



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde

**Plano Estadual de Controle e Eliminação da
Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro
2021-2025**

Rio de Janeiro

2021

Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ)

Secretário de Estado de Saúde: Carlos Alberto Chaves

Subsecretaria de Vigilância em Saúde (SVS)

Subsecretária: Claudia Maria Braga de Mello

Superintendência de Vigilância Epidemiológica e Ambiental (SVEA): Mário

Sérgio Ribeiro

Coordenação de Vigilância Epidemiológica (CVE): Gabriele Damasceno da

Costa Chagas

Equipe de elaboração do plano:

Ana Alice Teixeira Pereira Bevilaqua (Coordenação)

Patricia Ganzenmuller Moza

Marneili Pereira Martins

Mario Sergio Ribeiro

Dayse Muller Fernandes

Henrique Sant'Anna Dias

Ana Lúcia C. de Oliveira

1. Apresentação

O presente Plano Estadual de Controle e Eliminação da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro expressa o esforço conjugado de distintos atores em propor intervenções estratégicas, para os próximos cinco anos, frente aos principais problemas relacionados com a vigilância, prevenção e tratamento da doença.

O objetivo central é garantir um conjunto de medidas que permitam reduzir a incidência e a mortalidade por tuberculose, por meio de ações que reestruturem a rede de atenção em seus diferentes níveis, da Atenção Primária à assistência especializada; garantam profissionais em número adequado e devidamente qualificados para as práticas do cuidado e da gestão; ofereçam apoio à população mais vulnerável; e reconheçam as demandas sociais dos grupos afetados pela Tuberculose.

Além disso, o Plano preconiza uma abordagem sistêmica, sensível às necessidades municipais, regionais e estaduais, no contexto fluminense, explicitando tópicos prioritários de investigação, monitoramento e avaliação, como: repercussões na população privada de liberdade e em situação de rua; protocolos e fluxos assistenciais e de regulação regional de serviços e ações; bem como perspectivas ligadas à novas tecnologias e diretrizes no tratamento de casos de coinfeção TB HIV, resistência às drogas etc

Estrutura-se em dois grandes blocos: o primeiro apresenta a situação epidemiológica mais recente da tuberculose no Estado do Rio de Janeiro e indica aspectos da organização dos fluxos e da gestão das ações de controle e dos serviços de atenção ao agravo, nos municípios e no âmbito da gestão estadual da saúde fluminense. A partir do panorama apresentado, define-se o segundo bloco, que consiste em um plano de ação, organizado em eixos estratégicos:

I - Investimentos na rede de atenção à saúde.

II - Aquisição de equipamentos e contratação de serviços de manutenção dos equipamentos e de empresa de transportes.

III - Educação permanente (capacitação e qualificação do cuidado e da gestão).

IV – Provimento de Recursos Humanos.

V - Suporte Social para as pessoas com tuberculose.

VI - Desenvolvimento de Projeto Estratégico Inovador para redução da interrupção do tratamento (abandono).

VII - Aquisição de insumos para exames laboratoriais e de imagens.

VIII - Fortalecer o Controle Social, reforçando o trabalho comunitário.

IX - Suporte social e logístico à População vivendo em situação de rua.

Para cada eixo do plano de ação, apresenta-se sua descrição, metas e os recursos necessários à operacionalização da proposta, para o primeiro ano e o total de 5 anos. Importante destacar que esses eixos estratégicos se alinham aos instrumentos de planejamento da SES/RJ, quais sejam: Plano Estadual de Saúde 2020-2023 e as programações anuais de saúde dele decorrentes.

O Plano Estadual também está referido ao Plano Plurianual do Estado do Rio de Janeiro (2020-2023), com recursos assegurados para 2021, em torno de R\$ 21 milhões, já alocados no Orçamento Anual, em razão da Lei 8.746/2020. Para alcance do objetivo e das metas aqui propostas, é imprescindível uma efetiva alocação e execução do montante previsto. Como neste ano (2021), houve acréscimo de uma verba da Assembleia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), de cerca de R\$ 246.300.000,00 milhões, que será destinada ao Controle da Tuberculose, no período de 5 anos – 2021-2025 -, sendo de 106 milhões neste primeiro ano, o orçamento contemplado neste Plano, prevê a utilização destes recursos oriundos da ALERJ. O orçamento para o uso dos recursos de meio por cento dos recursos do Fundo Estadual de Combate à Pobreza, previsto na Lei 8.746/2020, será contemplado em outro documento, para uso ainda este ano de 2021, assim que esclarecermos alguns itens acerca do seu uso e como será o repasse.

Espera-se que a operacionalização do Plano, sob coordenação da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), mas com o envolvimento de outros órgãos estaduais – Secretaria de Estado de Administração Penitenciária, Educação (DEGASE), de Transporte e de Direitos Humanos e Assistência Social, possibilite

avanços nos resultados em saúde, alinhados aos princípios da integralidade, equidade e universalidade que norteiam a organização do Sistema Único de Saúde. É imperativo assegurar a queda permanente dos novos casos de tuberculose, o adequado acesso ao tratamento pelo paciente e, com isso, melhor qualidade de vida para a população afetada ou em risco.

