



Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Tuberculose

Apresentação de um Programa de Formação em Timor-Leste

Tuberculosis – Training Programme presentation in East Timor

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

PORTO, 2009

Tuberculose

Apresentação de um Programa de Formação em Timor-Leste

Ana Margarida Torres Simões Redondo

Aluna de Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Universidade do Porto

Orientador:

António José Abreu Gomes da Silva

Licenciatura Medicina

Chefe Serviço de Cirurgia Geral

Hospital Geral de Santo António (CHP)

Co-Orientador:

Raquel de Almeida Ferreira Duarte Bessa de Melo

Licenciatura em Medicina

Mestrado em Saúde Pública.

Assistente Hospitalar de Pneumologia

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Resumo

Faz-se uma revisão dos factores limitativos no controlo da tuberculose em Timor-Leste. Apresenta-se um programa de formação, que permita dar resposta ao baixo nível de conhecimento sobre a doença, nos doentes com tuberculose.

A tuberculose é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em inúmeros países, a nível mundial. Apesar dos esforços e das estratégias definidas pela Organização Mundial de Saúde persistem atrasos no diagnóstico efectivo e iniciação do tratamento.

Em Timor-Leste a tuberculose é a principal causa de morte, sendo a taxa de detecção de 61% e a taxa de sucesso no tratamento de 79%. São inúmeras as barreiras que influenciam negativamente o sucesso no controlo da tuberculose no país, entre elas: a falta de conhecimentos, a baixa sensibilização e a estigmatização. Estes factores condicionam atrasos no diagnóstico e uma menor adesão à terapêutica.

Em Timor-Leste há necessidade de um programa nacional de educação para a saúde, promovendo o conhecimento sobre a tuberculose e o entendimento sobre DOTS entre os doentes com tuberculose e seus familiares. Para dar resposta a esta necessidade apresenta-se o programa de formação: “Tuberculose – Formar e Prevenir”.

Palavras-chave: Tuberculose, Timor-Leste, Educação para a Saúde.

Abstract

It is done a review of the factors that may control the tuberculosis in East-Timor. To introduce a training programme which allow the increasing knowledge about the disease in its patients.

Tuberculosis is one of the main causes of morbidity and mortality in several countries around the world. Despite the efforts and strategies described by the Mundial Health Organization, there are still delayed diagnostic and treatment.

Tuberculosis is the main cause of death in East-Timor; its detection range is 61% and its successful range in treatment is 79%. There are many barriers that negatively influence the successful control of tuberculosis in this country, such as: lack of knowledge, low sensitization and stigma. These factors regulate delays in diagnostics and low adhesion to therapeutics.

In East-Timor there is a need for a national educational programme for health, promoting the knowledge about tuberculosis and the understanding about DOTS among patients. To give an answer to this need a training programme “Tuberculosis – to train and to prevent” is introduced.

Key-words: Tuberculosis, East Timor, Health Education.

Tuberculose – Panorama Mundial

A tuberculose continua a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em vários países, bem como um importante problema de saúde pública a nível mundial¹. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima uma incidência de 9.27 milhões de casos em 2007, 55% dos quais no continente Asiático, 31% no Africano². No ano de 2007, morreram 1.7 milhões de pessoas por tuberculose, em todo o mundo².

As mudanças mais importantes na história natural da tuberculose foram a epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), bem como o aparecimento de resistências aos anti-tuberculosstáticos³. O impacto do VIH foi maior nos países Africanos, onde mais de 40% da população adulta poderá estar infectada e onde a incidência de tuberculose aumentou 4-5 vezes em 10 anos³. A OMS estima que no ano de 2007 ocorreram 0,5 milhões de casos de tuberculose multi-resistente².

As principais metas para o controlo da tuberculose à escala mundial, definidas pela OMS são²: (I) o início da redução da curva de incidência da tuberculose até 2015 (Objectivo de Desenvolvimento do Milénio 6.C); (II) redução em 50% da prevalência e taxa de mortalidade por tuberculose registadas no ano de 1990; (III) que, pelo menos 70% dos casos com baciloscopia de expectoração positiva sejam diagnosticados e tratados em programas DOTS (*Directly Observed Therapy Short-Course*); (IV) que, pelo menos 85% dos casos com baciloscopia positiva sejam tratados com sucesso. Os dados mais recentes² apontam para a redução da curva de incidência desde 2004, com uma taxa de detecção de casos de 63% em 2007 e taxa de sucesso de tratamento de 85% em 2006.

