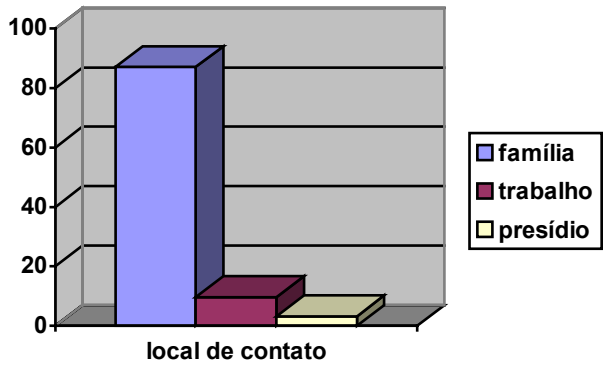


Gráfico 4: Distribuição dos pacientes que relataram antecedente de contato com indivíduos com tuberculose por local de contato.

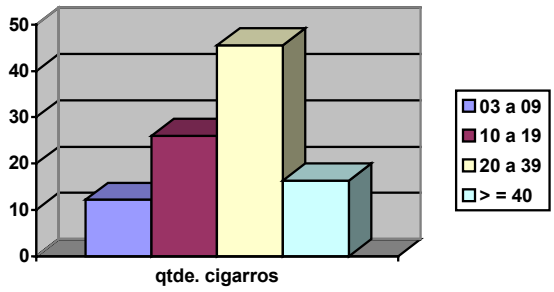
Quanto aos antecedentes de diabetes mellitus e a condição de portador do HIV, apenas dois e hum paciente, respectivamente, relataram tais condições.

Quanto ao antecedente de tabagismo correlacionando com o atributo de sintomático respiratório (tabela 7), nota-se a alta prevalência de tabagismo na população estudada (77%) e que cerca de 90% dos sintomáticos respiratórios fumam. Todos os nove pacientes com antecedente de tuberculose relataram que fumam. A interferência dessa variável nos resultados da pesquisa será abordado adiante.

Tabela 7: Distribuição da população estudada segundo os atributos de tabagismo e sintomático respiratório.

Tabagismo	sintomático resp.	Não sintomático resp.	total	%
Sim	51	72	123	76,9
Não	04	27	31	19,4
Sem inform.	02	04	06	3,6
Total	57	103	160	100,0

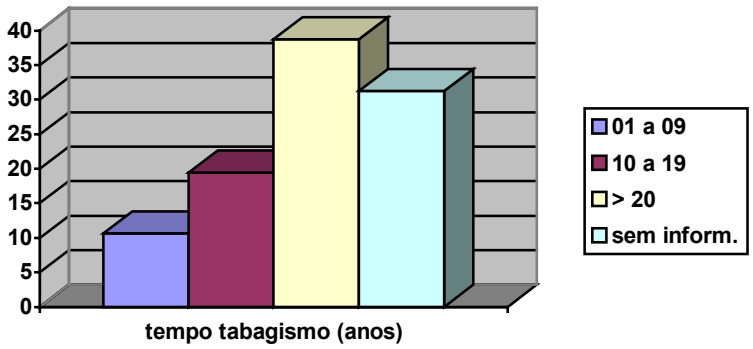
Quanto à quantidade de cigarros fumados diariamente pelos pacientes pesquisados (gráfico 5) observamos que a média é de um maço de cigarros por dia.



Média= 21 cigarros/dia mediana= 20 desvio padrão= 12,3

Gráfico 5: Distribuição da população estudada segundo quantidade de cigarros que fuma diariamente.

Entre os pacientes que declinaram ter o hábito de fumar (gráfico 6) o tempo de tabagismo é longo, com uma mediana de 20 anos.



Média=21 anos Mediana= 20 anos Desvio padrão= 10,6 anos

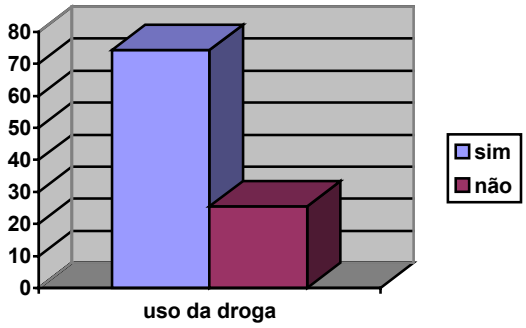
Gráfico 6: Distribuição dos fumantes quanto ao tempo de tabagismo.

Correlacionando o atributo de sintomático respiratório com a quantidade de cigarros fumados diariamente (tabela 8) pode-se observar que 56% dos sintomáticos respiratórios fumam 01 ou mais maços de cigarro por dia.

Tabela 8: Distribuição dos sintomáticos respiratórios em relação à quantidade de cigarros consumida diariamente.

Qtde. cigarros	Sintomático resp.	%	Não sint. resp.	total
3 – 9	08	14,0	07	15
10 – 19	10	17,5	22	32
20 – 39	25	43,8	31	56
>= 40	07	12,3	09	16
Sem informação	07	12,3	34	41
Total	57	100,0	103	160

Quanto ao uso ou não da(s) droga(s) na época da entrevista (gráfico 7) constata-se que 75% dos pacientes entrevistados declinaram esse uso atual.



■ não = em abstinência da droga há pelo menos hum mês.

Gráfico 7: Distribuição da população estudada quanto ao uso da(s) droga(s) na época da entrevista.

Quanto ao tipo de droga consumido pelos pacientes pesquisados (tabela 9) observamos o predomínio do álcool (56%). Em ordem decrescente de frequência, aparecem em seguida o crack (15%), cocaína inálavel (14%) e maconha (13%). Os benzodiazepínicos (2% de freqüência) são consumidos principalmente por mulheres na faixa etária acima dos 40 anos.

Tabela 9: Distribuição da população estudada quanto ao tipo de droga utilizado

Tipo de droga ▲	frequência	%
Álcool	127	56,0
Cocaína inalável	32	14,0
Maconha	29	13,0
Crack	34	15,0
Benzodiazepínicos	05	2,0
Total	227	100,0

▲ considerando que cada paciente pode usar uma ou mais de uma droga simultaneamente..

Todos os nove pacientes com antecedente de tuberculose foram atendidos no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara devido ao consumo de álcool. Em sete o álcool era a única droga consumida, nos dois restantes era consumida junto com crack e/ou maconha. Excetuando-se um desses nove pacientes, todos ingeriam álcool por um período superior a cinco anos em uma frequência diária ou pelo menos duas vezes por semana. Idem em relação ao tempo de uso e frequência de consumo das outras duas drogas. Lembrar comentário anterior sobre o nível sócio-econômico desses pacientes e o quanto essa variável interfere na disponibilidade de acesso às drogas.

Os pacientes sintomáticos respiratórios consumiam as seguintes drogas:

Tabela 10: Tipo(s) de droga(s) consumido pelos sintomáticos respiratórios.

Tipo de droga	frequência	%
Álcool	44	48,3
Cocaína inalável	16	17,6
Crack	16	17,6
Maconha	15	16,3
Total	91	100,0

Através da tabela 10, nota-se uma proporção de consumo de álcool um pouco menor e uma proporção ligeiramente maior de consumo das outras três drogas em relação ao total da população pesquisada. O significado dessa diferença iremos discutir adiante.

Entre os pacientes que se submeteram ao RX tórax durante a pesquisa (tabela 11), nove (5%) foram classificados como suspeitos de tuberculose. Em todos os casos suspeitos a imagem radiológica foi de infiltrado nos ápices pulmonares, não sendo encontrado nenhum caso com imagem cavitária.

Entre os nove casos com antecedente de tuberculose, sete tinham a imagem radiológica acima mencionada; nos dois casos restantes o RX tórax foi considerado normal.

Tabela 11: Distribuição da população estudada quanto ao resultado do RX tórax.

RX tórax	Frequência	%
Normal	119	74, 7
Suspeito tuberculose	09	5,2
Outras doenças	18	11,2
Não realizado	14	8,9
Total	160	100,0

Correlacionando o atributo sintomático respiratório com resultado do RX tórax (tabela 12), consideramos 12% desses pacientes suspeitos da doença.

Tabela 12: Resultado do RX de tórax nos sintomáticos respiratórios.

RX tórax	Frequência	%
Normal	36	63,1
suspeito tb.	07	12,3
outras doenças*	07	12,3
não realizado	07	12,3
Total	57	100,0

*quadro radiológico compatível com enfisema pulmonar

Em relação à baciloscopia do escarro (tabela 13), apenas 35% dos pacientes entrevistados foram submetidos a pelo menos uma baciloscopia do escarro.

Tabela 13: Distribuição da população estudada quanto à baciloscopia do escarro.

Baciloscopia escarro	frequência	%
Positiva	00	00
Negativa	56	35,0
Não realizada	104	75,0
Total	160	100,0

Correlacionando baciloscopia do escarro com o atributo de sintomático respiratório (tabela 14) observamos que entre os 66,7% de sintomáticos respiratórios que realizaram exame microscópico de escarro para bacilo álcool-acido-resistente **nenhum** apresentou a baciloscopia positiva. Os outros 33% de sintomáticos respiratórios não realizaram sequer uma amostra de exame microscópico do escarro para bacilo álcool-ácido-resistente.

Tabela 14: Distribuição dos sintomáticos respiratórios quanto à baciloscopia do escarro.

Baciloscopia escarro	Sintomático resp.	%	Não sintom. Resp.	Total
Positiva	00	00	00	00
Negativa	38	66,7	18	56
Não realizada	19	33,3	85	105
Total	57	100,0	103	160

Quanto ao número de amostras de escarro examinadas (tabela 15), apenas 44% dos pacientes examinados colheram duas ou mais amostras de escarro para baciloscopia. A cultura de escarro foi realizada em apenas três pacientes com resultado negativo.

Tabela 15: Distribuição dos pacientes examinados quanto ao número de amostras de escarro.

Amostras baciloscopia	frequência	%
01	31	55,4
02	20	35,7
03	03	5,3
04	02	3,6
Total	56	100,0

Nos pacientes pesquisados foi observado quanto à sorologia para o HIV (tabela 16) que os dois pacientes com sorologia positiva para o HIV não tinham antecedente de tuberculose.

Tabela 16: Distribuição da população pesquisada quanto à sorologia para HIV.

Sorologia HIV	Freqüência	%
Positiva	02	1,00
Negativa	38	23,75
Não realizada	120	75,25
Total	160	100,00

4.2. SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA:

4.2.1. **Respostas ao questionário de profissionais de saúde** que fazem acolhimento no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara- SMS/SP, outubro/novembro de 2000.

O acolhimento a usuários de álcool e droga-adictos (uso de drogas ilegais) era comum aos 12 profissionais que desenvolvem tal atividade no Centro de Referência em Farmacodependência até novembro de 1999. A partir de dezembro de 1999, com a constituição das mini-equipes de atendimento, esses profissionais foram divididos para fins do trabalho de acolhimento. Assim, foram constituídos três grupos de acolhimento: para alcoolistas, para usuários de drogas (ilícitas) adultos e para usuários de drogas adolescentes.