2. Análise situacional

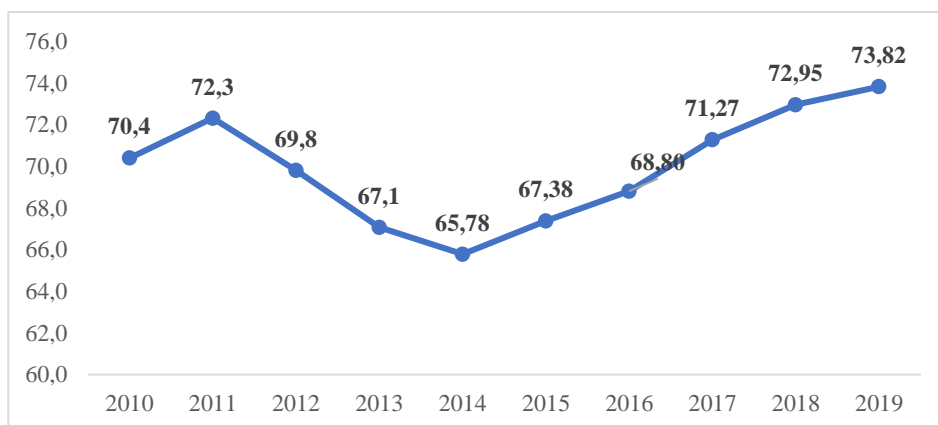
2.1 Situação epidemiológica da tuberculose no estado do Rio de Janeiro

2.1.1 Incidência, distribuição dos casos no estado e fatores que influenciam a disseminação da doença

A tuberculose é agravo transmissível de grande relevância no Brasil e, particularmente, no Rio de Janeiro. O estado é o segundo no País em incidência, com taxa de 73,82 casos/100 mil habitantes, em 2019. A taxa de incidência no país, neste mesmo ano, foi de 35,1 casos/100 mil habitantes.

A incidência da doença vem aumentando desde 2015 (gráfico 1) em diversos estados, paralelamente à intensificação de problemas sociais, como o crescimento do desemprego no Brasil, conforme avaliação do Ministério da Saúde e incremento significativo na população privada de liberdade (PPL).

Gráfico 1. Número de novos casos de tuberculose por 100 mil habitantes (incidência). Estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2019.

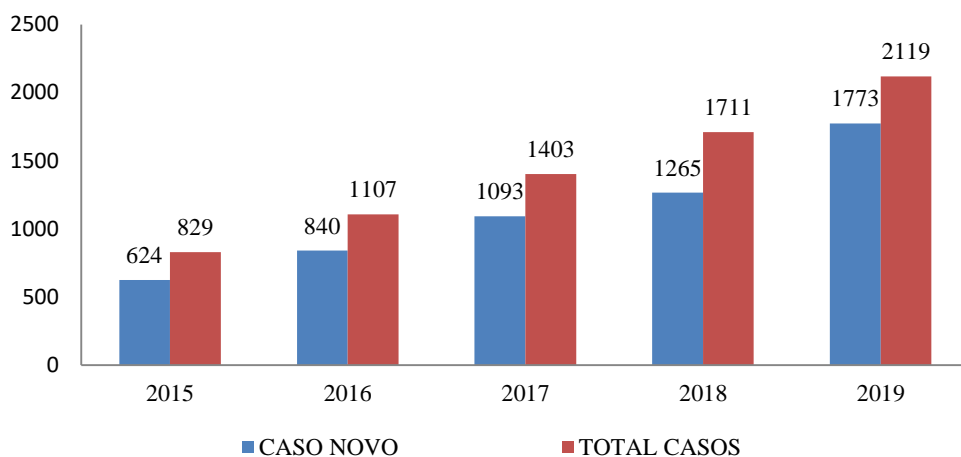


Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

O número de casos de tuberculose na População Privada de Liberdade (PPL) tiveram aumento de 157%, no período de 2015 – 2019 (gráfico 2), tratando-se de aumento real de casos. Um dos motivos para esse cenário é a superlotação dos presídios, uma vez que a PPL é, no mínimo, duas vezes maior do que a capacidade do sistema prisional.

Na década de 90, eram 14 mil pessoas privadas de liberdade no Estado do Rio de Janeiro, saltando para 52 mil em 2014, sem aumento do número de vagas no sistema prisional. Ambientes superlotados facilitam a transmissão da doença, aliada a baixa imunidade dessa população, com maior probabilidade de adoecimento por tuberculose.

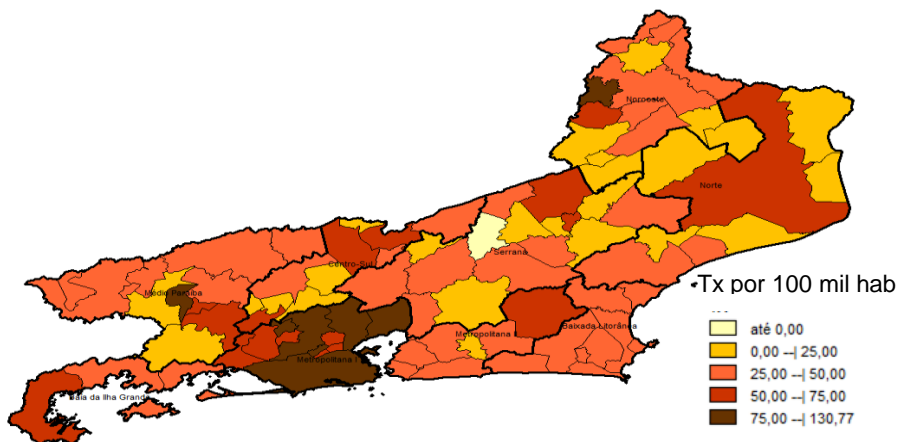
Gráfico 2. Total de casos e casos novos de Tuberculose notificados pelo sistema prisional, ERJ, 2015 a 2019.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

No mapa 1, observa-se a distribuição das incidências dos casos de tuberculose nos municípios do estado, no ano de 2019, respectivamente. Embora haja variações em alguns municípios, a maioria têm taxas de incidência sem alterações significativas.

