Tratamento ambulatorial, com supervisão semanal, de pacientes egressos de hospital especializado em tuberculose

Jarbas Figueira Osório[1]
Pedro Dornelles Picon[1]
Sérgio Luiz Bassanesi[1]
Erecina Figueiredo[1]
Tania Mariza Freitas[1]
Dalfran Maciel[1]
Dolores Bender[1]
Yolanda Carvalho Silveira[1]
Ana Maria Vieira Cardoso[1]
Lígia Gladis Richter[1]
Irone Terezinha Girotto[1]
Paulo Picarelli Ferreira[1]

Resumo: *No período de agosto de 1989 a maio de 1997, 86 pacientes de tuberculose egressos do Hospital Sanatório Partenon, hospital público estadual do Rio Grande do Sul, Brasil, receberam tratamento ambulatorial supervisionado semanalmente. O grupo era constituído por pacientes com sérios problemas psicossociais, com grande risco de não adesão ao tratamento após a alta hospitalar, sendo, por isso, acompanhados por equipe multidisciplinar ambulatorial. A taxa de cura foi de 79,3%, com 13,4% de abandono e 7,3% de falência. Esses resultados foram comparados aos obtidos com tratamentos auto-administrados, não supervisionados, de duas coortes de pacientes tratados ambulatorialmente numa unidade de saúde, com protocolo assistencial orientado pela Política Estadual de Controle da Tuberculose. As taxas de cura, abandono e falência foram superponíveis, indicando que a estratégia utilizada é uma alternativa satisfatória para o tratamento ambulatorial de pacientes selecionados.*

Palavras-Chave: *Hospital Sanatório Partenon; Ambulatório hospitalar; Tuberculose pulmonar; Adesão ao tratamento.*

[1] Técnico do Hospital Sanatório Partenon, e-mail: hspartenon@saude.rs.gov.br

Introdução

O Hospital Sanatório Partenon é um hospital público, especializado, criado para o tratamento e assistência às pessoas com tuberculose. As indicações para internação de pacientes com tuberculose são: mau estado clínico devido à tuberculose ou à outra doença associada; doença intercorrente associada que necessite assistência hospitalar; sintomas incontroláveis ambulatorialmente; efeitos adversos aos tuberculostáticos; tratamento com fármacos de reserva e/ou cirúrgico; problemas psicossociais que interfiram na adesão ao tratamento ambulatorial. Mais da metade das internações decorrem de problemas psicossociais e mau estado clínico, sendo essa última situação, muitas vezes, secundária à primeira. Em geral, são pacientes em estado grave, o que se reflete nos resultados do tratamento. Estudos do ano de 1983, no Hospital Sanatório Partenon (HSP), mostraram uma taxa de cura muito baixa, próxima de 50%, decorrente do grande número de pacientes que abandonavam o tratamento após a alta hospitalar (Picon et al., 1993).

Visando aumentar a eficiência do tratamento, em 1989, foi criado o Ambulatório de Egressos do Hospital Sanatório Partenon (AEHSP) para atender aos pacientes de tuberculose que, após a alta hospitalar, necessitassem de tratamento ambulatorial e fossem considerados de alto risco para o abandono do tratamento. O objetivo desse Ambulatório era prestar assistência intensiva, com auto-administração de medicamentos e supervisão semanal. O acompanhamento seria feito por equipe multidisciplinar. Diferentemente da rotina do protocolo assistencial da Política Estadual de Controle da Tuberculose – PCT, que prevê o fornecimento de medicação para trinta dias, no AEHSP, os pacientes receberiam tuberculostáticos para somente sete dias, com a finalidade de ampliar a vigilância sobre o tratamento, diagnosticar precocemente intercorrências, detectar abandonos e ajustar a intervenção da equipe do AEHSP. Esperava-se, com isso, reduzir as taxas de abandono, melhorar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, elevar as taxas de cura.

O objetivo do presente trabalho é relatar os resultados obtidos pelo AHESP em seus primeiros oito anos de existência e, assim, contribuir com os organismos de controle da tuberculose que, cada vez mais, têm se preocupado em definir estratégias que melhorem os resultados do tratamento (Iseman; Cohn; Sbarbaro, 1993; Dye et al., 1998).