A estratégia STOP TB (*STOP TB Strategy*) é a abordagem recomendada pela OMS para reduzir o peso da tuberculose a nível mundial, bem como atingir as metas globais³. Os seis principais componentes da estratégia são: (I) prosseguir com a expansão da estratégia DOTS, melhorando a detecção de casos e a cura através de uma abordagem efectiva, centrada no doente, de modo a chegar a todos os doentes, sobretudo os pobres; (II) combater a tuberculose/VIH, tuberculose multi-resistente e outros desafios; (III) contribuir para o reforço do sistema de saúde, colaborando com outros programas de saúde e serviços gerais, por exemplo na mobilização dos recursos humanos e financeiros; (IV) envolver todos os prestadores de cuidados, entidades não governamentais e privadas, aumentando gradualmente as abordagens baseadas numa mistura de público-privado; (V) capacitar as pessoas com

tuberculose e as comunidades afectadas para exigirem, e contribuírem para, os cuidados eficazes.

Até há pouco tempo, a abordagem para a assistência e controlo da tuberculose centrava-se nos elementos essenciais da Saúde Pública e intervenções médicas, com muito pouco enfoque na contribuição das comunidades⁴. A ideia do envolvimento das comunidades em matéria de Saúde Pública e na prestação de cuidados de saúde remonta pelo menos à “Conferência Internacional dos Cuidados Primários de Saúde”, em Alma-Ata, cujas conclusões enfatizaram a importância da “plena participação das comunidades e famílias nos cuidados primários de saúde”, bem como do “direito e dever dos povos de participar individual e colectivamente no planeamento e na execução dos seus cuidados de saúde”⁵. De facto, os desafios colocados pelas grandes epidemias como o VIH, a tuberculose ou a malária, bem como o papel que a sociedade civil teve no apoio aos doentes e às famílias, contribuíram de forma determinante para a consciência dos responsáveis pelas políticas de saúde do papel complementar e indispensável que as comunidades podem desempenhar³.

O quinto componente da estratégia *STOP TB* prevê uma abordagem em que a defesa, a comunicação e a mobilização social se entrecruzam⁶: defesa da estratégia de forma a influenciar as mudanças políticas e sustentar o empenho político e financeiro; comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde e os doentes com tuberculose, assim como as comunidades de modo a melhorar o conhecimento das políticas de controlo, programas e serviços; mobilização social promovendo o empenho da sociedade em especial dos pobres e de todos os parceiros na luta contra a tuberculose. A OMS reforça então, a importância de dotar o público em geral e os doentes com tuberculose de conhecimento e informação sobre a doença, capacitando-os a expressar as suas necessidades e a agir⁶. O que permitirá melhorar a detecção e a adesão ao tratamento, combater o estigma, as crenças e a discriminação³.

Apesar dos esforços a nível global para atingir as metas na detecção e tratamento da tuberculose persistem atrasos no diagnóstico efectivo e iniciação do tratamento. São frequentemente atribuídos a questões de acessibilidade aos serviços de saúde, factores socioeconómicos e sócio-culturais^{7,8}, bem como debilidade dos sistemas de saúde^{9,10}. Entre os mais vulneráveis estão os pobres, os sem-abrigo, os residentes de países em vias de desenvolvimento, os indivíduos com infecção crónica por VIH e os toxicodependentes.

A pobreza está desde há muito associada com a tuberculose^{11,12,13}, sendo esta referida como a “doença da pobreza”¹⁴.

O atraso no início da terapêutica pode agravar a doença entre os doentes sintomáticos, aumentar o risco de morte por tuberculose e aumentar a taxa de transmissão dentro da

comunidade¹⁵. A maioria das transmissões ocorre no período entre o aparecimento da tosse e o início do tratamento, sendo neste período que os doentes se tornam mais contagiosos à medida que aumenta o atraso do início da terapêutica¹⁶. O diagnóstico precoce e a instituição sem atraso da terapêutica são fundamentais para a redução da morbilidade e mortalidade associadas à tuberculose, bem como para minimizar a propagação da infecção aos contactos¹⁷.