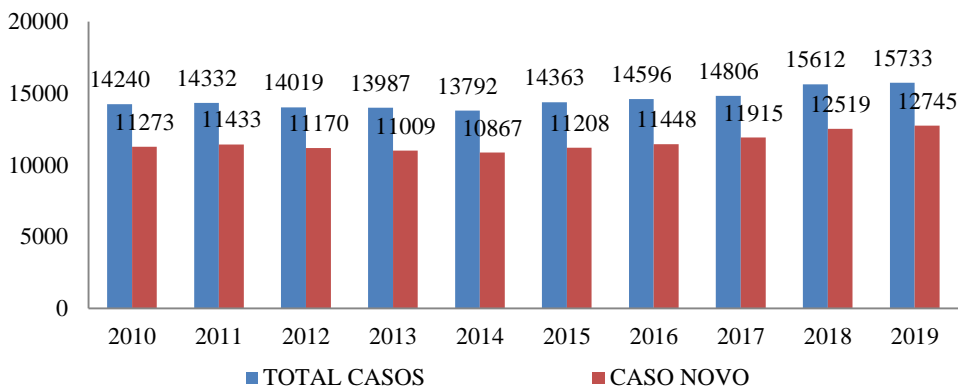
Mapa 1: Taxa de incidência de tuberculose, no Estado do Rio de Janeiro, ano diagnóstico 2019.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

No gráfico 3, que apresenta a evolução de casos notificados, discriminando seu total e os casos novos, observamos que esses vêm aumentando, mesmo diante do fato de o país apresentar subnotificação, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

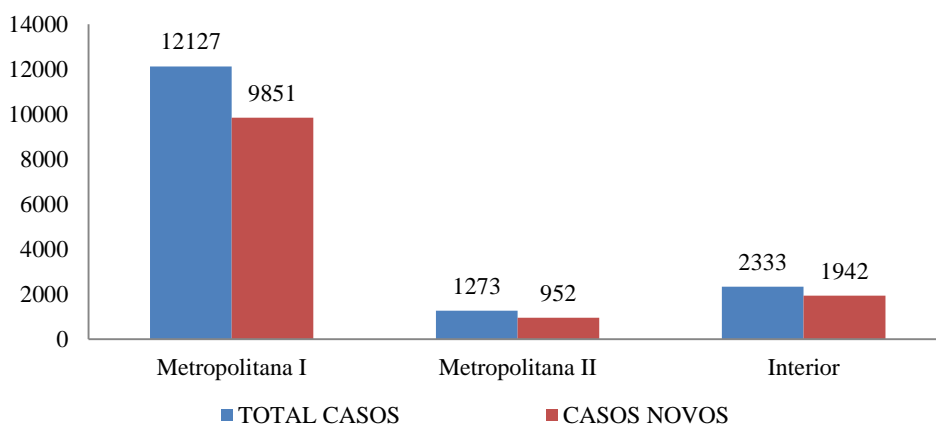
Gráfico 3: Total de casos e casos novos de Tuberculose. Estado do Rio de Janeiro, 2010 a 2019.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

Na análise da distribuição dos casos, no estado do Rio de Janeiro, em 2019, (gráfico 4), observa-se que 77% deles concentram-se na região de saúde Metropolitana I, que abrange 60,8% da população do estado. Na capital, onde está localizada 38,7% da população do estado, ocorreram 56% dos casos notificados. Os demais casos dessa região foram na Baixada Fluminense. Na Metropolitana II, estavam localizados 8,2% dos casos notificados, concentrados nos 3 municípios com maior porte populacional - São Gonçalo, Niterói e Itaboraí. Nas demais regiões de saúde do Estado do Rio de Janeiro, somadas, registraram-se 14,7% dos casos notificados em 2019.

Gráfico 4 – Distribuição de casos notificados de tuberculose, nas regiões Metropolitana I e II e interior do Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2019.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

Considerando as características já estudadas, pode-se afirmar que a tuberculose é uma doença urbana que se dissemina, mais intensamente, nos municípios e áreas com maior densidade demográfica. Na capital do estado e nos municípios da Baixada Fluminense, a alta incidência da doença, está relacionada a grande concentração populacional, como se vê no quadro 1. A alta taxa de incidência em cada município alerta sobre a existência de desigualdades sociais, pois na avaliação de algumas localidades, dentro de cada município, identifica-se

diferenças diretamente relacionadas às condições de vida de cada bairro. Nos municípios da Baixada, não há um estudo mais documentado sobre a distribuição dessa incidência por bairro. No entanto há trabalhos que demonstram que a maior incidência está situada em localidades mais pobres, dentro de municípios.

No quadro 2, na análise da incidência da tuberculose, por bairro, no município do Rio de Janeiro, observa-se taxas elevadas que demonstram uma realidade preocupante. Parte desse problema está relacionado à alta densidade demográfica nesses bairros e também em diversos aglomerados subnormais, nomenclatura esta que foi adotada pelo IBGE, no Censo de 2010, para denominar as favelas. Importante ressaltar que esta incidência foi calculada com a população do censo de 2010, por bairro, quando o mais próximo da realidade seria calcular com a estimativa da população de 2019. No entanto, não há estimativa de população para cada bairro. Deste modo, provavelmente, em 2019, estas incidências deveriam ser menores, mas continuariam sendo muito altas.

Quadro 2 - Bairros do Município do Rio de Janeiro, com as maiores taxas de incidência de tuberculose, no ano de 2019.

| Sequência | Bairros | Incidência |
|-----------|----------------|------------|
| 1º | Bangú | 723,91 |
| 2º | Jacaré | 485,12 |
| 3º | Bonsucesso | 374,11 |
| 4º | Mangueira | 297,17 |
| 5º | Manguinhos | 273,78 |
| 6º | Camorim | 253,81 |
| 7º | Cidade de Deus | 243,74 |
| 8º | Rocha | 228,15 |
| 9º | São Cristóvão | 226,33 |
| 10º | Costa Barros | 225,05 |

Fontes: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo Demográfico de 2010 – e Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Consulta em 05 de maio de 2020.