Material e método

Eram encaminhados para o AEHSP os pacientes adultos que fossem considerados de alto risco de abandono do tratamento ambulatorial de rotina e que aceitassem e pudessem cumprir as normas do AEHSP. Foram considerados de alto risco de abandono do tratamento os pacientes que apresentassem pelo menos uma das seguintes condições: alcoolismo; adição

a drogas ilícitas; situações psiquiátricas selecionadas (esquizofrenia, distúrbio anti-social ou limítrofe, déficit de inteligência, distúrbio do humor); história de abandono de tratamento; história de tratamento irregular; opinião de familiar como tendo baixa probabilidade de adesão e estrutura familiar frágil ou inexistente.

As normas do AEHSP previam que somente poderiam ser incluídos pacientes que:

• tivessem motivação e possibilidade de freqüentar semanalmente o grupo;

• possuíssem familiar ou responsável que se comprometesse em assumir o controle do uso da medicação em casa e que comparecesse às reuniões periódicas da equipe pelo menos uma vez ao mês;

• residissem na região metropolitana de Porto Alegre, para facilitar o seu comparecimento nas datas aprazadas;

• se dispusessem a ser reinternados em caso de recaída no uso de álcool ou de drogas ilícitas ou ainda se ocorresse descontinuidade no uso da medicação;

• aceitassem visitas do Serviço Social;

• aceitassem que seus casos pudessem ser discutidos com os demais pacientes.

De agosto de 1989 a maio de 1997, 86 pacientes iniciaram tratamento no AEHSP, sendo 46 homens (53,5%) e 40 mulheres (46,5%). A idade dos pacientes variou de 15 a 67 anos, com média de 40 anos de idade. Eram analfabetos ou com primeiro grau incompleto 95,3% dos pacientes. A maioria, 86,4%, tinha renda familiar inferior a um salário mínimo ou não tinha renda fixa. Cerca de 44% não eram naturais da região metropolitana de Porto Alegre. Havia uma elevada taxa de alcoolismo (52,3%), sendo 22,5% entre as mulheres e 78,3% entre os homens. Na tabela 1, estão os motivos que determinaram a internação desses 86 pacientes, destacando-se os problemas psicossociais. Na tabela 2, pode ser observada a distribuição dos pacientes segundo sua história terapêutica anterior e o esquema terapêutico ao qual foram submetidos.

Tabela 1 – Motivo da internação no Hospital Sanatório Partenon dos pacientes encaminhados para o AEHSP

MOTIVO DA INTERNAÇÃO	Nº	%
Psicossocial	39	45,3
Mau estado geral	15	17,4
Efeitos adversos dos tuberculostáticos	13	15,1
Doença intercorrente	7	8,2
Tratamento com drogas de reserva e/ou cirurgia	7	8,2
Sintomas	3	3,5
Outros	2	2,3
TOTAL	86	100

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes segundo a história terapêutica e os esquemas terapêuticos utilizados

História terapêutica	Esquema terapêutico						
	RHZ	SHM	RHM	SEMZ	AOTH	OUTROS	TOTAL
VT+PT	15	4	2	–	–	2	23
RC	–	1	–	2	–	1	4
RA	11	4	1	6	–	2	24
RF	–	–	–	25	5	5	35
Total	26	9	3	33	5	10	86

VT: Virgens de Tratamento ou sem tratamento prévio quando da internação.
PT: Primotratamento, por terem iniciado o uso de tuberculostáticos antes de internar.
RC: Retratamento após cura.
RA: Retratamento após abandono.
RF: Retratamento após falência.

O modelo de assistência aos pacientes do AEHSP incluía uma equipe multidisciplinar, atendimentos individuais e em grupo, medicação supervisionada com busca imediata de faltosos e envolvimento de familiar como co-responsável pela supervisão do tratamento.

A equipe multidisciplinar constituía-se de médico clínico, médico psiquiatra, enfermeiro, assistente social, auxiliar de enfermagem e auxiliar social. O atendimento era semanal, em instalações amplas que permitiam a avaliação individual de cada paciente, bem como o trabalho de grupo com todos os pacientes, terapeutas e familiares sentados em círculo. Ao longo dos anos, o número máximo de pacientes que foram tratados simultaneamente foi quinze.

Semanalmente, os pacientes eram pesados e recebiam atendimento individual pelo médico clínico, que coletava dados sobre a evolução clínica na última semana, que incluía: sintomas; regularidade e correção no uso da medicação; possíveis efeitos adversos dos tuberculostáticos; uso de bebidas alcoólicas, de outros tóxicos e mesmo de cigarros; relações familiares e retomada da atividade laboral. Quando possível, as informações eram confirmadas com os familiares. Ao término desse atendimento, cada paciente recebia as solicitações de exames, quando necessário, e os tuberculostáticos para mais uma semana. Na seqüência, os pacientes eram encaminhados para a atividade de grupo.