Tal divisão ampliou a complexidade de se tentar avaliar as respostas ao questionário aplicado através de categorias de análise, devendo ser considerados esses diferentes grupos na abordagem das respostas.

1- **Encaminhamento de pacientes para avaliação clínica**:

-**alcoolistas**: são encaminhados para avaliação clínica, devido ao comprometimento de seu estado geral, na sua totalidade ou em pelo menos 90% casos.

-**droga-adictos**: são encaminhados em menor frequência que os alcoolistas para avaliação clínica, na dependência de critérios discriminados na tabela 18. Foi difícil estipular essa proporção, ainda que de uma forma aproximada.

2- **Critérios para encaminhamento de pacientes para avaliação clínica** (tabelas 17 e 18):

Tabela 17: Critérios utilizados pelos profissionais que fazem acolhimento no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara para encaminhar pacientes **alcoolistas** para avaliação clínica:

Critérios	Freq.	%
Perda de peso	04	23.5
Distúrbios do sono	03	17.7
Dor no estômago	03	17,7
Doenças pregressas*	02	11,7
Tosse	02	11,7
Vômitos	01	5,9
Alteração da marcha	01	5,9
Alimentação irregular	01	5,9
Total	17	100,0

*diabetes mellitus e pancreatite (1), tuberculose (1).

Tabela 18: Critérios utilizados pelos profissionais que fazem acolhimento no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara para encaminhar pacientes **droga-adictos*** para avaliação clínica:

Critérios	Freq.	%
Tosse/dispnéia	07	23,7
Distúrbios do sono	04	13,3
Dor no estômago	04	13,3
Emagrecimento	04	13,3
Alimentação deficiente	02	6,6
Relação sexual s/ preservativo	02	6,6
Lesões cutâneas	02	6,6
Doenças pregressas**	02	6,6
Solicitação do paciente	02	6,6
Uso de droga injetável	01	3,4
Total	30	100,0

*pacientes que usam outras drogas, exceto álcool (cocaína, crack, maconha)

** hepatite (1), hipertensão e tuberculose (1).

3) **Adesão do paciente ao serviço**:

Foi difícil fazer uma avaliação objetiva dessa questão devido a subjetividade do seu significado na medida em que não conseguimos definir um critério de adesão, seja com referencial externo ou interno à pesquisa. Essa avaliação depende também do tipo de droga consumido. Uma tendência nas respostas é apontar a maior adesão dos alcoolistas ao serviço se comparados com os droga-adictos, principalmente se estes forem adolescentes.

4.2.2. **Respostas ao questionário de pacientes** do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara – SMS/SP, setembro/outubro de 2000.

Foram entrevistados 27 pacientes nessa segunda etapa da pesquisa para se saber como conheceram o serviço, motivo da procura, locais em que busca atendimento para agravos à saúde e antecedentes de internação hospitalar e de tratamento prolongado para doenças.

A seguir são apresentados os dados tabulados referentes às respostas desses pacientes obedecendo à ordem em que as perguntas foram formuladas.

1) **Conhecimento dos pacientes sobre o Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara** (tabela 19):

Tabela 19: Formas de conhecimento dos pacientes sobre o Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara:

Formas de conhecimento	Frequência	%
Profissional saúde serviço correlato*	09	33,3
Profissional saúde serv. não correlato*	02	7,4
Outros pacientes que utilizam serviço	05	18,5
Através de familiar ou amigo	04	14,8
Psiquiatra do C.R. Farmaco. que o atendeu em outro serviço correlato*	04	14,8
Profissionais do poder judiciário*	02	7,4
Casa de apoio aos usuários de drogas*	01	3,7
Total	27	100,0

*encaminhamento

Como se pode observar na tabela 19, apenas 4% dos pacientes que demandam ao serviço foram encaminhados por casas de apoio que prestam auxílio aos usuários de drogas. Como elas atraem para si um grande número de usuários de drogas que necessitam de atendimento especializado para a dependência química, há necessidade de contato de profissionais do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara com representantes dessas entidades para esclarecer se elas desconhecem a existência do serviço ou não estão encaminhando pacientes para tratamento.

2) **Motivo da procura do atendimento** no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara: todos os pacientes entrevistados responderam que o motivo da procura foi para tratamento da dependência a álcool e/ou outras drogas. Como resposta complementar sete pacientes relataram a busca ao serviço para-tratamento de problemas psicológicos relacionados ao uso de drogas.

3) **Local de atendimento quando se sente doente** (tabela 20):

Tabela 20: Local de procura de atendimento dos pacientes entrevistados quando se sentem doentes:

Local de atendimento	Frequência	%
Hospitais gerais*	13	48,2
UBS da região do CRF**	05	18,5
UBS de outras regiões	03	11,1
C. R. Farmacodependência	04	14,8
UBS de outros municípios•	02	7,4
Total	27	100,0

*Hospital Dr. Arthur R. Saboya/ SMS-SP, Hospital São Paulo/UNIFESP

**Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara

• Diadema, Carapicuíba.

4)Antecedente de internação hospitalar: 10 (37%) dos pacientes entrevistados responderam positivamente a esse quesito. Os locais aonde ocorreu a internação com as respectivas justificativas são:

-Hospital Sanatorinhos de Campos Jordão para tratamento de tuberculose;

-Hospital Municipal da Saúde para tratamento de mancha no pulmão e pneumonia;

-Hospital Municipal Arthur Ribeiro Saboya para tratamento de intoxicação alcoólica e leptospirose;

-Hospital Ipiranga/SES: tratamento de intoxicação alcoólica;

-Hospital Psiquiátrico Água Funda/SES: tratamento de dependência química e problemas psiquiátricos;

-Hospital Servidor Público Estadual: intoxicação alcoólica/problema de próstata;

-Clínica Evangélica de São Bernardo do Campo: para desintoxicação de drogas.

5)Antecedente pessoal de tratamento prolongado para doenças: apenas cinco (18,5%) dos pacientes entrevistados relataram esse fato, com a freqüência de um caso para cada uma das causas abaixo listadas:

-tuberculose pleural durante 04 meses (Hospital São Paulo/UNIFESP e Centro de Saúde de Vila Mariana/UNIFESP);

-tuberculose pulmonar: primeiro tratamento com duração de 18 meses - início em Hospital de Campos do Jordão, término em UBS na região da Sé – São Paulo/SP; segundo tratamento com duração de 06 meses em UBS de Diadema;

-diabetes mellitus e hipertensão arterial: tratamento no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara;

-gastrite: tratamento durante 03 meses em UBS do bairro em que reside paciente;

-problema de próstata: em tratamento desde 1998 no Hospital do Servidor Público Estadual.

5. RESULTADOS

Uma avaliação preliminar dos resultados da pesquisa traz a indagação: por que não foram diagnosticados casos de tuberculose pulmonar nos pacientes estudados?

Algumas hipóteses explicativas para o fato:

1. Não se diagnosticou nenhum caso de tuberculose pulmonar em atividade nesses pacientes devido aos **dados incompletos** dos exames subsidiários, principalmente baciloscopia e cultura de escarro.

2. Teria havido um **viés interno** de seleção de pacientes para participarem da pesquisa considerando o processo de encaminhamento desses pacientes para avaliação clínica dentro do serviço. Explicando: os pacientes são encaminhados para avaliação clínica a partir do primeiro atendimento no Centro de Referência em Farmacodependência (acolhimento) feito por profissional não médico ou em algum momento do seu acompanhamento ambulatorial por esse tipo de profissional ou pelo médico psiquiatra. Como os participantes da pesquisa foram apenas aqueles pacientes que estavam sendo submetidos pela **primeira vez** à avaliação clínica, será que esse processo de triagem de pacientes para participar da pesquisa poderia ter influenciado seus resultados no sentido de **excluir** casos de tuberculose em atividade.

3. Haveria um **viés externo** de seleção de pacientes, de tal forma que chegariam ao serviço apenas pacientes sem a doença em atividade ou que já trataram de tuberculose pulmonar em períodos anteriores ao início do seu atendimento no Centro de Referência em Farmacodependência.

Vamos discutir cada uma dessas hipóteses explicativas.

5.1. INQUÉRITO BACTERIOLÓGICO: DADOS INCOMPLETOS

A investigação dos casos suspeitos de tuberculose com exames bacteriológicos de escarro foi incompleta.

Inicialmente caberia uma crítica à metodologia empregada, em que não se privilegiou a busca de casos em sintomáticos respiratórios através dos exames bacteriológicos do escarro no início da pesquisa.

Entre os 57 sintomáticos respiratórios apenas 66,7% realizaram baciloscopia do escarro (tabela 14) e, dentre eles, apenas 44% colheram mais de uma amostra de escarro para exame microscópico (tabela 15). Esses dados não diferem muito do observado no município de Ribeirão Preto nos anos de 1993 e 1994, ou seja, não foram realizadas baciloscopias do escarro, respectivamente, em 34,7 e 33,3% dos casos de tuberculose pulmonar notificados. No período de 1993 a 1997, não foram realizados baciloscopias em 26% desses casos (Secretaria Municipal da Saúde appud WATANABE, 1999).

A cultura de escarro foi feita em apenas 03 pacientes. Foram submetidos ao RX tórax 50 pacientes sintomáticos respiratórios e 07 não fizeram tal exame (tabela 12).

Esses dados evidenciam, pelo menos, dois problemas:

1. deficiências na organização do Centro de Referência em DST/AIDS Jabaquara para coletar de forma adequada amostras de escarro e para processar os exames bacteriológicos (pesquisa de bacilo álcool-ácido-resistente e cultura do bacilo de Koch) nesse material com controle de qualidade laboratorial.

2. não adesão dos pacientes a se submeterem a exames subsidiários. Esse aspecto merece destaque. A frequência alta de faltas nos retornos agendados no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara nos dá uma evidência da dimensão da não aderência desses pacientes ao serviço. O fato de muitos desses pacientes não assumirem sequer o comportamento de usar drogas como problema de saúde, também contribui para esse resultado.

Quanto aos problemas de ordem organizacional, ligados à estrutura dos serviços de saúde, são apresentados alguns comentários.

Com a implantação do Programa de Assistência à Saúde (PAS), em 1996, na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, foi atribuído a algumas unidades básicas de saúde municipalizadas o atendimento específico a doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, sem que houvesse um planejamento e um processo organizado a nível macro-estrutural para subsidiar essa nova atividade.

A direção da Secretaria Municipal de Saúde se omitiu em relação à continuidade dos programas de controle da tuberculose e hanseníase que vinham sendo desenvolvidos nessas unidades municipalizadas, o que representou um caos administrativo e de assistência. No caso específico do recém criado Centro de Referência em DST/AIDS Jabaquara houve uma decisão de sua direção no sentido da continuidade desses programas, aproveitando-se dos recursos do antigo Centro de Saúde da Secretaria Estadual de Saúde ali instalado: um aparelho de Raio X obsoleto e um laboratório de análises clínicas que ocupa uma área no interior do prédio.