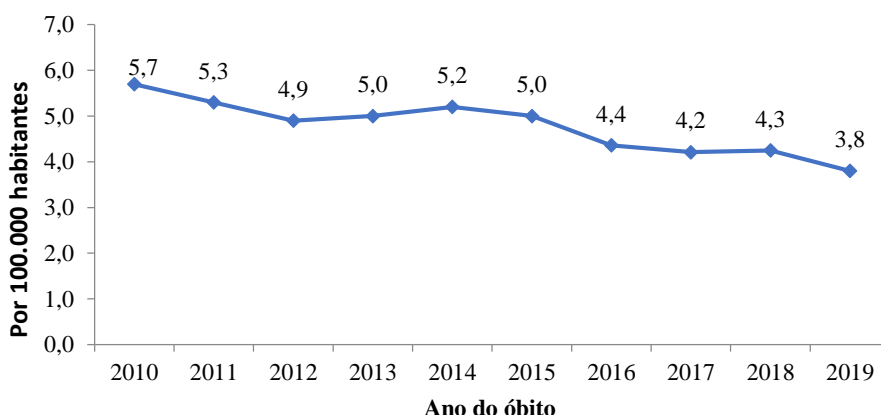
2.1.2 Mortalidade por tuberculose

A tuberculose é uma doença curável e com tratamento medicamentoso disponível nas unidades de saúde. No entanto, o Rio de Janeiro é o estado com a maior taxa de mortalidade do País. Em 2018, enquanto a taxa no País foi de 2,2/100 mil habitantes no estado foi de 4,3. Como mostra o gráfico 5, na série histórica de 2010 a 2018, as taxas foram muitas elevadas. A queda percentual observada, a partir de 2016, na taxa de mortalidade por tuberculose no estado se deve ao fato da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, a partir de investigação dos óbitos por tuberculose, ter excluído cerca de 25% dos casos, por terem concluído não se tratar de tuberculose. No entanto, esta conclusão precisa ser reavaliada, tanto na situação da tuberculose como causa associada de óbito, como nos casos de pessoas vivendo com HIV/AIDS - PVHA.

Em 2018, ocorreram 740 óbitos, no estado do Rio de Janeiro, tendo como causa básica a tuberculose. Analisando a série histórica do estado, dos óbitos por tuberculose observamos que cerca de 40% dos casos não têm notificação no SINAN, o que significa dizer que o diagnóstico só foi feito quando a pessoa já estava com quadro clínico muito grave. Vale ressaltar que, uma parte considerável dos casos são de diagnóstico tardio, o que significa dizer que a pessoa já teria passado por diversas unidades de saúde.

A tuberculose é a principal causa que leva ao óbito as pessoas que têm como doença básica a AIDS. Além disso, dos óbitos que têm a tuberculose como causa associada, 60% são de óbitos por AIDS como causa básica. Anualmente, temos em média, 250 a 300 óbitos por tuberculose, em pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Gráfico 5 – Taxa de Mortalidade por tuberculose, no Estado do Rio de Janeiro, de 2010 a 2019.

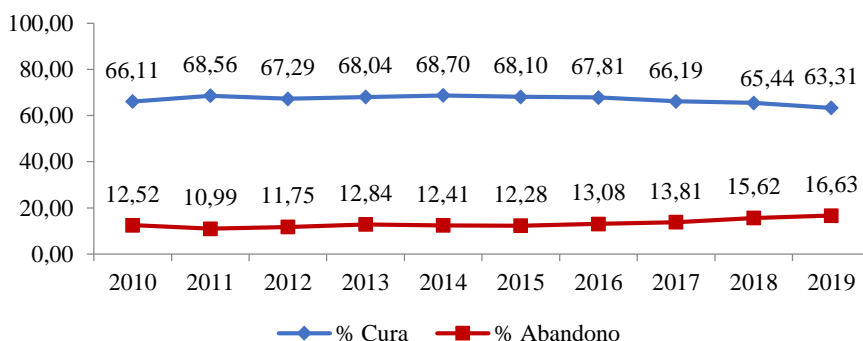


Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Sistema de Informação sobre Mortalidade. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

2.1.3 – Cura e abandono do tratamento

Segundo recomendações da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e, também, desta Secretaria, para que o estado consiga controlar a doença e comece a diminuir sua incidência, deverá alcançar o percentual de 85% de cura e abandono do tratamento menor que 5%. Como pode ser observado na série histórica demonstrada no gráfico 6, o nível elevado do indicador, demonstra a inadequação do controle da doença no estado.

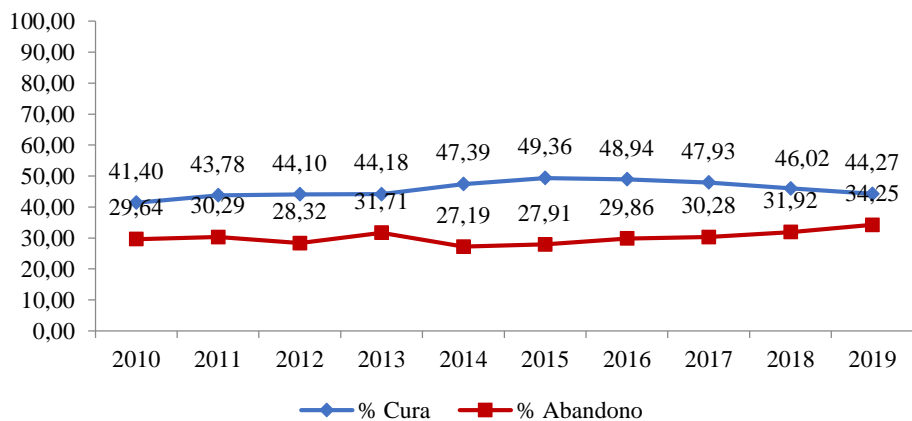
Gráfico 6 – Percentuais de cura e abandono de casos novos notificados, no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2019.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