Nessa abordagem, em grupo e semanal, utilizava-se a dinâmica de grupo homogêneo de auto-ajuda. Participavam dessas reuniões os pacientes, seus familiares e a equipe de profissionais. Inicialmente, os pacientes tinham um tempo para conversar livremente sobre suas inquietações a respeito da doença e do tratamento, o que os estimulava a expressar e compartilhar seus sentimentos, medos, dúvidas e experiências. Na segunda parte da reunião,

cada paciente fazia um relato sucinto sobre a evolução de seu tratamento, oportunidade em que a equipe técnica aproveitava para ressaltar os aspectos que considerasse importantes para o grupo, como reincidência de uso de bebidas alcoólicas e/ou a possibilidade de tratamento irregular. Esses aspectos eram discutidos abertamente com o grupo, incluindo os familiares. Todos participavam na decisão sobre a melhor conduta para o caso em questão, que podia ser mesmo a indicação de reinternação.

Com vistas à prevenção de abandonos, a auxiliar ou a assistente social visitava os faltosos no dia seguinte ao não comparecimento à reunião semanal. Nessas visitas, era entregue medicação para mais sete dias e os pacientes eram aprazados para a próxima reunião semanal. Nesse trabalho, procurava-se envolver o familiar co-responsável. Se após isso o paciente continuasse faltoso, indicava-se reinternação e o mesmo era excluído do AEHSP, passando a constituir um caso de abandono de tratamento.

A assistência social auxiliava os pacientes na utilização de recursos sócio-institucionais disponíveis, com o objetivo de resolução das questões concretas, tais como: encaminhamento de documentação (carteira de identidade, carteira do trabalho etc.); solicitação de benefício junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS; retirada do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS e acesso ao seguro-desemprego ou abono anual para empregados de baixa renda – PIS e Pasep[2] – para pacientes com tuberculose e HIV positivo; encaminhamento de auxílio na área de subsistência (cesta básica) e fornecimento de vale-transporte para prevenir a ausência na reunião semanal por motivos financeiros.

Os 86 pacientes foram tratados com os esquemas de fármacos antituberculose escolhidos com base na análise da história terapêutica prévia e da curva baciloscópica (Picon et al., 1980; Picon; Rizzon; Ott, 1993). Os tuberculostáticos utilizados foram: rifampicina (R); hidrazida (H); pirazinamida (Z); estreptomicina (S); etambutol (M); etionamida (E); amicacina (A); ofloxacina (O) e tiacetazona (T). Os principais esquemas administrados foram os seguintes:

Esquema RHZ: 2 meses de RHZ + 4 meses de RH;

Esquema SHM: 3 meses de SHM + 3 meses de HM + 6 meses de H;

Esquema RHM: 3 meses de RHM + 3 meses de HM + 6 meses de H;

Esquema SEMZ: 3 meses de SEMZ + 9 meses de EM;

Esquema AOTH: 3 meses de AOTH + 9 meses de OTH.

As altas ocorreram por cura, abandono, falência, óbito ou transferência, como a seguir descritas:

Cura: pacientes que usaram os tuberculostáticos pelo tempo programado, ocorrendo, nos casos bacilíferos, melhora clínica acompanhada

[2] Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (Pasep) substituídos pela Constituição de 1988 em novos programas de seguridade social.

de negativação do escarro até o 6° mês de tratamento, permanecendo assim até o final e, nos casos abacilíferos, melhora clínico-radiológica.

Abandono: pacientes que interromperam o tratamento antes do seu final, independentemente da sua situação clínica ou bacteriológica.

Falência: pacientes com persistência de baciloscopia positiva no escarro no 6° mês de tratamento ou pacientes nos quais a baciloscopia voltou a positivar, por dois meses consecutivos, após negativação inicial; ambas as situações acompanhadas de piora clínico-radiológica.

Óbito: pacientes que morreram antes do final do tratamento, independentemente da causa.

Transferência: pacientes que, por iniciativa própria, transferiram seu tratamento para outro serviço.

A análise estatística foi realizada utilizando-se o teste qui-quadrado, com correção de Yates sempre que necessário, aceitando-se um valor de $p<0,05$ como de significância estatística.