Para operar o aparelho de Raio X foram designados dois técnicos, funcionários públicos municipais. O aparelho voltou a funcionar de forma precária devido à falta de assistência técnica para manutenção, falta de suprimento adequado de material de consumo (filmes, reveladores, etc). Os técnicos de Raio X não cobrem os três períodos diários de funcionamento da unidade e nos períodos de férias e faltas desses profissionais o aparelho deixa de ser operado.

O laboratório de análises clínicas era, originalmente, uma unidade regional do Instituto Adolfo Lutz (IAL). Com a reestruturação do IAL, deixou de pertencer à sua rede de unidades, ficando seus recursos materiais e humanos sob gerenciamento direto da Divisão Regional de Saúde 1 (DIR 1) da Secretaria Estadual da Saúde.

A partir da implantação do Centro de Referência em DST/AIDS na unidade, o laboratório de análises clínicas passou a prestar serviços para as atividades desse programa e dos programas de hanseníase e tuberculose. Para esse último desiderato, recebeu a suplementação de técnicos municipais que se incumbiram de montar e operar a seção de bacteriologia para tuberculose.

Em 1997, foi implantado o exame microscópico para bacilo álcool-ácido-resistente no escarro. O controle de qualidade desse exame é feito, desde então, pelo recém criado Laboratório Regional do Brooklin, ligado á Secretaria Municipal de Saúde.

A partir de agosto de 1999, passou-se a dispôr de cultura para bacilo de Koch nesse laboratório, com o controle de qualidade também do Laboratório Regional do Brooklin.

Desde a desvinculação do laboratório de análises clínicas do Instituto Adolfo Lutz, faltou um órgão de coordenação com experiência para supervisionar e efetuar o devido controle de qualidade dos exames aí processados. Também para garantir o funcionamento contínuo do laboratório nos períodos matutino e vespertino no sentido de processar os exames bacteriológicos para tuberculose logo após a sua chegada naquele local.

Esse último aspecto foi comentado porque tivémos dificuldade para a recepção e processamento de amostras de escarro colhidas no período vespertino em várias oportunidades.

A equipe de enfermagem também desempenha papel importante no fluxograma para realização dos exames bacteriológicos de escarro para tuberculose pulmonar. Orientam os pacientes quanto a coleta do material (número de amostras, tipo de material a ser colhido, horário da coleta) e se responsabilizam por encaminhar as amostras de escarro colhidas para o laboratório.

Problemas de escala, ausências devido a faltas ou não cumprimento de horário e carência desses profissionais para compor o quadro de pessoal acarretaram que, em certos períodos do dia, o paciente, de posse do pedido de exame de escarro, não recebesse a orientação devida e os potes para coleta de escarro.

Esses são alguns dos problemas vivenciados durante a pesquisa no sentido de tentar realizar os exames subsidiários nos pacientes do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara. Esses problemas se repetem na rotina de funcionamento do Centro de Referência em DST/AIDS Jabaquara da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

5.2. VIÉS INTERNO DE SELEÇÃO DE PACIENTES

Quanto à possibilidade de **viés interno** de seleção de pacientes, os resultados do questionário aplicado junto aos profissionais que fazem acolhimento a pacientes no Centro de Referência em Farmacodependência (segunda etapa da pesquisa), a nosso ver, descartam essa hipótese explicativa.

5.3.VIÉS EXTERNO DE SELEÇÃO DE PACIENTES

Um **viés externo** de seleção de pacientes que chegam ao Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara é corroborado pelas respostas dos pacientes ao questionário a eles aplicado na segunda etapa da pesquisa. Esse segundo questionário buscava compreender o fluxo desses pacientes **antes** do primeiro atendimento no referido serviço, a motivação para essa procura, locais de atendimento para problemas que afetavam a sua saúde e seus antecedentes mórbidos em relação a internações hospitalares e tratamentos de longa duração para doenças.

As respostas às questões como vieram conhecer o Centro de Referência em Farmacodependência mostram que isso se faz, principalmente, através de encaminhamento de profissionais da área de saúde mental de outros serviços (33,3% das respostas) ou de psiquiatras do próprio serviço que atenderam o paciente anteriormente em outro serviço congênere (14,8%) ou através de casas de apoio a usuários de drogas (3,7%) - essas condições, em conjunto, correspondem a 51,85% das respostas.

Como outra opção para conhecer o serviço aparece a informação proveniente de outros pacientes que frequentaram o serviço (18,5%).

Considerando as opções acima e o encaminhamento através de profissionais de Unidades Básicas de Saúde (7,4% das respostas) e poder judiciário (7,4% das respostas) - todas as opções anteriores correspondem a 85% das respostas – observamos que o conhecimento a respeito da existência do Centro de Referência em Farmacodependência é bastante restrito. Aqui aparece um aspecto de um processo de seleção externa de pacientes que procuram o serviço, uma das hipóteses que pleiteamos para explicar os resultados da pesquisa.

A respeito do motivo de procura de atendimento no Centro de Referência em Farmacodependência , todos os 27 pacientes entrevistados responderam que o motivo foi para abordagem específica do problema de uso de álcool e/ou outras drogas.

Ao serem indagados sobre o local que procuram para atendimento quando se sentem doentes, 48% referiram hospitais gerais (principalmente o Hospital Municipal Dr. Arthur Ribeiro Saboya e o Hospital São Paulo da Escola Paulista de Medicina, situados na região do Centro de Referência em Farmacodependência). O modêlo "hospitalocêntrico" foi constatado no atendimento aos casos de tuberculose em Ribeirão Preto/SP, considerando mesmo os casos sem a co-infecção com o HIV, o que contraria o preconizado nas normas do Programa de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde (WATANABE, 1999).

A seguir, aparecem como locais procurados para atendimento as Unidades Básicas de Saúde da região (18,5%) ou de outras regiões e municípios (18,5% das respostas). Portanto, apenas 15% desses pacientes procuram atendimento direto no C.R. em Farmacodependência Jabaquara quando se sentem doentes.

Vale lembrar que alguns desses pacientes residem em áreas distantes do C. R. em Farmacodependência Jabaquara ou em outros municípios (vide no ítem resultados, o gráfico 2 e a tabela 2) e porisso preferem buscar atendimento em Unidades Básicas de Saúde próximas ao local de moradia.

Para primeiro atendimento de casos de intoxicação aguda por drogas e outras patologias observa-se que os Pronto-Socorro dos hospitais gerais são as referências. Para casos que exigem internação para desintoxicação, além dos dois hospitais acima mencionados, também merece menção o Hospital Psiquiátrico da Água Funda da Secretaria Estadual da Saúde (vide respostas à questão 4 do questionário aplicado a pacientes na segunda etapa da pesquisa).

Os dados mostram que a maioria desses pacientes procuram outros serviços de saúde que não o Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara quando se sentem doentes, seja, pelos quadros de intoxicação aguda por drogas ou por outras patologias.

O afluxo de pacientes àquele serviço decorre de uma demanda específica relacionada ao uso de drogas, visando iniciar, reiniciar e, principalmente, dar continuidade ao tratamento em regime ambulatorial. Outras evidências, nesse sentido, são as respostas a antecedentes de internação hospitalar e de tratamento de longa duração (maior que hum mês) para doenças dos pacientes com antecedente de tuberculose (vide respostas às questões 04 e 05 do questionário acima mencionado).

Todos esses comentários reforçam a hipótese de uma **seleção externa** de pacientes que chegam ao Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara.

Uma busca de casos de tuberculose pulmonar envolve outros problemas além dos já mencionados.

5.4. DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR

A definição de caso de tuberculose pulmonar do Ministério da Saúde (1995), na sua parte final, não é clara, dificultando a operacionalização dessa variável (KORAN, 1975; ABRAMSON, 1990). Tal definição tem fins operacionais visando instrumentalizar as unidades básicas de saúde para o diagnóstico e tratamento dos casos bacilíferos, que têm maior impacto epidemiológico na transmissão.

Na medida que direciona o diagnóstico para os casos bacilíferos, não esclarece os critérios diagnósticos para os casos de tuberculose pulmonar em que a baciloscopia do escarro é **negativa**.

Essa última condição não é tão infrequente, seja na rotina de unidades distritais de saúde aonde o programa de controle da tuberculose está sendo implementado ou em Hospital Universitário de nível terciário. No período 1993-97, dos casos de tuberculose

pulmonar notificados à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, a proporção de baciloscopias de escarro negativas foi de **28%** e entre os casos da doença notificados no Hospital das Clinicas dessa cidade, **25%** apresentaram baciloscopia do escarro negativa (WATANABE, 1999).

Isso decorre da complexidade do diagnóstico de tuberculose, mesmo se considerarmos apenas a forma pulmonar. Trata-se de uma doença **polimórfica** no indivíduo imunocompetente e, principalmente, nos indivíduos com deficiência da imunidade celular. Nesse sentido, observe-se a seguinte transcrição:

"O diagnóstico definitivo de tuberculose requer a demonstração do *Mycobacterium tuberculosis* de secreções ou tecidos do hospedeiro infectado junto com um quadro clínico compatível da doença.

Como o quadro clínico é muito variável, isso dificulta o diagnóstico. Por exemplo, muitos pacientes são assintomáticos e não têm anormalidades no exame físico; outros apresentam achados não específicos como febre de etiologia desconhecida, perda de peso, etc;

...e, ainda, resta uma pequena fração de pacientes que são corretamente diagnosticados como tuberculose mesmo falhando todas as tentativas para se obter exames bacteriológicos e histológicos confirmatórios. Para essa última alternativa, o diagnóstico se baseia em dados epidemiológicos, RX de tórax seriados e resposta a teste terapêutico específico" (BATES, 1979).

Como referido o quadro clínico de tuberculose é muito variável e o médico deve estar atento para esse fato.

Na tuberculose pulmonar primária, mais comum na infância mas que pode aparecer na vida adulta, do ponto de vista clínico-radiológico podem ser encontrados derrame pleural e/ou adenopatia hilar. Na tuberculose pós-primária do adulto, os achados clínico-radiológicos são ainda mais variados pois, além dos achados comuns, podem ocorrer: comprometimento restrito ao lobo inferior, tuberculose miliar e tuberculomas associados a uma proporção de até 20% dos casos assintomáticos (KHAN et al., 1977).

Em conclusão: tuberculose pulmonar ativa não pode ser excluída com base na ausência de sintomas, exame microscópico direto do escarro inicalmente negativo para bacilo álcool-ácido-resistente e prova tuberculínica não reatora (KENT & SCHWARTZ, 1967; KHAN et al., 1977; NARAIN et al., 1971).

Podemos comprovar isso em nossa experiência clínica com casos de tuberculose miliar, casos assintomáticos com achado casual de nódulos pulmonares à radiologia simples e/ou tomografia de tórax que, após biópsia pulmonar, foram encaminhados para tratamento de tuberculose e casos com outros padrões radiológicos com exames bacteriológios do escarro negativos.

Embora a importância epidemiológica **imediata** desses casos – em têrmos de transmissão da doença – seja insignificante, devemos considerar os aspectos médico-social e ético envolvidos nessa avaliação. Por essa razão e por serem casos que poderão evoluir, no futuro, para formas de comprometimento pulmonar correspondentes à disseminação brônquica com potencial de transmissão através da tosse, esses casos também precisam ser diagnosticados e tratados.