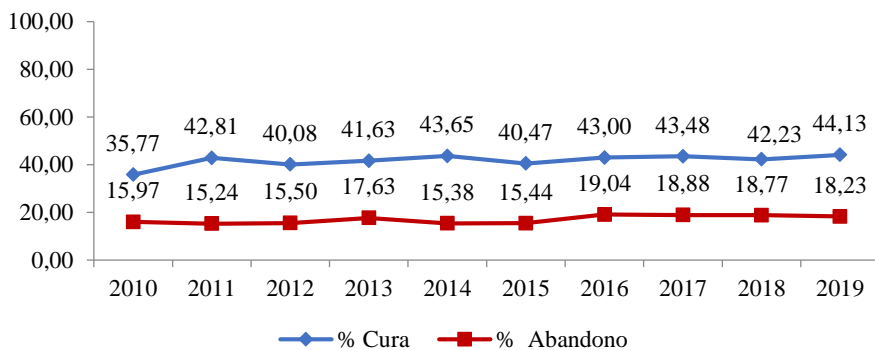
Ao analisarmos os indicadores, nos casos de retratamento e em populações mais vulneráveis, como aquelas em situação de rua e pessoas vivendo com HIV e AIDS, a situação é ainda mais grave, conforme evidenciam os Gráficos 7 e 8.

Gráfico 7 – Percentuais de cura e abandono dos casos de retratamento, no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2019.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

Gráfico 8 – Percentuais de cura e abandono dos casos com HIV positivo, notificados no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2010 a 2019.



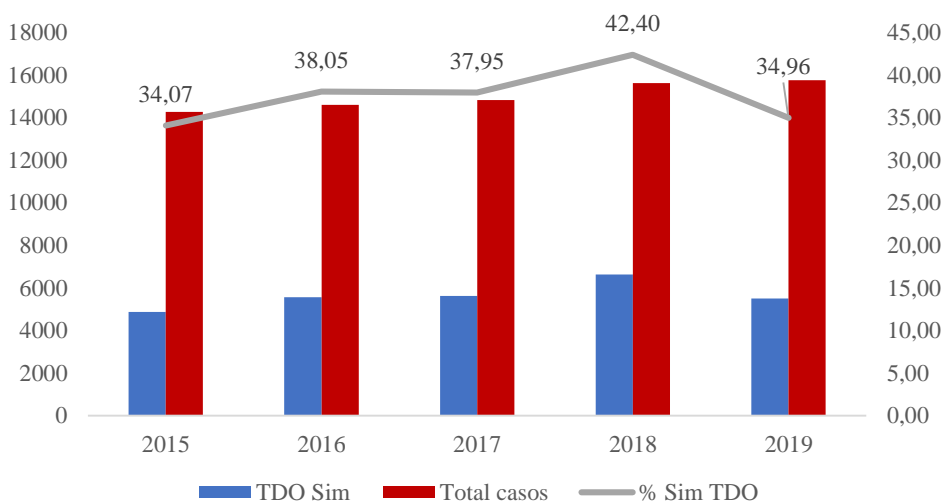
Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro – Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

Estes percentuais estão em níveis inadequados, demonstrando a persistência na transmissão da doença no território – com incidência alta e tendência de aumento, sugerindo que há o desenvolvimento de resistência às drogas no tratamento da doença.

2.1.4 - Tratamento Diretamente Observado (TDO)

Desde 1993, a OMS recomenda o tratamento diretamente observado (TDO), como estratégia para aumentar a cura e diminuir o abandono, pois alguns trabalhos publicados demonstram que há melhora nos indicadores, quando ocorre o acompanhamento da administração diária dos medicamentos, o que auxilia na solução de qualquer intercorrência clínica ou psicológica do usuário, evitando a interrupção do tratamento (abandono). No Estado do Rio de Janeiro, como demonstra o gráfico 9, a realização do TDO, ainda é muito baixa.

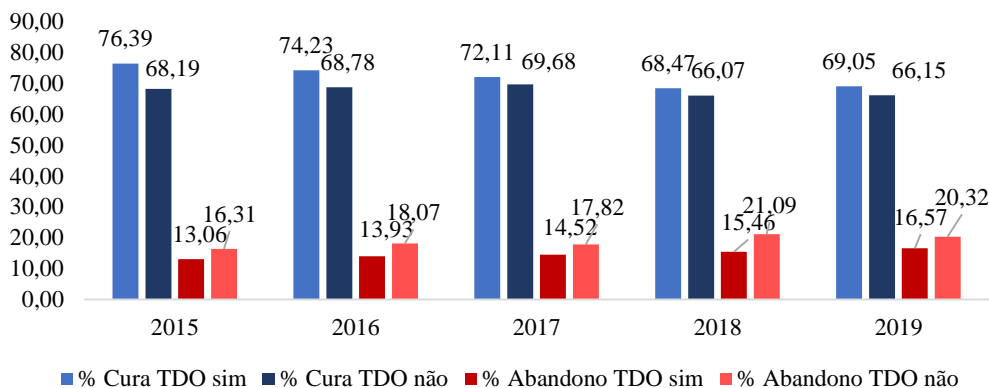
Gráfico 9 – Tratamento Diretamente Observado do total de casos notificados, no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2019.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

No entanto, o gráfico 10, aponta que o desfecho dos casos é melhor quando em TDO.

Gráfico 10 – Percentuais de Cura e Abandono dos casos com e sem tratamento diretamente observado, ano diagnóstico 2015-2019.

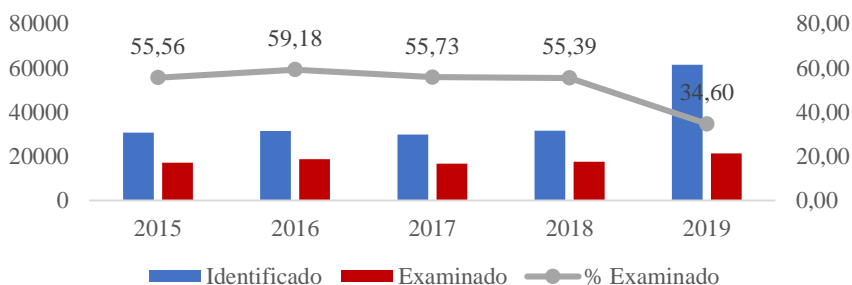


Fonte: Secretaria de Estado do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

2.1.5 - Percentual baixo de exame dos contatos de pessoas com tuberculose.