Resultados

Os resultados do tratamento dos 86 pacientes acompanhados no AEHSP, segundo o sexo, estão na tabela 3.

Tabela 3 – Resultados do tratamento dos pacientes do AEHSP, de acordo com o sexo, 1989 –1997

Resultados	Mulheres		Homens		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cura	31	79,5	34	79,1	65	79,3
Abandono	3	7,7	8	18,6	11	13,4
Falência	5	12,8	1	2,3	6	7,3
Óbito	–		–		–	
Subtotal	39	100	43	100	82	100
Transferência	1		3		4	
Total	40		46		86	

Para comparação, na tabela 4 são mostrados os resultados do tratamento de dois outros grupos de pacientes atendidos ambulatorialmente em uma Unidade de Saúde (US), que na época atendia pacientes com tuberculose, segundo o PCT. O primeiro desses grupos é composto pelos pacientes adultos que iniciaram e continuaram seu tratamento na mesma US, no período de 1989 a 1994. No segundo grupo de comparação estão os pacientes que iniciaram o uso de tuberculostáticos quando da internação no HSP e foram encaminhados, após a alta hospitalar, para continuação do tratamento naquela US, no mesmo período.

Tabela 4 – Resultados do tratamento de pacientes adultos com tuberculose que iniciaram seu tratamento e foram acompanhados na US e de pacientes adultos que foram acompanhados nesta US após terem recebido alta do Hospital Sanatório Partenon, 1989 a 1994

Resultados	US		US, vindos do HSP	
	Nº	%	Nº	%
Cura	973	82,1	36	73,5
Abandono	143	12,1	7	14,3
Falência	40	3,4	4	8,1
Óbito	29	2,4	2	4,1
Total	1185	100	49	100

Fonte: Banco de dados da US.

O grupo do AEHSP, conforme pode ser visto nas tabelas 5 e 6, incluía uma alta proporção de casos de alto risco para abandono de tratamento. Tinha uma proporção de alcoolistas significativamente maior que o grupo da US ($p<0.001$) e uma proporção de pacientes em retratamento, especialmente de retratamento pós-abandono e pós-falência, também significativamente maior que os dois grupos, US e US vindos do HSP ($p<0,001$). Apesar desse perfil de mais alto risco, os pacientes do AEHSP apresentaram taxas de cura similares aos demais grupos de comparação.

Tabela 5 – Percentual de alcoolistas nos grupos AEHSP, US e US vindos do HSP, de acordo com o sexo

Sexo	AEHSP	US	US, vindos do HSP
Homens	78%	35%	63%
Mulheres	23%	4%	0%
Todos	52%	23%	54%

Tabela 6 – Distribuição dos pacientes nos grupos AEHSP, US e US vindos do HSP, segundo a história terapêutica prévia

História Terapêutica	AEHSP	US	US, vindos do HSP
	%	%	%
Sem tratamento prévio	12,8	87,5	80,0
Primotratamento	14,0	0	0
Retratamento pós-cura	4,6	9,5	4,0
Retratamento pós-abandono	27,9	2,6	16,0
Retratamento pós-falência	40,7	0,2	0
Crônico	0	0,2	0
Total	100	100	100

Na tabela 7, estão os resultados do tratamento dos três grupos dos pacientes em primeiro tratamento. Não ocorreram diferenças significativas nas taxas de cura, abandono, falência e óbito entre as três coortes.

Tabela 7 – Distribuição dos pacientes virgens de tratamento e em primotratamento dos grupos AEHSP, US e US vindos do HSP, segundo os resultados do tratamento

Resultados	AEHSP		US		US, vindos do HSP	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cura	17	80,9	981	82,0	31	79,5
Abandono	4	19,1	137	11,4	4	10,3
Falência	–		30	2,5	2	5,1
Óbito	–		49	4,1	2	5,1
Total	21	100	1316	100	39	100

Nos pacientes em retratamento pós-abandono e pós-falência (tabela 8), observou-se taxa de cura significativamente maior entre a coorte AEHSP e US (p<0001) e entre AEHSP e US, vindos do HSP (p=0,024).