Para tal desiderato não basta apenas contar com retaguarda laboratorial para os exames bacteriológicos. Há necessidade de maiores recursos em serviços auxiliares de diagnóstico mas, sobretudo, uma **abordagem clínica** de qualidade para conduzir adequadamente esses casos no sentido de confirmação diagnóstica e tratamento visando à cura. Para realçar esse fato, reiteramos as palavras de GODOY (1994) ao se referir à importância da semiologia:

"Costumo citar o seguinte trecho de um artigo de Peabody que muito bem atesta o que acabamos de expor: '*What is spoken as a 'clinical picture' is not just a photograph of a man sick in bed; is a* ***impressionistic painting*** *of the patient surrounded by his home, his work, his relations, his friends, his joys, sorrow, hopes and fears*.'

5.5. ATRIBUTO DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO COMO INDICADOR CLÍNICO PARA A SUSPEITA DE TUBERCULOSE PULMONAR NA POPULAÇÃO ESTUDADA

Na população estudada observa-se alta frequência do hábito de fumar cigarros de papel (tabela 7) que, acrescido ao hábito de fumar crack e/ou maconha (tabela 9) explicam a alta prevalência de sintomáticos respiratórios na amostra, ou seja, **35%** (tabela 4). Para fins comparativos, na "Campanha de busca ativa de casos de tuberculose" do Estado de São Paulo, realizada entre 17/11 a 01/12/2000, foram identificados como sintomáticos respiratórios **3,4%** de um universo de 2.400.000 pessoas (Divisão de Tuberculose, CVE/SES-SP, 2001).

Ao analisarmos especificamente os pacientes com esse atributo, verificamos que 90% desses pacientes fumam (tabela 7), que 56% fumam 01 ou mais maços de cigarro por dia (tabela 8) e que, no momento da entrevista, o hábito de fumar crack e maconha nos sintomáticos respiratórios é ligeiramente superior ao da população estudada em geral (tabela 10).

Essa característica sócio-cultural intrínseca da amostra de usuários de drogas estudada a distingue da população em geral. Como consequência, o atributo sintomático respiratório na população pesquisada, dado a alta prevalência de tabagismo aí verificada, tem uma alta sensibilidade porém uma **baixa** especificidade como referencial clínico (teste) para a triagem de pacientes com suspeita de tuberculose pulmonar.

Considerando a maior prevalência da doença em usuários de álcool e outras drogas comparativamente com a população geral, fica comprometida a validade (acurácia) desse teste. Eis uma das limitações da metodologia de busca de casos utilizada nessa pesquisa.

5.6. EXAMES MICROSCÓPICOS DIRETOS DO ESCARRO

A metodologia proposta pelo Ministério da Saúde (1995), tem por objetivo propiciar uma ampla cobertura populacional com exame direto de escarro nos sintomáticos respiratórios. Portanto, a simplicidade, aceitabilidade e, principalmente, o custo operacional são propriedades importantes do teste diagnóstico a ser utilizado. Porém, se a finalidade é a pesquisa e o diagnóstico de casos, são de fundamental importância outras propriedades como a acurácia e precisão desse teste (SACKETT & HOLLAND, 1975).

Nesse sentido, vários estudos têm demonstrado que a microscopia de fluorescência tem sensibilidade muito maior do que o exame direto de escarro com a técnica de coloração de Ziehl-Nielsen, método clássico utilizado na rotina dos laboratórios dos serviços de saúde (BATES, 1979).

Na microscopia de fluorescência, o número de bacilos observados em áreas equivalentes de preparações em duplicata foi de 3,65 vezes o número visto pela coloração de Ziehl-Nielsen, ou seja, um incremento de 365%! (RICHARDS et al.,1941).

KOCH & COTE (1965) num estudo comparativo entre esses dois métodos demonstraram que, utilizando como material o escarro, o incremento de resultados positivos utilizando-se a técnica de microscopia de fluorescência com auramina é de 43%. Em amostras de fragmentos de tecidos com diagnóstico histopatológico de tuberculose, fazendo-se a correlação anátomo-clínica, a maior sensibilidade do método de fluorescência é marcante nos casos cujo diagnóstico clínico era de tuberculose pulmonar inativa e em casos aonde esse diagnóstico sequer foi aventado (Idem, ibidem).

Como os valores preditivos de um teste são diretamente proporcionais à prevalência da doença na população em foco e considerando a prevalência em declínio de tuberculose nos Estados Unidos, BOYD & MARR (1975), fizeram um estudo retrospectivo da co-positvidade de 4570 amostras de escarro com resultados conhecidos dos exames bacteriológicos. A co-positividade do exame direto de escarro com coloração pelo método de Ziehl-Nielsen com a cultura desse material foi de 45%, a "fração relativa" de resultados falso-positivos foi de 55%; mas, sobretudo, na população de pacientes estudada aonde havia poucos casos de doença cavitária, a baciloscopia falhou em detectar **78%** das amostras pareadas de cultura positivas, demonstrando a baixa sensibilidade dessa técnica.

Utilizando a técnica de microscopia de fluorescência com auramina e abordando também população hospitalar em área de baixa prevalência de tuberculose – coeficiente de 14/100.000 habitantes -, POLLOCK & WEIMAN (1977) encontraram uma co-positividade entre baciloscopia e cultura de escarro de 92,5%, resultado que contrasta com o do estudo anterior.

Diante desses resultados contraditórios, e, no contexto de baixa prevalência da doença já citado, BATES (1979) assinala que o clínico precisa estar seguro que os exames de escarro são de maior utilidade "quando há uma boa evidência clínica de tuberculose".

Pelos comentários anteriores fica evidente que o bom desempenho da baciloscopia do escarro na busca de casos para tuberculose pulmonar deve considerar os aspectos epidemiológicos da população sob estudo (no nosso caso, não conhecemos a prevalência de tuberculose na população de usuários de drogas) e as propriedades do teste que está sendo utilizado com fins de diagnóstico (características intrínsecas: sensibilidade e especificidade, valores preditivos, precisão).

Permeando essa análise crítica, destacamos o papel do médico assistente (BATES, 1979) pois, como assinala GODOY (1994):

"... uma observação clínica bem feita possibilita a crítica dos exames laboratoriais, ou seja, a análise da sua compatibilidade com o diagnóstico clínico. ....esse estudo crítico leva o clínico a aprimorar sua experiência ... (pois) de forma alguma (os exames laboratoriais) devem substituir o exame clínico. Quanto mais conhecermos um exame subsidiário, menos escravos seremos dele."

Como essas observações são importantes para a avaliação de casos suspeitos de tuberculose pulmonar fizémos a transcrição do diagnóstico de tuberculose segundo BATES (1979). O conhecimento dos quadros clínicos da doença e de como conduzir a investigação de um caso suspeito são fundamentais já que a "classificação dos doentes de tuberculose pulmonar" do MINISTÉRIO DA SAÚDE (1995, p.13 e 14) é confusa ao definir "tuberculose pulmonar negativa" no adulto e ainda mais confusa ao definir o "diagnóstico da tuberculose infantil".

Considerando os comentários sobre diagnóstico de tuberculose pulmonar e sobre os exames bacteriológicos diretos de escarro, a metodologia de busca de casos preconizada pelo Ministério da Saúde deve ser avaliada criticamente de acordo com as condições específicas de cada pesquisa. Devem ser consideradas a população alvo do estudo, o lugar aonde a pesquisa será realizada, enfim, os diferentes contextos sócio-culturais e de recursos humanos e materiais dos serviços de saúde aonde a pesquisa será realizada.

5.7. AVALIAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA (QUESTIONÁRIO E RX TÓRAX):

Uma avaliação do desempenho dos instrumentos de medida utilizados – questionário e exame radiológico de tórax –, nas propriedades fundamentais: a validade e a confiabilidade (ALMEIDA FILHO, 1989), é pertinente.

Para a busca de casos de tuberculose pulmonar a utilização de um questionário **estruturado** aplicado através de entrevista pessoal pelos dois médicos clínicos do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara foi um elemento facilitador se considerarmos a tipologia dos pacientes estudados, a escassez de pessoal e de recursos financeiros para a pesquisa.

Sendo tuberculose pulmonar e uso de drogas variáveis **qualitativas** esse tipo de instrumento de medida (nos aspectos de forma/conteúdo e modo de aplicação), pelo seu potencial de reprodutibilidade, aumenta a confiabilidade re-teste e de aplicação (ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL, 1992).

Porém, há várias restrições para a validação de sintomas respiratórios utilizados para diagnóstico presuntivo de doenças pulmonares quando são obtidos através de história clínica dos indivíduos investigados. COCHRANE et al. (1951) observaram grande variação na frequência de respostas positivas registradas em relação a alguns desses sintomas - como

tosse, expectoração e dispnéia - quando vários observadores médicos entrevistaram diferentes grupos de mineiros de carvão (alocação casual) utilizando-se do mesmo questionário. Adotando um sistema de graduação cuidadosa para definir dispnéia conseguiram reduzir a variação inter-observador. Mesmo assim, reconhecem que persistem bias do observador devido à subjetividade do julgamento médico e mesmo relutância em investigar variáveis em escala quantitativa (exemplo: a partir de que intensidade e frequência a tosse pode ser um sintoma indicativo de doença pulmonar?).

FAIRBAIRN et al.(1959), utilizando metodologia apropriada, ao avaliarem a variabilidade nas respostas a um questionário sobre sintomas respiratórios relacionados com o diagnóstico de bronquite crônica, também detectaram como problema principal as variações sistemáticas (bias) dos entrevistadores. Esses autores assinalam também as variações das respostas dos entrevistados e as relacionadas com o questionário utilizado (conteúdo e maneira de formular as questões). No que tange às respostas dos entrevistados, relatam que é impossível determinar a verdade sobre esses sintomas devido a êrros na informação prestada pelos indivíduos entrevistados. Como consequência, a acurácia dessas respostas pode ser calculada apenas pela sua reprodutibilidade. Apesar da reprodutibilidade ser uma condição necessária para a acurácia de um teste, essa última pode ser menor do que sua reprodutibilidade. Isso pode ser constatado se levarmos em consideração que um indivíduo pode omitir a informação sobre expectoração de catarro (falso-negativo) ou mesmo confundir os sintomas, como por exemplo borborigmo com chiadeira no peito (falso-positivo). Nessas condições pode ser garantida a reprodutibilidade das respostas, porém com prejuízo da acurácia (validade).

Os dois estudos acima mencionados visavam obter uma certa uniformidade na elaboração de questionário para investigar a prevalência de sintomas respiratórios em diferentes populações de trabalhadores do Reino Unido (mineiros de carvão e carteiros de um distrito de LONDRES, respectivamente).

Segundo FAIRBAIRN et al. (1959) até aquela data, ainda não havia concordância geral no conteúdo ou forma do questionário.