O exame dos contatos de pessoas com tuberculose constitui-se em medida importante para detecção precoce de outros casos. No entanto, observando o gráfico 11, constata-se que o percentual dos examinados, em média, está abaixo de 60 %. Importante ressaltar que o registro dos contatos é muito baixo, isto significa dizer que não são registrados todos os casos, então, o percentual de examinados é menor ainda.

Gráfico 11 – Contatos identificados, examinados e percentual dos examinados, no Estado do Rio de Janeiro, no período de 2015 a 2019.

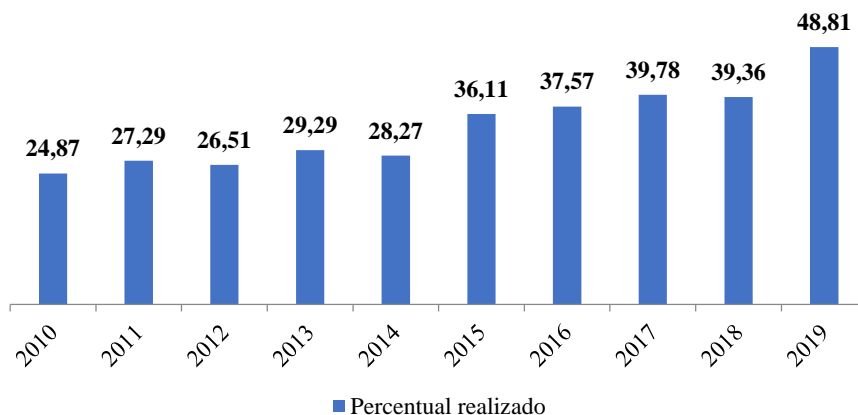


Fonte: Secretaria de Estado do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

2.1.6 - Realização de culturas e Teste de Sensibilidade aos antibióticos (TSA)

A realização de culturas e TSA são essenciais para a detecção precoce de casos com resistência às drogas. Desde 2014, o Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas culturas para todos os casos da doença. No entanto, no Estado do Rio de Janeiro, isto ainda não ocorre e fica evidenciado, quando se analisa, no gráfico 12, a série histórica dos casos de retratamento - aqueles que com mais frequência desenvolvem resistência às drogas -, observa-se que mantêm um percentual muito baixo de realização de culturas. Com isto, os casos de tuberculose com resistência às drogas (TBDR) demoram a ser diagnosticados, o que aumenta a possibilidade de termos ainda mais casos nesta situação, exigindo tratamento prolongado, com custo maior de vidas e de recursos do SUS.

Gráfico 12 - Percentual de culturas realizadas para os casos de retratamentos de Tuberculose - 2010 a 2019.



Fonte: Secretaria de Estado do Rio de Janeiro - Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Consulta em 01 de fevereiro de 2021.

2.1.7 - Casos de Tuberculose com Resistência às Drogas (TBDR)

O Rio de Janeiro é o estado com o maior percentual de casos de TBDR possuindo em média, 29,4 % de todos os casos diagnosticados de Tuberculose multirresistente no País. Esses doentes possuem resistência à rifampicina e isoniazida, sendo a rifampicina a principal droga que garante o tratamento de 6 meses. Aqueles com resistência extensiva (XDR) – que são os resistentes à rifampicina e isoniazida acrescida de resistência a fluoroquinolona e aos injetáveis de segunda linha - têm tratamento de, no mínimo, 18 meses e demoram um ano ou mais para interromper a transmissão da doença, o que pode gerar aumento do número de casos de pessoas que adoecem com resistência primária aos antibióticos. Os casos de resistência à rifampicina são aqueles que foram diagnosticados pelo Teste molecular da TB, que só identifica resistência genotípica à rifampicina, mas que, na sua maioria, já é multirresistente, conforme demonstra - quadro 13.

Quadro 13 – Número de casos de resistência às drogas, no Estado do Rio de Janeiro, por ano de início do tratamento.

| Ano de início tratamento | Multirresistente | Extensivamente resistente | Resistência à rifampicina | Polirresistente | Monorresistente |
|--------------------------|------------------|---------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|
| 2013 | 188 | 10 | 6 | 30 | 45 |
| 2014 | 193 | 37 | 12 | 39 | 64 |
| 2015 | 220 | 17 | 68 | 24 | 62 |
| 2016 | 160 | 13 | 44 | 25 | 60 |
| 2017 | 169 | 11 | 48 | 30 | 54 |
| 2018 | 157 | 16 | 45 | 46 | 63 |
| 2019 | 148 | 10 | 47 | 48 | 61 |

Fonte: Site do Ministério da Saúde/Site Tuberculose. Acessado em 19/05/2020.

2.2 Organização dos fluxos operacionais e de gestão e dos serviços de atenção à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro

2.2.1 - Ações de controle da tuberculose centralizadas.

A busca de sintomáticos respiratórios, coleta de escarro, diagnóstico, tratamento, tratamento Diretamente Observado (TDO) e exames de contatos, ainda continuam centralizadas, na maioria dos municípios, em uma ou até 5 unidades de saúde. Grande parte dos municípios da região Metropolitana I tem cobertura baixa da Atenção Primária, excetuando o município do Rio de Janeiro. No entanto, todos os municípios têm alguma cobertura, que não vem sendo utilizada para desenvolver estas ações.

2.2.2 – Infraestrutura laboratorial e Suprimentos de insumos e exames.