Tabela 8 – Distribuição dos pacientes em retratamento pós-abandono e pós-falência dos grupos AEHSP, US e US, vindos do HSP, segundo os resultados do tratamento

Resultados	AEHSP		US		US, vindos do HSP	
	N°	%	N°	%	N°	%
Cura	45	78,9	31	41,9	3	37,5
Abandono	7	12,3	34	45,9	3	37,5
Falência	5	8,8	8	10,8	2	25
Óbito	–		1	1,3	–	
Total	57	100	74	100	8	100

Os resultados obtidos, de acordo com o esquema terapêutico utilizado, podem ser vistos na tabela 9. Não houve diferença significativa nas taxas de cura, abandono e falência, entre os grupos de esquemas.

Tabela 9 – Distribuição dos pacientes do AEHSP segundo os resultados do tratamento e o esquema terapêutico utilizado

Resultados	Esquema terapêutico					
	RHZ, SHM ou RHM		SEMZ		OUTROS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cura	28	82,3	24	72,7	13	86,6
Abandono	6	17,7	4	12,1	1	6,7
Falência	–		5	15,2	1	6,7
Óbito	–		–		–	
Total	34	100	33	100	15	100

Discussão

A tuberculose permanece sendo um importante problema de saúde pública no Estado do Rio Grande do Sul, a despeito da existência de uma Política Estadual de Controle da Tuberculose implantada há várias décadas (Ott et al., 1993). Segundo dados da Equipe de Tuberculose da Secretaria da Saúde/RS, de 1988 a 1998, diagnosticou-se, aproximadamente, 76% dos bacilíferos estimados na população (além do mínimo de 70% recomendado pela OMS), mas conseguiu-se curar apenas 78% deles, menos que os 85% recomendados (WHO, 1991). Esta baixa taxa de cura deve-se, em parte, ao fato da tuberculose ser uma doença que exige o uso de fármacos por longo tempo, o que favorece a não-adesão ao tratamento. Essa não-adesão é também provocada pela alta prevalência, entre os pacientes, de características que induzem ao abandono, como o alcoolismo, a adição a drogas e uma série de outros problemas psíquicos e/ou sociais. A taxa de alcoolismo em pacientes ambulatoriais da US, no período de 1989 a 1994, foi de 23%. Em pacientes hospitalizados no Hospital Sanatório Partenon, no ano 1984, a taxa de alcoolismo foi de 62% (Picon et al., 1993), pois, para aquele hospital, são encaminhados pacientes com irregularidade de tratamento, na maioria das vezes por causa do alcoolismo. Sendo assim, esses pacientes, por serem de mais alto risco de abandono, devem receber um tratamento específico, não só quando internados, mas, principalmente, quando retornam ao ambulatório para a continuação do tratamento.

Dentro desse enfoque, a experiência aqui relatada pode ser útil para auxiliar na estruturação desse tipo de assistência em outros locais. Pela análise da metodologia empregada, pode-se verificar que o atendimento oferecido no AEHSP se diferenciava daquele realizado nas unidades de saúde do PCT (Ott et al., 1993), fundamentalmente pela maior freqüência de encontros, pelo trabalho de grupo e pelo tratamento supervisionado. O

trabalho da equipe, nas reuniões de grupo, faz-se pela utilização de métodos de clarificação dos sentimentos e fantasias subjacentes, permitindo aos pacientes uma melhor elaboração dos aspectos psicológicos envolvidos com a doença. Essa dinâmica cria uma identidade de grupo de características saudáveis que fortalece a motivação de cada paciente para atingir o objetivo comum do grupo, a cura da tuberculose. Além disso, propicia uma experiência de educação em saúde, em que os próprios pacientes, aos poucos, vão transpondo a linguagem técnico-científica para a sua cultura, possibilitando a assimilação dos conhecimentos necessários a respeito da doença, bem como a diminuição das fantasias mais comuns, como, por exemplo, a falsa crença de que, ao melhorarem os sintomas, não precisariam mais seguir o tratamento.