Portanto, a escolha de um questionário estruturado aplicado através de entrevistas pessoais pelos dois médicos do serviço teve como objetivo reduzir a variação inter-observador, uma maneira de aumentar a confiabilidade do instrumento. (ABRAMSON, 1990; KORAN, 1975)

Em relação aos exames radiológicos utilizados para o diagnóstico presuntivo de tuberculose pulmonar, o RX de tórax tem maior reprodutibilidade em comparação com sintomas obtidos na história clínica (vide comentários anteriores) e, sobretudo, com os sinais de alterações pulmonares provenientes do exame físico dos indivíduos pesquisados. (FLETCHER, 1952, APPUD EDITORIAL: Observer Error , **Lancet,** 1954)

BIRKELO et. al. (1947) recomendam, para inquéritos em massa utilizando RX tórax ou abreugrafia, que as leituras sejam feitas de forma independente por pelo menos dois intérpretes (radiologistas e/ou pneumologistas) para reduzir os vários tipos de bias possíveis, com destaque para as variações interindividuais e intraindividuais.

Os comentários anteriores **não** têm a finalidade de encobrir as falhas na coleta dos exames bacteriológicos de escarro nos sintomáticos respiratórios. Em se tratando de tuberculose pulmonar, o número de amostras de escarro, tipo de material coletado para exames bacteriológicos e retaguarda laboratorial com controle de qualidade dos exames processados são muito importantes.

5.8. MODÊLO DE ESTUDO UTILIZADO

Outro aspecto a ser comentado é o tipo de estudo realizado. Trata-se de um estudo descritivo, onde se afere a condição de ter tuberculose pulmonar em um dado momento. Mesmo utilizando vários instrumentos de medida (questionário, RX tórax e baciloscopia do escarro), o fato de serem aplicados **simultaneamente** permite apenas uma avaliação pontual. Na "Campanha de busca ativa de casos de tuberculose" do estado de São Paulo realizada no período de 17/11 a 01/12/2000, entre os 82.000 sintomáticos respiratórios identificados, foram realizadas 46.000 baciloscopias de escarro e descobertos 548 casos bacilíferos, o que corresponde a **0,68%** dos sintomáticos respiratórios e a 1,20% das baciloscopias colhidas (Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, 2001).

Esses dados mostram que, nos programas de controle da tuberculose, para fins de diagnóstico da doença, é importante estabelecer um processo de investigação de casos suspeitos que não se limite à baciloscopia do escarro nos sintomáticos respiratórios – observação pertinente, sobretudo, nos municípios do Estado de São Paulo que contam com uma infra-estrutura de serviços de saúde com recursos humanos e materiais de qualidade.

A experiência de investigação de casos suspeitos de tuberculose pulmonar mostra que a confirmação diagnóstica, algumas vezes, só ocorre após um período de seguimento do paciente com **reavaliações clínicas** e exames bacteriológicos de escarro seriados, o que demanda semanas ou meses.

Para finalizar, é da maior importância lembrar o contexto histórico em que essa pesquisa foi realizada.

Nos últimos 10 anos, a situação da endemia no município tem se agravado – segundo as estatísticas do Programa de Aprimoramento dos Dados de Mortalidade da Prefeitura de São Paulo (PROAIM), para o período de 1991 a 2000, foram registrados entre 600 e 700 óbitos por ano tendo como causa básica tuberculose. Buscando as causas desse fato, ao lado dos determinantes sócio-econômicos gerais do país e, particularmente, da área metropolitana da Grande São Paulo[3], merece destaque a **especificidade** da desestruturação do programa de controle da tuberculose no município cuja responsabilidade deve ser compartilhada pelos governos municipal e estadual.

[3] Na região metropolitana de São Paulo as taxas de desemprego passaram de cerca de 10% da população economicamente ativa (PEA) em 1990 para 18,3% da PEA em 1998! (Fundação SEADE, 1997/1998). Como conseqüência entre 1990 e 1994, a renda familiar per capita média sofreu um decréscimo de 11%, atingindo mais acentuadamente as famílias que já contavam com menor rendimento, aumentando a desigualdade social. No mesmo período, houve um aumento da parcela da população situada abaixo da linha da pobreza, passando de 39% a 47% do total de famílias da região (BRANDÃO & JANUZZI, 1995).

6. CONCLUSÕES

1- Como hipótese explicativa para a não descoberta de casos de tuberculose com baciloscopia do escarro positiva nessa pesquisa apontamos que os pacientes alcoolistas e usuários de outras drogas com esse atributo seriam atendidos em outros serviços.

2- Pudémos observar que, por tratar-se de um serviço ambulatorial aonde não se fazem internações, a procura por atendimento no Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara da Secretaria Municipal de Saúde/SP se faz exclusivamente para tratamento da dependência química. Para tratamento de todos os outros agravos à saúde, incluindo a tuberculose, são procurados outros serviços de saúde, principalmente hospitais.

3- Há uma seleção externa de pacientes com tuberculose para o Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara. Esses pacientes seriam atendidos, diagnosticados e tratados em outros serviços de saúde.

4- Os resultados da pesquisa - mostrando antecedente de tratamento (completo e incompleto) para tuberculose pulmonar em alcoolistas - justificam a continuidade da busca **ativa** de casos dessa doença em pacientes do Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

5- A metodologia de busca de casos de tuberculose pulmonar proposta pela Organização Mundial de Saúde e seguida pelo Ministério da Saúde do Brasil, devido às variadas expressões clínico-radiológicas e bacteriológicas (incluindo os casos com exames bacteriológicos **negativos**) que a doença pode assumir, precisa ser avaliada criticamente ao se tentar operacionalizá-la em situações específicas como a dessa pesquisa.

7. SUMMARY

The tuberculosis is still a serious global problem in public health. This endemic' s situation is worse in the developing countries with great suffering for people and both social and economic expenses.

In face of the epidemiological tuberculosis' situation in São Paulo city - half of alI the cases notified in the São Paulo State and eight percents of alI cases notified in Brazil are registered here - we have decided to do a case-finding of pulmonary tuberculosis in a health care unit to drug dependence patients living in this town.

We studied a sample of 160 patients with a questionnaire and subsidiary exams and didn 't find any case of pulmonary tuberculosis with positive bacteriologic exams. In nine alcoholic patients with a previous history of tuberculosis, was demonstrated the caracteristic radiology appearance of apical shadows.

A complementary study searching for the caracteristics of the service and its demands was made in order to explain the results observed in case-finding.

Due to the caracteristicas of the service and of the patients, we conclude that there was a external patients' selection byas, with the pulmonary tuberculosis cases confumed by bacteriology being diagnosticated and treated in others health care services, mainly hospitaIs.

Finally we discuss the case-finding methodology and the measure instruments that were used here in face of the specificity of the search 's object and the previous knowlegde about case-finding ofpulmonary tuberculosis.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

s.a. Observer Error. **Lancet**, jan. 9, 1954, p. 87-88.

ABRAMSON, J. H. **Metodos de Estudio en Medicina Comunitaria: una introduccion a los estudios epidemiológicos y de evaluacion.** Madrid. Ed. Díaz de Santos, 1990. 293p. cap. 15 e 16, pp. 127 – 152

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE 3 (ARS-3) – SMS/SP - NÚCLEO DE EPIDEMIOLOGIA. Apresentação dos dados do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades da ARS 3, em 1998.

_____. **Boletim Epidemiológico de Tuberculose.** Maio de 2000 (mimeo. 14 p.) . **Banco de dados informatizado EPI – TB**, setembro 2000.

ALBUQUERQUE, A.F.R. & BOAS, A.V. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose no Brasil.** Trabalho apresentado no IX Congresso Nacional de Tuberculose, 1956 (mimeo).

ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia sem números: uma introdução crítica à Ciência Epidemiológica.** Rio de Janeiro: Campus, 1989. 108p. cap. 5, pp. 39-54

ALMEIDA FILHO, N. & ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia Moderna.** 2- ed. Belo Horizonte/Salvador/Rio de Janeiro: COOPMED/APCE/ABRASCO., 1992. 184p. cap. 3, pp. 28 - 44

AMERICAN THORACIC SOCIETY. Treatment of tuberculosis in alcoholic patientes. **Am. Rev. Respir. Dis., 116:** 559-561, 1977.

ARANTES, G.R. & RUFFINO-NETTO, A. Busca de casos de tuberculose pulmonar: abreugrafia em sintomáticos respiratórios, seguida de exames bacteriológicos nos suspeitos. **Rev. Saúde públ., São Paulo, 14**: 185–93, 1980.

BAILEY, W. C., THOMPSON, D. H., JACOBS, S., ZISKIND, M., GREENBERG, H. B. Evaluating the need for periodic recall and re-examination of patientes with inactive pulmonary tuberculosis. **Am. Rev. Respir. Dis., 107:** 854-857, 1973.

BAILEY W.C.; SELLERS C.A.; SUTTON F.D. Jr; SHEEHY T.W.; MAETZ H.M. Tuberculosis and alcoholism. A partial solution through detection. **Chest; 73(2):** 183-5, 1978.

BALASANGAMESHWARA, V. H. & CHAKRABORTY, A. K. Validity or case –finding tools in a national tuberculosis programme. **Tuber. Lung Dis. 74 (3)**: 52 - 58, 1993.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às Ciências Sociais**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. 284p. cap. 3, pp. 37 - 63

BARNES, P.F.; LEEDOM, J.M.; CHAN, L.S.; WONG, S.F.; SHAH, J.; VACHON, L.A.; OVERTURF, G.D.; MODLIN, R.L. Preditors of short-term prognosis in patients wity tuberculosis pulmonary. **J. Infect. Dis., 158:** 366-371, 1988.

BATES, J. H. Diagnosis of tuberculosis. **Chest, 76 (6):** 757-763, 1979.

BERLINGUER, G. **Medicina e Política.** São Paulo: CEBES/HUCITEC, 1978. p. 52.

BIRKELO, C.C.; CHAMBERLAIN, W.E.; PHELPS, P. S.; SCHOOLS, P. E.; ZACKS, D.; YERUSHALMY, J. Tuberculosis case finding: a comparison of the effectiveness of various roentgenographic and photofluorographic methods. **J.A.M.A. 133 (6):** 359 – 366, 1947.

BOYD, J.C. & MARR, J.J. Decreasing reliability of acid-fast smear techniques for detection of tuberculosis. **Ann. Intern. Med., 82:** 489-492, 1975.

BRANDÃO, S.M.C. & JANNUZZI, P.M. Distribuição de renda e pobreza. **São Paulo em Perspectiva. Fundação SEADE, 9 (3):** 101-108, 1995.

BROWN, T. & CAMPBELL, A. H. Tobacco, alcohol and tuberculosis. **Brit. J. Dis., 55:** 150 – 158, 1961.

BRUDNEY, K. & DOBKIN, J. Resurgent tuberculosis in New York City. Human immunodeficiency virus, homelessness and the decline of tuberculosis control programs. **Am. Rev. Respir. Dis., 144 (4):** 745-49, 1991.

BURMAN, W.J.; COHN, D.L.; RIETMEIJER, C.A; JUDSON, F.N.; SBARBARO, J. A.; REVES, R. R. Short-term incarceration for the management of noncompliance with tuberculosis treatment. **Chest, 112 (2):** 57-62, 1997.