De todos os municípios do estado, somente 47 possuem laboratório público, sendo que nestes há ocorrência frequente de falta de insumos para baciloscopias e outros exames de diagnóstico como, por exemplo, para as radiografias de tórax. Além desse fato, os agendamentos para escarro induzido, broncoscopia, toracocentese e biópsias diversas, demoram dias ou mesmo meses para serem realizados, pela dificuldade de inserção no sistema que regula estes procedimentos e da disponibilidade dos exames.

2.2.3 – Transportes

Poucos municípios dispõem de sistema de transporte para coleta de escarro, visitas de monitoramento às diversas Unidades Básicas de Saúde e visitas domiciliares, sendo essencial nos casos de pacientes que faltam às consultas e na busca de medicamentos.

2.2.4 – Recursos humanos

Há uma grande carência de profissionais de saúde como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, sanitaristas e técnicos em enfermagem para a

execução de ações relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de tuberculose. Observa-se que em muitos municípios, particularmente na Metropolitana I, as Secretarias Municipais de Saúde chegam a ficar sem médicos ou enfermeiros, durante meses, para atender tuberculose, sendo que, a maioria sequer possui assistentes sociais e sanitaristas.

2.2.5 – Alta rotatividade de coordenadores dos Programas Municipais de tuberculose e fragilidade das equipes.

Outro problema recorrente é a troca constante de coordenadores dos programas municipais de tuberculose, o que exige reiteradas capacitações direcionadas a equipe de gestão e treinamento para o desenvolvimento das ações. Além de excesso de atribuições de alguns profissionais, principalmente nos cargos de coordenações de vários outros programas, concomitantemente. Esse cenário é agravado pela desmotivação das equipes e pelo pouco conhecimento que estes dispõem.

2.2.6 – Ações de controle da Tuberculose em presídios.

As ações de controle da tuberculose, no sistema prisional, são centralizadas no Sanatório Penal, situado no Complexo de Gericinó. Não são realizadas atividades de busca ativa de casos de rotina, apenas em ações pontuais, assim como exame de contatos em celas, para diagnóstico das pessoas com tuberculose, dificultando e retardando o tratamento por meses, o que facilita a disseminação da doença para outras pessoas dentro da mesma cela, entre os agentes penitenciários e para os familiares que visitam os presos. O atendimento médico é realizado somente no início do tratamento e na alta ou quando apresentam reação mais grave aos medicamentos, quando conseguem realizar. As consultas sejam para diagnóstico, acompanhamento ou reação adversa, demoram meses para ocorrer, devido à necessidade de escolta, que nem sempre está disponível, pois a prioridade é o transporte de pessoas para audiências no Tribunal de Justiça. Ocorre também, com frequência, a falta de insumos para coleta de escarro, realização de baciloscopias e

culturas e R-X de tórax. Além disso, desde 2019, aumentaram os casos de pessoas egressas do sistema, com tuberculose, e que procuram as unidades municipais externas, mas sem terem passado por consulta para diagnóstico e início do tratamento dentro dos presídios.

2.2.7 – Manejo dos casos de tuberculose com resistência às drogas.

Diante do cenário atual da tuberculose no estado, é possível afirmar que ainda não é adequado o cuidado dispensado às pessoas com TBDR, seja nos municípios ou no suporte às consultas nas referências terciárias. O monitoramento dos casos nos municípios ainda é insuficiente, devido à falta de recursos humanos, transporte de medicamentos e condições para a realização de visitas domiciliares. Apesar de essencial, o TDO é pouco realizado, uma vez que acompanha as pessoas que, na sua maioria, abandonaram o tratamento uma ou mais vezes e há risco maior de abandono pois têm de fazer uso de mais medicamentos sendo um injetável. Além do mais, as unidades ambulatoriais para tratamento destes casos funcionam em locais muito distantes das residências dessas pessoas, obrigando-as a utilizar transporte público por horas, com risco de contágio elevado, considerando que permanecem transmitindo a doença por diversos meses.

2.2.8 – Suporte social

Como a maioria das pessoas que adoecem são pobres e carentes (muitos destes abaixo da linha da pobreza), irão necessitar de auxílio para alimentação, particularmente a população em situação de rua, suporte este que não é oferecido pela maioria dos municípios. Além disso, poucos municípios/unidades de saúde dispõem de assistente social que possa prestar auxílio aos doentes na obtenção dos benefícios a que têm direito, como bolsa família e vale social.

2.2.9 Internação Hospitalar

Atualmente, o tratamento da tuberculose é ambulatorial. No entanto, em algumas situações é necessária a hospitalização do paciente. Nesse sentido, o

Manual de Recomendações para Controle da Tuberculose no Brasil apresenta as seguintes indicações para internação hospitalar de casos de tuberculose:

- Tuberculose meningoencefálica;
- Intolerância aos medicamentos, incontrolável em ambulatório;
- Estado geral que não permita tratamento em ambulatório;
- Intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas, relacionadas ou não à tuberculose, que necessitem de tratamento e/ou procedimento em unidade hospitalar;
- Situação de vulnerabilidade social, como ausência de residência fixa ou grupos com maior possibilidade de abandono, especialmente se for um caso de retratamento, falência ou multirresistência.

No entanto, não há vagas para doentes graves, crianças e adolescentes nos dois hospitais estaduais de tuberculose – Hospital Estadual Santa Maria e Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras. Quando são casos graves, ficam em leitos de hospitais de emergência, sem a biossegurança adequada. Então, há uma grande restrição para internações de maneira geral, pois quando os doentes têm sintomas que podem levá-lo a se tornar um caso grave, como dispnéia, hemoptise e outras situações, a internação é negada, pois não há UTI, sangue para transfusão e procedimentos necessários para interromper a hemoptise. Soma-se a esse problema, o número atual de leitos disponíveis para tuberculose com resistência às drogas (TBDR) que são insuficientes para o atendimento a demanda atual, uma vez que se destinam aos casos mais vulneráveis e que exigem tratamento hospitalar para administração de medicamentos. Atualmente, o estado dispõe de 15 leitos para estes casos, sendo que destes, 13 necessitam de adequação quanto à biossegurança, pois não há pressão negativa nas enfermarias e os banheiros são coletivos.