Resultados do tratamento de pacientes com características semelhantes às apresentadas pelos pacientes do AEHSP já tinham sido avaliados no Hospital Sanatório Partenon, nas coortes dos anos 1979, 1980, 1982 e 1983 (Picon et al., 1993). O estudo da coorte de 1983, no final de 1984, excluindo-se dois pacientes transferidos para outro estado, mostrou que, dentre os 587 com alta hospitalar e que deveriam continuar o tratamento ambulatorialmente, 321 curaram (54,7%), 113 abandonaram (19,2%), 88 morreram (15%) e 65 continuavam em tratamento (11,1%), devido à falência ou por terem sido readmitidos após abandono. Os pacientes, naqueles anos, fizeram a primeira fase do tratamento internados no Hospital e a fase seguinte nas Unidades de Saúde, conforme o protocolo do PCT. Portanto, ao terem alta, recebiam tuberculostáticos para 30 dias e eram orientados a comparecer na Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, para a continuidade do tratamento. Quando compareciam, recebiam assistência individual de médicos clínicos, de auxiliares de enfermagem e, em algumas unidades, de enfermeiros, mas não recebiam assistência psiquiátrica e/ou social. Após o atendimento, eram agendados a comparecer mensalmente na Unidade, mas muitos deles acabavam abandonando o tratamento ou fazendo uso irregular da medicação. Frente a essas evidências, pode-se suspeitar fortemente que o atendimento de rotina da maioria das unidades de saúde que seguiam o protocolo do PCT é inadequado para os pacientes egressos do HSP. Por sua vez, os melhores resultados obtidos no AEHSP, com 79,3% de cura, 13,4% de abandono e 7,3% de falência, decorrem do trabalho diferenciado, realizado por equipe multidisciplinar, com assistência não somente individual, como por meio de trabalho de grupo, com a participação de um familiar no controle da ingestão dos fármacos. Além disso, o fornecimento dos tuberculostáticos para somente 7 dias permitiu uma melhor avaliação da adesão ao tratamento.

A comparação dos resultados do AEHSP com os obtidos com os pacientes que iniciaram o tratamento na US e US, vindos do HSP (tabelas 3 e 4) mostrou serem as taxas de cura e de abandono semelhantes. Esses dados sugerem que o trabalho da equipe do AEHSP foi adequado para tratar uma população mais doente, com uma taxa elevada de alcoolismo e,

principalmente, com um número maior de casos em retratamento. Isto pode ser comprovado pelos resultados da tabela 8, onde se verifica que os pacientes que estavam em retratamento após abandono e/ou falência no AEHSP apresentaram taxas de cura e de abandono significativamente maiores que os pacientes em situação semelhante, tratados na US.

Embora não seja a intenção deste trabalho avaliar a eficácia deste ou daquele esquema de tuberculostáticos, mas sim a eficiência da proposta de tratamento apresentada, é necessário que sejam feitas algumas considerações a respeito do tema. Ao se analisar a tabela 2, verifica-se que 34 pacientes (41,5%) utilizaram esquemas de eficácia comprovada, como o RHZ, RHM ou SHM, restando a dúvida de que os resultados não seriam os mesmos caso os esquemas fossem outros. Sabe-se que em pacientes com problemas psicossociais semelhantes consegue-se uma taxa de cura menor, em torno de 65%, quando tratados com esquemas de "terceira-linha", conforme demonstraram alguns relatos da literatura brasileira (Comissão de Terceira Linha do Hospital Sanatório Partenon, 1995; Seiscento, 1997). Porém, ao analisar-se os resultados da tabela 9, verifica-se que a taxa de cura foi semelhante quando se comparou os resultados obtidos com um "bom" esquema (RHZ, RHM ou SHM), com aqueles do esquema SEMZ ou mesmo de esquemas de "terceira linha". Estas são evidências de que se pode atingir bons resultados com a utilização de esquemas de primeira ou segunda linha, desde que se consiga melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento, pela prestação de assistência diferenciada, ressaltando a importância de fatores organizacionais.

Comentários finais

Os pacientes tratados no AEHSP tinham graves problemas, como baixo grau de instrução, baixa renda familiar, elevada taxa de alcoolismo e elevada taxa de casos em retratamento. Esse conjunto de problemas sinalizava um mau prognóstico em relação à adesão e ao sucesso do tratamento. Em função dos bons e significativos resultados obtidos pelo AEHSP, entendem os autores que a metodologia deve ser mantida e que sua aplicação deve ser expandida, transformando-a em uma nova rotina nas unidades de saúde convencionais, visando, principalmente, aos pacientes em retratamento após abandono ou falência.