BURMAN, W.J.; COHN, D.L.; RIETMEIJER, C.A; JUDSON, F.N.; SBARBARO, J. A.; REVES, R. R. Noncompliance with directly observed therapy for tuberculosis. Epidemiology and effect on the outcome of treatment. **Chest, 111(5):** 1168-73, 1997.

BUSTAMANTE-MONTES L.P.; BELLIDO-BARCENAS F.; RIOJAS-RODRIGUEZ H.; BORJA-ABURTO V.H.; YANNEZ-VELASCO L.; BECERRA-POSADA F. Caracteristicas sociodemograficas de personas que murieron por tuberculosis pulmonar en Veracruz, Mexico, 1993. **Salud Publica Mex; 38(5):** 323-31, 1996.

CAMINERO, J.A.; PAVON, J.M.; RODRIGUEZ DE CASTRO, F.; DIAZ, F.; JULIA, G.; CAYLA, J.A.; CABRERA, P. Evaluation of a directly observed six months fully intermittent treatment regimen for tuberculosis in patients suspected of poor compliance. **Thorax, 51 (11):** 1130- 3, 1996.

CANETTI, G. L'eradication de la tuberculose dans les différent pays, compte-tenu des conditions existantes (Problèmes theóriques et solutions pratiques). **Bull. Un. Int. Tuberc., 32 (2):** 605-642, 1962.

CANTWELL, M.F.; SNIDER, D.E.; CAUTHEN, G.M.; ONORATO, M.I. Epidemiology of tuberculosis in the United States, 1985 trough 1992. **J.A M.A., 272:** 535 – 539, 1994.

CARON-RUFFINO, M. & RUFFINO-NETTO, A. Associação entre alcoolismo e tuberculose pulmonar. **Rev. Saúde públ., S. Paulo, 13:** 183-94, 1979.

CARPENTER, J. L. & HUANG, M.D. Comunity-acquired pulmonary infections in a Public Municipal Hospital in the 1980s. **South. Med. J., 84 (3):** 299 – 306, 1991.

CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE) – SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE/SÃO PAULO, 1998/1999 (banco de dados informatizado).

_____ . Divisão de Tuberculose, março de 2001 (mimeo).

CENTERS FOR DISEASE CONTROL (CDC). Screening for tuberculosis and tuberculosis infection in high-risk populations. **MMWR, 39 (RR-8):** 01-12, 1990 a.

_____. Tuberculosis in developing countries. **MMWR, 39 (33):** 561- 69, 1990 b.

_____. Transmission of multidrug-resistent tuberculosis from an HIV-positive client in a residential substance-abuse treatment facility – Michigan. **MMWR, 40 (8):** 129 – 131, 1991.

_____. Tuberculosis prevention in drug-treatment centers and correctional facilities – selected U. S. Sites, 1990-1991. **MMWR, 42 (11):** 210-213, 1993 a.

_____. **MMWR, 42 (32):** 628 – 633, 1993 b.

_____. Screening for tuberculosis and tuberculosis infection in high-risk populations. **MMWR, 44 (RR-11):** 19-34, 1995.

CIESIELSKI, S.D.; SEED, J.R.; ESPOSITO, D.H.; HUNTER, N. The epidemiology of tuberculosis among North Carolina migrant farm workers. **J.A.M.A., 265 (13):** 1715-19, 1991.

COCHRANE, A. L.; CHAPMAN, P.J.; OLDHAM, P.D. Observers' errors in taking medical histories. **Lancet,** may 5, 1951, p. 1007 - 1009.

COCKBURN, A. **The evolution and eradication of infectuous diseases.** Baltimore: The John Hopkins Press, 1963.

COETZEE N.; YACH D.; JOUBERT G. Crowding and alcohol abuse as risk factors for tuberculosis in the Mamre population. Results of a case-control study. **S. Afr. Med. J.; 74(7):** 352-4, 1988.

COMSTOCK, G. W. Tuberculosis. In: **Public Health and Preventive Medicine**. Norwalk Connecticut : Edited by J.M. Last. Aplleton and Lange, , 1986. pp. 222 – 233.

COOK, R.T. Alcohol abuse, alcoholism, and damage to the immune system: a review. **Alcohol Clin. Exp. Res.,22(9):** 1927 – 42, 1998.

COTTER-HARVEY. Discussion on case-finding. **Bull. Int. Un. Tuberc., 47** (Suppl. 2): 141-42, 1972.

CZERESNIA, D. Comentários sobre a tendência secular da tuberculose. **Cad. Saúde Publ., RJ. 4 (4):** 398-406, 1988.

DEHEINZELIN, D.; TAKAGAKI, T. Y; SARTORI, A.M. C.; MUNHOZ, O. H.; AMATO NETO, V.; CARVALHO, C. R. R. Fatores preditivos de abandono de tratamento por pacientes com tuberculose. **Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. Univ. São Paulo, 51(4):** 131-5, jul.-ago. 1996.

DROBNIEWSKI, F.; TAYLER, E.; IGNATENKO, N.; PAUL, J.; CONNOLLY, M; NYE, P; LYAGOSHINA, T.; BESSE, C. Tuberculosis in Siberia: 1. An epidemiological and microbiolobical assessment. **Tuberc. Lung Dis., 77:** 199-206, 1996.

DUBOS, R. & DUBOS, J. **The white plague – Tuberculosis, man and society.** Boston: Little Brown and Company, 1952.

DVOIRIN M.S.; LAPTEVA N.A.; KUCHER T.S.; POPOVSKAIA A.D. Evolution of tuberculosis morbidity and the factors governing it at different stages of the anti-tuberculosis campaign. **Probl Tuberk; (1):** 5-7, 1989.

FAIRBAIRN, A. S.; WOOD, C. H.; FLETCHER, C. M. Variability in answers to a questionnaire on respiratory symptons. **Brit. J. prev. soc. Med. 13:** 175-193, 1959.

FEDERER, W. T. **Statistics and Society: data collection and interpretation.** New York: Marcel Dekker Inc., 1973. 395p. p. 73

FEINGOLD, A. O. Cost effectiveness of screening for tuberculosis in a general medical clinic. **Public Health Rep; 90(6):** 544-7, 1975.

FEINGOLD A.O. Association of tuberculosis with alcoholism. **South Med J; 69(10):** 1336-7, 1976.

FERRER X.; KIRSCHBAUM A.; TORO J.; JADUE J.; MUNOZ M.; ESPINOZA. Adherencia al tratamiento de la tuberculosis del adulto en Santiago, Chile. **Bol. Oficina Sanit. Panam.; 111(5):** 423-31, 1991.

FLETCHER, C. M. Observer error (letters to the editor). **Lancet,** jan., 23, 1954, p. 212.

FRIEDEN, Thomas R. Tuberculosis control and social change. **Am. J. Publ. Health, 84 (11):** 1721-23, 1994.

FRIEDMAN L.N.; SULLIVAN, G. M.; BEVILAQUA, R. P.; LOSCOS, R. Tuberculosis screening in alcoholics and drug addicts. **Am. Rev. Respir. Dis. 136:** 1188-1192, 1987.

FRIEDMAN, L.N.; WILLIAMS, M.T.; SINGH, T.P.; FRIEDEN, T. R. : Tuberculosis, AIDS, and death among substance abusers on welfare in New York City. **N. Engl. J. Med.; 334 (13):** 828-833, 1996.

FROST, W.H. How much control of tuberculosis? **Am. J. Publ. Health, 27 (8):** 759-766, 1937.

FUNDAÇÃO SEADE. Pesquisa de emprego e desemprego na Região Metropolitana de São Paulo. São Paulo, 1997/1998.

GARCIA, A. L.; VAZQUEZ-GALLARDO, R.; NAVARRO, M.E.T.; TRUQUE, A.P.; MOUGAN, R.L,; BASTIDA, V.T,; SERRANO, E.V.; NOGUEIRA, E.F. Epidemiologia de la tuberculosis en Galicia. **An Med Interna; 16(6):** 290-6, 1999.

GINZBURG M.A.; KRUT'KO V.S.; BURNUSUS Z.I. Caracteristics of the x-ray picture of pulmonary tuberculosis in alcoholics**. Vestn Rentgenol Radiol; (4):** 30-6, 1990.

GODOY, R..A. A importância da semiologia. **Medicina, Ribeirão Preto, 27 (1/2):** 5-6, 1994.

GOODE, W.J.; HATT, P.K. **Métodos em pesquisa social.** 4- ed. São Paulo: Ed. Nacional, 1972. Cap. 13, pp. 237 – 268

HACKNEY, JR. R. L. Treating tuberculosis in the poor black alcoholic male. (letter) **Am. Rev. Respir. Dis., 112:** 150-151, 1975.

HERZLICH,C. & PIERRET, J. De la phtisie à la tuberculose. In: **Maladies d'hiers, maladies aujourd'hui – la mort colletive au devoir de al guérison.** Paris: Payot, 1984. chap. II, pp. 48-64

KENT, D.C. & SCHWARTZ, R. Active tuberculosis with negative tuberculin skin reactions. **Am. Rev Respir. Dis., 95 (3):** 411-418, 1967.

KHAN, M.A.; KOVNAT, D.M.; BACHUS, B.; WHITCOMB, M.E.; BRODY, M.D.; SNIDER, G.L. Clinical and roentgenographic spectrum of pulmonary tuberculosis in the adult. **Am. J. Med., 62:** 31-38, 1977.

KOCH, M.L. & COTE, R.A. Comparison of fluorescence microscopy with Ziehl-Nielsen stain for demonstration of acid-fast bacilli in smear preparations and tissue sections. **Am. Rev. Respir. Dis., 91:** 283-284, 1965.

KOCHI, A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization. **Tubercle, 72:** 1-6, 1991.

KOK-JENSEN, A. The prognosis of pulmonary tuberculosis in patients with abuse of alcohol. **Scand. J. resp. Dis., 51:** 42 –48, 1970.

KOK-JENSEN, A. Pulmonary tuberculosis in well-treated alcoholics. Long-term prognosis regardind relapses with non-alcoholic patients**. Scand. J. resp. Dis., 53:** 202-206, 1972a.

KOK-JENSEN, A. Insufficiency of primary treatment of pulmonary tuberculosis in relation to marriage and abuse of alcohol. **Scand. J. resp. Dis., 53:** 274 – 279, 1972b.

KORAN, L. M. The reliability of clinical methods, data and judgments (second of two parts). **N. Engl. J. Med. 293 (14):** 695 – 701, 1975.

KRITSKY, A. L.; WERNECK, E.B., MEDEIROS, D.; PALLIS, F.C.B.; PALIS, D. R.; BRAVO DE SOUZA, R.; ANDRADE, G.N.; GALVÃO – CASTRO, B. Study of association between active pulmonary tuberculosis and human imunodeficiency virus (HIV) at a sanatorium in Rio de Janeiro, Brazil: a prospective study. **Am. Rev. Respir. Dis. 137 (S 4/2)**: 494, 1988.