Importante ressaltar a dificuldade de internação, mesmo para os casos de tuberculose não resistente às drogas, uma vez que mesmo tendo vaga a Regulação dos leitos é lenta, chegando a demorar 3 a 7 dias.

ANEXO: Orçamento - Ações para o Controle da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro - Período 2021-2025

| EIXOS | DESCRIÇÕES | METAS | ORÇAMENTO 2021 | TOTAL 5 ANOS |
|--|---|--|-------------------|------------------|
| I - Investimentos na Rede de atenção à Saúde | Investimentos na estrutura das unidades básicas de saúde, para descentralização das ações de controle da tuberculose para a rede de Atenção Primária em cada município e no sistema Prisional, com a Implantação da PNAISP, e unidades hospitalares do estado, visando adequar a biossegurança e aumentar o número de leitos necessários para tuberculose com resistência às drogas, e para crianças e adolescentes e de UTI. | 60 % das Unidades Básicas de Saúde adequadas, nos municípios de B.Roxo, Campos dos Goytacazes, Duque de Caxias, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Niterói, N.Iguaçu, Paracambi, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e S.João de Meriti, e unidades hospitalares | R\$60.000.000,00 | R\$60.000.000,00 |

| | | | | |
|--|---|--|-----------------|------------------|
| | | do estado com 100 % da reforma concluída. | | |
| II - Aquisição de equipamentos e contratação de serviços de manutenção dos equipamentos e de empresa de transportes. | Aquisição de equipamentos e contratação de serviços de manutenção dos mesmos, para alocação em unidades municipais e estaduais (incluindo o sistema prisional), visando garantir a realização de exames e a biossegurança necessária, e contratação de empresa de transportes, visando garantir as atividades de monitoramento - visitas às unidades de saúde, coleta de materiais para exame e busca de medicamentos e insumos diversos. | 80% das unidades municipais e estaduais atendidas, incluindo o sistema prisional. | R\$3.000.000,00 | R\$3.000.000,00 |
| | | | R\$3.000.000,00 | R\$15.000.000,00 |
| III - Educação Permanente(capacitação e qualificação do cuidado e da gestão). | Capacitação de recursos humanos em Gestão de Programa de Controle da Tuberculose, em desenvolvimento das ações de controle da tuberculose na Atenção Primária de Saúde, em Manejo Clínico da doença, visando a descentralização das Ações de Controle da | 80% dos municípios e unidades de saúde prisionais com equipes da PNAISP implantadas, com | R\$4.000.000,00 | R\$4.000.000,00 |

| | | | | |
|---|---|--|------------------|------------------|
| | Tuberculose, nos municípios priorizados (16 selecionados) e no Sistema Prisional. | capacitações realizadas. | | |
| IV - Provimento de Recursos Humanos | Contratação de Recursos Humanos para operacionalização de ações, gestão, monitoramento e suporte social, em municípios, no sistema prisional e nas secretarias de saúde e de transporte (profissionais de saúde e administrativos). | 80% dos recursos contratados | R\$8.000.000,00 | R\$40.000.000,00 |
| V - Suporte Social para as pessoas com tuberculose | Suporte Social para usuários com tuberculose, por tratar-se de população com vulnerabilidades sócio-econômicas, com fornecimento de vale Social, vale alimentação, apoio para inserção no Bolsa Família e auxílio INSS. | 90 % dos municípios selecionados com suporte social implantado e famílias de PPL assistidas. | R\$18.000.000,00 | R\$90.000.000,00 |
| VI - Desenvolvimento de Projeto Estratégico Inovador para redução da interrupção do tratamento (abandono) | Desenvolvimento de Projeto Estratégico para diminuição abandono de tratamento, visando melhorar o acolhimento aos usuários-cidadãos e pesquisar os fatores que levam às interrupções de tratamento, buscando | 70% dos municípios selecionados com projeto em andamento, incluindo as Unidades | R\$1.300.000,00 | R\$1.300.000,00 |

| | | | | |
|--|--|---|-----------------|-----------------|
| | difundir os conhecimentos destes fatores para todos os municípios. | Prisionais do Rio de Janeiro. | | |
| VII - Aquisição de insumos para exames laboratoriais e de imagens | Aquisição de insumos para exames laboratoriais e de imagens, para diagnóstico e acompanhamento do tratamento da tuberculose, para suprimento de unidades municipais, estaduais (incluindo unidades prisionais) e federais que realizarão os exames necessários; visando aumentar a capacidade dentro do estado de realização dos mesmos. | 100% dos insumos adquiridos e distribuídos a unidades municipais, estaduais e federais. | R\$6.000.000,00 | RS30.000.000,00 |
| VIII - Fortalecer o Controle Social, reforçando o trabalho comunitário | VIII - Fortalecer o Controle Social visando a aumentar as atividades e ações já desenvolvidas pelas ONGs, de apoio às comunidades mais vulneráveis da população, seja para o diagnóstico da doença, seja de acompanhamento do tratamento e de captação de sintomáticos respiratórios. | 70 % das favelas do município do Rio atendidas e 50% dos demais municípios atendidos. | R\$2.000.000,00 | R\$2.000.000,00 |

| | | | | |
|--|--|---|-------------------|-------------------|
| IX - Suporte social e logístico à População vivendo em situação de rua | Suporte social e logístico à População vivendo em situação de rua, visando garantir a sua alimentação e apoio de moradia ou logístico para cuidados pessoais e de higiene e administração da medicação para tratamento da tuberculose, com Implantação de Casa de Apoio. | Casa de Apoio concluída e vales alimentações adquiridos | R\$1.000.000,00 | R\$1.000.000,00 |
| TOTAL | | | R\$106.300.000,00 | R\$246.300.000,00 |