Tratamiento ambulatorial, con supervisión semanal, de pacientes egresos del hospital especializado en tuberculosis

Resumen: *En el período de agosto de 1989 hasta mayo de 1997, 86 pacientes de tuberculosis egresos del Hospital Sanatório Partenon, hospital público estadual del Rio Grande do Sul, Brasil, recibieron tratamiento ambulatorial supervisionado semanalmente. El grupo era constituido por pacientes con serios problemas*

psicosociales, con gran riesgo de no-adhesión al tratamiento tras la alta hospitalar, siendo, por eso, acompañados por una equipo multidisciplinar ambulatorial. La tasa de cura fue de 79,3%, con 13,4% de abandono y 7,3% de falencia. Esos resultados fueron comparados a los obtenidos con tratamientos autoadministrados, no supervisionados, de dos cohortes de pacientes tratados ambulatorialmente en una unidad de salud, con protocolo asistencial orientado por la Política Estadual de Control de Tuberculosis – PCT*. Las tasas de cura, abandono y falencia fueron superpuestas, indicando que la estrategia utilizada es una alternativa satisfactoria para el tratamiento ambulatorial de pacientes seleccionados.*

Palabras Clave: *Hospital Sanatório Partenon; Ambulatorio hospitalar; Tuberculosis pulmonar; Falta de cooperación del paciente.*

Ambulatory Treatment, with weekly supervision, of patients from a hospital specialized in tuberculosis

Abstract: *From August 1989 to May 1997, 86 tuberculosis patients coming from Hospital Partenon, a public hospitalof the State of Rio Grande do Sul, Brazil, underwent basic weekly treatment with supervision. The group was constituted of patients with serious psychosocial problems, with a great risk of not carrying on the treatment after they left the hospital, being therefore, guided by a multidisciplinary team of basic care. The healing rate was 79,3% with 13,4% of abandon and 7,3% of deaths. Those results were compared to the ones obtained with self-administered treatments, without supervision, of two groups of patients with basic treatment in a health unit with an attending protocol oriented by the State Politics of Tuberculosis Control – PCT. The healing, abandon and death rates were superposed, indicating that the strategy used is a satisfactory alternative to basic treatment of selected patients.*

Key-words: *Hospital Partenon; Hospital basic treatment; Lungs tuberculosis; Treatment resistance.*

Referências

BAYER, R.; WILKINSON, D. Directly observed therapy for tuberculosis: history of an idea. **Lancet**, n. 345, p. 1545-1548, 1995.

CHOWDHURY, A. M. R. et al. Control of tuberculosis by community health workers in Bangladesh. **Lancet**, n. 350, p. 169-172, 1997.

COMISSÃO DE TERCEIRA LINHA DO HOSPITAL SANATÓRIO PARTENON. Eficácia terapêutica do esquema de terceira linha ofloxacina-amicacina-tiacetazona-hidrazida para tuberculose multiresistente. **J. Pneumol.**, n. 21, p. 225-231, 1995.

DYE, C. et al. Prospects for worldwide tuberculosis control under the WHO DOTS strategy. **Lancet**, n. 352, p. 1886-1891, 1998.

ISEMAN, M. D.; COHN, D. L.; SBARBARO, J. A. Directly observed treatment of tuberculosis: we can't afford not to try it. **N. Engl. J. Med.**, n. 328, p. 576-578, 1993.

OTT, W. P. et al. Estrutura e operação do Programa. In: PICON, P. D.; RIZZON, C. F. C.; OTT, W. P. **Tuberculose**: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 75-115.

_____. Programa de controle da tuberculose no Rio Grande do Sul. In: PICON, P. D.; RIZZON, C. F. C.; OTT, W. P. **Tuberculose**: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 53-73.

PICON, P. D. et al. O Hospital no Programa de Controle da Tuberculose. In: PICON, P. D.; RIZZON, C. F. C.; OTT, W. P. **Tuberculose**: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p.667-679.

_____. Tuberculose pulmonar: análise da terapêutica de 62 casos crônicos. **Rev. AMRIGS**, n. 24, p.36-38, 1980.

PICON, P. D.; RIZZON, C. F.C.; OTT, W. P. Princípios gerais do tratamento e escolha do esquema terapêutico. In:_____. **Tuberculose**: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. p. 499-504.

RAVIGLIONE, M. C. et al. Assessment of worldwide tuberculosis control. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. **Lancet**, n. 350, p. 624-629, 1997.

SEISCENTO, M. et al. Tuberculose multiressistente (TBMR): aspectos clínico-laboratoriais, epidemiológicos e terapêuticos. **J. Pneumol.**, n. 23, p. 237-244, 1997.

WHO. **Forty-Fourth World Health Assembly Geneva, 6-16 May 1991**: resolutions and decisions. Geneva, Switzerland, 1991.