LA RAJA, M.; SCREM, C.; TALMASSONS, G.; PASQUADIBISCEGLIE, A.; PITZALIS, G.; PITZUS, E. Antituberculosis drug-resistance surveillance as a tool for tuberculosis control programes: a retrospective study. **Monaldi Arch. Chest Dis. 52 (5):** 540-4, 1997.

LEITE, W.L.. PUEL, E. Prevalência de alcoolismo entre pacientes internados em hospital para tratamento de tuberculose pulmonar. **Arq. Catarin. Med., 14 (2):** 97 – 100, 1985.

LERNER, B.H. Temporarily detained: tuberculous alcoholics in Seattle, 1949 through 1960. **Am. J. Public. Health., 86(2):** 257-65, 1996.

LEVIN, M.L. & MOODIE, A.S. Isoniazid prophylaxis and deaths in Baltimore, Maryland, 1972. **Bull. Intern. Un. Tuberc., 51 (1):** 213-218, 1976.

LUAN, H. W. Case-finding in Taiwan. **Bull. Int. Un. Tuberc., 47** (Suppl. 2): 137-39, 1972.

MCKEOWN, T. & LOWE, C.R. **Introducción a la Medicina Social.** México: Siglo Veintiuno, 1981. pp. 22-24

MCKEOWN, T. **The role of Medicine**: **dream, mirage or nemesis?** New Jersey: Princeton University Press, 1979. p.48

MEHROTRA, M. L. Modern methods of case finding. **Bull. Int. Un. Tuberc., 49** (Suppl. 1): 65, 1974.

MELLO, M.L.R.; ISHIMOTO, E.; LUÍS, L. F.; SANTOS, M. L.; BARROS, V. L.; MOREIRA, A. P. C. Análise dos óbitos por tuberculose na área da Administração Regional de Saúde 3, Município de São Paulo, 1998. **Comunicação apresentada no VI Congresso Paulista de Saúde Pública,** 17 a 20/10/99 em Águas de Lindóia – SP.

MIKHAILOVA I.V. Tuberculosis as the cause of death at the present stage of tuberculosis control. **Ter Arkh; 60(11):**85-7, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de Normas para o controle da tuberculose**. Brasília, 1995. 43 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes do Plano de Ação Emergencial para o controle da Tuberculose no Brasil 1996/98.** Brasília, out. 1996, p.15. (mimeo)

MORRONE, N; SOLHA, M. S. S.L; CRUVINEL, M. C.; MORRONE JR., N.; FREIRE, J. A. S.; BARBOSA, Z. L. M. Tuberculose: tratamento supervisionado "vs." tratamento auto-administrado. **J. Pneumol. 25 (4):** 198-206, 1999.

MURRAY, C.; STYBLO, K.; ROUILLON, A. Tuberculosis. In: Jamison, D. T. et al. **Disease Control Priorities in Developing Countries.** Oxford Medical Publication, Oxford University Press, 1993. p. 233-259

NARAIN, R.; RAO, M.S.S.; CHANDRASEKHAR, P.; PYARELAL. Microscopy positive and microscopy negative cases of pulmonary tuberculosis. **Am. Rev. Respir. Dis., 103:** 761-773, 1971.

NELSON, S., MASON, C.; BAGBY, G.; SUMMER, W. Alcohol, tumor necrosis factor and tuberculosis. **Clin. Exp. Res. 19 (1):** 17-24, 1995.

NIERO, R. **Tuberculose pulmonar em uma prisão: estudo de alguns aspectos epidemiológicos como subsídio para o seu controle.** São Paulo: 1981. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, USP.

NOGUEIRA, P. A **Tuberculose como causa de óbitos em adultos residentes no Município de São Paulo em 1980.** São Paulo, 1984. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

OLIN, J.S.; GRZYBOWSKI, S. Tuberculosis and alcoholism**. Can. Med. Assoc. J.; 94(19):** 999-1001, 1966 .

OMIDVARI, K.; CASEY, R.; NELSON, S.; OLARIU, R.; SHELLITO, J. E. Alveolar macrophage release of tumor necrosis factor-alpha in chronic alcoholics without liver disease. **Alcohol-Clin-Exp-Res., 22(3):** 567-72, 1998.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Lucha antituberculosa – Informe de un grupo mixto de estudio UICT/OMS.** (Série Informes Técnicos 671). Ginebra, OMS, 1982.

_____. **La lucha antituberculosa en el mundo – analisis de la situatión – Informe del Diretor General sobre la marcha de las atividades.** (EB71/7). Ginebra, OMS, 1983. (mimeo)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Plan de acción para el control de la tuberculosis en America Latina.** P.N.S.P/93. Washington, OPS, Julio, 1993.

PAMRA, S. P. Case-finding. **Bull. Int. Un. Tuberc., 47** (Suppl. 2): 131-136, 1972.

PARADA, J. C. B.; GONZALEZ, C. A. J.. HERNANDO, L. O tratamento anti-tuberculoso em pacientes alcoólatras. **Rev. Goiana med. 35 (1/4):** 45-9, 1989.

PENNA, M.L.F. **Dinâmica epidemiológica da tuberculose: um modêlo matemático para simulação da efetividade do diagnóstico e tratamento dos casos.** Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1994. (mimeo)

PERLMAN, D.C.; SALOMON, N.; PERKINS, M.P.; YANCOVITZ, S.; PAONE, D.; DES JARLAIS, D.C. Tuberculosis in drug users. **Clin. Infec. Dis., 21:** 1253-64, 1995.

PINTO, W. P.; HADAD, D. J.; PALHARES, M. C. A.; FERRAZOLI, L.; TELLES, M. A. S.; UEKI, S. Y. M.; SANTOS, M. T. F.; PLACCO, A. L. N.; SAUAIA, N.; PALACI, M. Drug resistance of M. tuberculosis isolated from patients with HIV infection seen at AIDS Reference Center in São Paulo, Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo, 38 (1):** 15-22, jan./fev., 1996.

PIO, A. El futuro de la lucha antituberculosa – problemas y perspectivas. **Bol. Of. Sanit. Panam., 96 (2):** 108-118, 1984.

POLLOCK, H.M. & WIEMAN, E.J. Smear results in the diagnosis of mycobacterioses using blue light fluorescence microscopy. **J. Clin. Microbiol., 5 (3):** 329-331, 1977.

PORTER, J.D.H. & MACADAM, K.P.W.J. The re-emergency of tuberculosis. **Annu. Rev. Publ. Health, 15:** 303-323, 1994.

RAVIGLIONE, M. C.; SUDRE, P.; RIEDER, H.L.; SPINACI, S.; KOCHI, A. Secular trends of tuberculosis in Western Europe. **Bull. WHO, 71 (3/4):** 297 – 306, 1993.

REICHMAN, L.B.; FELTON, C.P.; EDSALL, J.R. Drug dependence, a possible new risk for tuberculosis disease. **Arch. Intern. Med., 139:** 337-39, 1979.

REICHMAN, L.B. The U-shape curve concern. **Am. Rev. Resp. Dis.,144:** 741-742, 1991.

RICHARDS, O.W.; KLINE, E.K.; LEACH, R.E. Demonstration of tubercle bacilli by fluorescence microscopy. **Am. Rev. Tuberc., 44 (2):** 255-266, 1941.

ROCHA, E.P. A mortalidade por tuberculose no estado da Guanabara. **Rev. Serv. Nac. Tuberc. 12:** 26-40, 1968.

RODRIGO, T.; CAYLA, J. A.; GARCIA DE OLALLA, P.; GALDOS-TANGUIS, H.; JANSA, J.M.; MIRANDA, P.; BRUGAL, T. Characteristics of tuberculosis patientes who generate secondary cases. **Int. J. Tuberc. Lung Dis., 1(4):** 352-7, 1997.

ROUILLON, A.; PERDRIZET, S.; PARROT, R.; WAALER, H. **Métodos de controle de la tuberculosis.** (Publicación científica 346). Washington, OPS/OMS, 1977.

RUDOI, N.M.; EMEL'IANOV O.S. Epidemiological danger of patients with pulmonary tuberculosis and alcoholism refusing treatment. **Zh. Epidemiol. Immunobiol.; (12):**47-9, 1986.

RUFFINO-NETTO, A. **Medicina,Ribeirão Preto, 30 (3):** 405, jul./set. 1997.

RUFFINO-NETTO, A. **Médicos, HCFMUSP**, ano I, n- 3, jul./ago. 1998 p. 39

SACKETT D.L. & HOLLAND, W.W. Controversy in the detection of disease. **Lancet, august 23:** 357-359, 1975.

SCHLUGER, N.; CIOTOLI, C.; COHEN, D.; JOHNSON, H.; ROM, W.N. Comprehensive tuberculosis control for patients at high risk for noncompliance. **Am J Respir Crit Care Med; 151(5):** 1486-90, 1995.

SERRA, J. **Ampliando o possível: a política de saúde do Brasil.** São Paulo: HUCITEC, 2000. pp. 123-129

SILVA, T. C. Resumo das atividades desenvolvidas. (**relatório interno**) Centro Regional de Farmacodependência Jabaquara – Administração Regional de Saúde – 3, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo; março de 1999. 09 p. (mimeo)

SNIDER, D. E. et al. **Global burden of tuberculosis.** In: Bloom, B.R. ed. Tuberculosis: Pathogenesis, Protection and Control. Washington, American Society for Microbiology, 1994. pp. 3-11

SODHY, J. S. Case-finding. **Bull. Int. Un. Tuberc., 47** (Suppl. 2): 119-129, 1972.

_____. Modern methods of case finding. **Bull. Int. Un. Tuberc., 49** (Suppl. 1): 63-64, 1974.

SOURNIA, J-C. & RUFFIE, J. **As epidemias na História do Homem.** Lisboa: Edições 70, 1984. pp. 143-150.

SRIYABHAYA, N. Case-finding. **Bull. Int. Un. Tuberc., 47** (Suppl., 2): 148-50, 1972.

STYBLO, K. & MEIJER, J. Impact of BCG vacination programmes in children and young adults on the tuberculosis problem. **Tubercle, 57:** 17-43, 1976.

STYBLO, K. Erradicación de la tuberculosis en los países dessarrollados en al era del virus da inmunodeficiencia humana. **Bul. Int. Un. Tuberc., 64 (3):** 60-67, 1989.

TAKANO, T.; NAKAMURA, K., TAKEUCHI, S.; WATANABE, M. Disease patterns of homeless in Tokyo. **J. Urban Health., 76 (1):** 73-84, 1999.

130. TOMAN, K. Modern methods of case finding. **Bull. Int. Un. Tuberc., 49** (Suppl., 1): 62-63, 1974.

THEBAUD, A. & LERT, F. Maladie subie, maladie domineé, industrializatien et technologie medicale: le cas de tuberculose. **Soc. Scie. Med., 21 (29):** 129-137, 1985.

TUBERCULOSIS PREVENTION TRIAL, MADRAS. Trial of BCG vaccines in South India for tuberculosis prevention. **Indian J. Med. Res., 72 (Suppl.):** 1-74, 1980.

WAKSMAN, S. A. **Vitória sobre a tuberculose.** São Paulo: Cultrix, 1964. (trad. L. Hegenberg & O. Silveira da Mota)

WALDMAN, E. A.; SILVA, L. J.; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. In: MONTEIRO, C. A. (org.) **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças.** São Paulo: HUCITEC-NUPENS/USP, 1995. p. 212-16.

WATANABE, A. **O Perfil Epidemiológico dos Casos de Tuberculose Notificados em Hospital Terciário e sua relação com a organização do sistema de saúde. Ribeirão Preto – São Paulo.** Ribeirão Preto, 1999. Tese de Doutorado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP.

WHITE, M.C.; PORTILLO, C.J. Tuberculosis mortality associated with AIDS and drug or alcohol abuse: analysis of multiple cause-of-death data. **Public-Health.; 110(3):** 185-9, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995. **Report of the Second Meeting on Emerging Infectuous Diseases.** Document WHO/CDS/BVI/ 95.2 Geneve.; WHO, 1998. Global Tuberculosis Control. WHO REPORT 1998. WHO/TB/98.237.)

WIESNER B.; ROTH G.; HAMEL U. The causes of severe forms of tuberculosis. **Pneumologie; 44 (Suppl 1):**499-500, 1990.

YACH D. Tuberculosis in the Western Cape health region of South Africa. **Soc Sci Med; 27(7):** 683-9, 1988.

9. GLOSSÁRIO

I. Dependência: termo usado para designar determinados comportamentos onde o abuso e o excesso surgem como origem do problema. Aqui, a relação entre o sujeito e o objeto configura uma patologia, pela intensidade desta relação, independente do objeto. A falta de limites e o excesso são elementos comuns a todos os tipos de dependência (Centro de Referência em Farmacodependência Jabaquara SMS/SP, 1998, mimeo.).

II. Farmacodependência ou dependência a droga: um estado psíquico e às vezes físico causado pela interação entre um organismo vivo e um fármaco, que se caracteriza por modificações do comportamento e por outras reações que compreendem sempre um impulso irreprimível (compulsão) para usar o fármaco de forma contínua ou periódica afim de experimentar seus efeitos psíquicos e, às vezes, para evitar o mal estar de sua privação (OMS, 1969).

Em publicações mais recentes, a Organização Mundial da Saúde prefere usar o termo **síndrome de dependência** para designar um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos de intensidade variável em que o uso de uma ou mais substâncias psicoativas adquire maior prioridade para indivíduo que outras atividades. As características descritivas necessárias são a preocupação pelo desejo de obter e tomar a droga e o comportamento persistente de busca da substância. Os fatores determinantes e as conseqüências problemáticas da farmacodependência podem ser de ordem biológica, psicológica ou social, e, em geral, interagem mutuamente (OMS, 1998).

ORG. MUND. SALUD. **Ser. Inf. Técn., 407,** p. 6 (sección 1.1), 1969.

_____ . **Ser. Inf. Técn., 873,** p. 7, 1998.

III. Tendência secular: análise da distribuição temporal de eventos do processo saúde/doença por períodos prolongados de tempo (1/2). Tem a finalidade de compreender as variações ocorridas em indicadores do processo saúde/doença em

qüinqüênios, décadas ou até períodos de maior duração (1/3). Além da dimensão temporal, referida a períodos relativamente longos de observação, os autores, habitualmente, coincidem na escolha de **doenças** e de **mortes** como objetos para o estudo de tendência secular em saúde. Assim, o enfoque é a doença, o distúrbio, a deficiência, isto é, o negativo da saúde. O pólo doença, por sua vez, tende a ser mais consensual, pois se baseia em definições da prática médica, psicológica ou de outra natureza. Vale lembrar que estudos da tendência secular de indicadores de saúde têm contribuído para a formulação de hipóteses sobre a causalidade de várias enfermidades (4).

(1) FORATTINI, O.P. **Epidemiologia Geral**. São Paulo: Artes Médicas, 1986.

(2) _____ . **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: EDUSP/Artes Médicas, 1992.

(3) MAC MAHON, B.& TRICHOPOULOS, D. **Epidemiology: principles and methods**. 2nd ed. New York: Little Brow, 1996.

(4) FRANÇA, Jr. I. & MONTEIRO, C.A Estudo da tendência secular de indicadores de saúde como estratégia de investigação epidemiológica. **Rev. Saúde Pública, 34 (6):** 5-7, 2000.

10. ANEXOS

ANEXO 1: QUESTIONÁRIO SOBRE TUBERCULOSE

INTRODUÇÃO:

Este questionário será aplicado a pacientes do Centro em Atendimento em Farmacodependência Jabaquara da SMS/SP por médicos clínicos dessa instituição.

Tem por objetivo estudar a ocorrência de tuberculose pulmonar entre esses pacientes, tendo por base estudos semelhantes realizados em outros países como Estados Unidos e Itália.

O diagnóstico de tuberculose pulmonar será feito com base em sintomas e sinais observados nos pacientes, exames de escarro e RX tórax.

Essa avaliação permitirá detectar a doença ou o risco de adoecer por tuberculose nos pacientes submetidos ao questionário e para aqueles que se encontrarem em uma dessas condições serão administrados tratamentos específicos com benefício para a sua saúde.

Todas as informações obtidas e registradas nesse questionário são confidenciais e de acesso livre aos pacientes que concordarem em participar do estudo. Os profissionais envolvidos no estudo pretendem seguir as normas legais de pesquisa em seres humanos existentes no Brasil. Sua conduta ética e profissional será fiscalizada pelos pacientes, sendo que qualquer ato desses profissionais considerado prejudicial aos pacientes , permite a esses últimos recorrer à legislação pertinente para resguardar os seus direitos.

início: término:

IDENTIFICAÇÃO

1-Nome: _____ REG: _____

2-Data nascimento: / / 3- Idade: ____ anos

4- Gênero: ( ) masc. ( ) fem.

5-Endereço:

Bairro: Município: _____

6-Ocupação atual: _____ prévia: _____

7-Escolaridade: _____

_____

Sintomas e sinais:

8- Tosse persistente: ( ) não ( ) sim a) com expectoração escarro ( )

côr: _____ b) sêca ( )

se sim, há quanto tempo? ____ semanas/meses

9-Perda de peso: ( )não ( ) sim Quanto: ___ kg Em quanto tempo? ___ sem./m.

10- Febre :( ) não ( ) sim Temperatura: ___ ©C Não termometrada ( )

Há quanto tempo? ____ semanas/meses

11-Astenia: ( ) não ( ) sim Há quanto tempo? ____ semanas/meses

Antecedentes pessoais e familiares:

12-Teve tuberculose no passado? ( ) não ( ) sim Quando? _____ (ano)

13-Tratamento anterior: ( ) não ( ) sim. Quando? _____ (ano)

14-Contato com indivíduos com tuberculose:

( ) não ( ) não sabe ( ) sim. Quando? _____ (mês/ano)

Aonde? ( ) ambiente familiar ( ) local de trabalho

15-Prova tuberculínica anterior? ( ) não ( ) não sabe

( ) sim. Resultado? ( ) reator ( ) não reator

16-Vacinação BCG? ( ) não ( ) não sabe ( ) sim Quando? _____ (ano)

17-Quimioprofilaxia p/ tb? ( ) não ( ) não sabe ( ) sim. Quando? _____(ano)

18- N- pessoas residentes na casa: _____ N- cômodos para se dormir:

CONDIÇÕES ASSOCIADAS

19- Portador HIV/AIDS ( )

20- Diabetes mellitus ( )

21- Hepatopatia crônica ( )

22- Tabagismo ( ) tipo: _____ qtde. _____ tempo de uso: _____ anos

23- Uso de corticosteróides: ( ) não ( ) sim. Há quanto tempo? ____ meses/anos

24- Cirurgias recentes: ( ) não ( ) sim. Há quanto tempo? _____ meses/anos

Outras: Nenhuma:

SEGUIMENTO NO CR FARMACODEPENDÊNCIA

25-Data início do seguimento no CR Farmacodependência:

- usuário atual ( ) - em abstinência da(s) droga(s) ( )

- tempo sem uso da droga: _____ meses/anos

26-Tipo(s) de substância(s) que motivou o atendimento: A ( ) B ( )

1-álcool 2-maconha 3-cocaína (inalação) 4-cocaína (injetável)

5-crack 6-medicamento 7-outros

27-Tempo de uso da(s) substância(s) que motivou atendimento: A ( ) B ( )

1-menos de 06 meses 2-06 a ll meses 3- 01 ano a 01 ano e ll meses

4-02 a 05 anos 5- maior que 05 anos

28-Frequência de uso da(s) substância que motivou atendimento: A( ) B( )

1-mensal ou ocasional 2-semanal 3-duas a três vezes/semana 3-diária

EXAMES SUBSIDIÁRIOS

29- **RX de tórax**: ( )

1- normal

2- suspeita de tuberculose

3- suspeita de tuberculose com caverna

4- sequela de tuberculose

5- outras doenças (não tuberculose)

6- duvidoso

30- **Baciloscopia escarro**:( )1-positivo, qdo?____ 2-negativo 8-não realizado

31- **Cultura escarro:**( ) 1-positivo, qdo? _____ 2-negativo 8-não realizado

32- **TESTE ANTI–HIV (ELISA):( )** 1-positivo 2-negativo 8-não realizado

33- NOTA para entrevista: 0_____25_____50_____75_____100

Entrevistador: _____

Data: _____

ANEXO 2: QUESTIONÁRIO PARA PACIENTES DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM FARMACODEPENDÊNCIA JABAQUARA PARA AVALIAR A BUSCA AO SERVIÇO.

Nome:

Data Nascimento: Idade:

Ocupação: - atual: prévia:

Grau de instrução:

Endereço:

Subdistrito: Cidade:

1- Como você ficou sabendo da existência do C.R. Farmacodependência Jabaquara?

2- Qual o motivo de você ter procurado atendimento no C.R. Farmacodependência Jabaquara?

3- Quando você sente-se doente aonde procura atendimento?

4- Você já ficou internado em hospital para tratamento de algum problema de saúde? Se sim, local de atendimento e qual o motivo da internação?

5- Você já fez algum tratamento de doença que durasse meses? Se sim, qual o diagnóstico e qual o serviço de saúde que acompanhou esse tratamento?

ANEXO 3: QUESTIONÁRIO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM FARMACODEPENDÊNCIA JABAQUARA QUE FAZEM ACOLHIMENTO A PACIENTES.

Nome:

Função:

1- No acolhimento a pacientes ao C.R. Farmacodependência Jabaquara você encaminha pacientes para atendimento clínico?

2- Se encaminha, qual(is) o(s) critério(s) utilizado(s) para esse encaminhamento?

3- Considerando adesão do paciente ao serviço como continuidade do seguimento ambulatorial nas atividades definidas no acolhimento; estipulando-se, arbitrariamente, um período de no mínimo seis meses de participação do paciente nas atividades do Centro de Referência em Farmacodependência após o acolhimento e tendo como referência o conjunto de pacientes do serviço e os comentários anteriores, de uma maneira subjetiva, o que você poderia dizer sobre a adesão desses pacientes ao serviço?