Uma causa importante para a falha do tratamento e para o aumento da tuberculose multi-resistente é o tratamento inadequado e incompleto^{18,19}. Factores logísticos relacionados com a interrupção do fornecimento dos fármacos e a negligência ou o abandono do tratamento estão entre as mais importantes limitações que condicionam o insucesso no controlo da doença¹⁹.

Timor-Leste – Contexto Actual

Timor-Leste, o primeiro país do novo milénio, é uma das nações mais pobres do mundo. Localiza-se na metade oriental da ilha de Timor, a norte da Austrália, no extremo do Sudoeste Asiático²⁰. Administrativamente está dividido em 13 distritos: Bobonaro, Liquiçá, Dili e Baucau na costa norte; Covalima, Ainaro, Manufahi e Viqueque na costa sul; Manatuto e Lautém da costa norte à costa sul; Ermera e Aileu, situados no interior montanhoso; e Oecússi, enclave no território indonésio²⁰. Cada um destes distritos possui uma cidade capital e é dividido, por sua vez, em subdistritos, variando o número destes entre três e sete²⁰. Os 67 subdistritos possuem por sua vez, subdivisões administrativas, os sucos (correspondem a aldeias). A menor divisão administrativa de Timor-leste é o suco, existindo 498 sucos no território²⁰.

Com pouco mais de um milhão de pessoas²¹, a taxa de crescimento populacional é de 3.2%, com uma taxa de natalidade de 42.5/1000 e taxa de mortalidade infantil de 88/1000²². A densidade populacional é de 69 pessoas por km²³.

O país é actualmente uma das nações menos desenvolvidas da Ásia, sendo o Índice de Desenvolvimento Humano de 0.483 o que lhe confere a posição 158 num total de 179 países listados²⁴. A maioria da população vive em áreas rurais tendo a agricultura como modo de subsistência²¹. A média do Produto Interno Bruto *per capita* é de US\$469. Aproximadamente 50% da população vive abaixo do limiar de pobreza nacional, com menos de US\$0.88 por dia²⁵. A taxa de alfabetização nos adultos foi de 58% em 2007²⁵.

Após 400 anos como colónia portuguesa, 24 anos como província Indonésia e 2 anos sob administração das Nações Unidas, Timor-Leste tornou-se independente em 20 de Maio de 2002²⁰. O ano de 1999, ano do Referendo Nacional sobre a Independência, foi marcado pela extrema violência contra o povo Timorense, tendo sido destruídas nesse período de violência 77% das instalações sanitárias²⁶. Para além desta destruição, houve um total colapso do sistema de saúde com a debandada de médicos e outros profissionais de saúde de nacionalidade indonésia. Com a independência, o país foi sendo globalmente reconstruído, incluindo as instalações sanitárias, com o apoio de fundos internacionais.

Os serviços de saúde estão organizados em quatro níveis²⁷: (I) 117 clínicas móveis e 88 postos de saúde; (II) 54 centros de saúde, sem internamento, dispondo alguns de apoio médico; (III) 5 unidades de saúde com capacidade de internamento; e (IV) 3 unidades com camas de observação e limitada capacidade cirúrgica. Todos os Centros de Saúde Comunitária (CSCs) estão estrategicamente localizados, cobrindo todo o país.

Em Timor-Leste, as doenças infecciosas são responsáveis por cerca de 60% das mortes, entre elas a tuberculose, malária, infecções respiratórias baixas e diarreias²⁸. A tuberculose é a principal causa de morte (responsável por 10%)²⁸. A hanseníase e a filariase são endémicas, e a encefalite japonesa foi identificada como um importante problema de saúde pública. Verifica-se actualmente um aumento importante na incidência das doenças não infecciosas, tais como doenças cardiovasculares e Diabetes Mellitus²⁷.

Durante o período de ocupação indonésia o controlo da tuberculose foi assegurado pelo Ministério da Saúde e por uma Organização Não Governamental (ONG) local, Caritas Timor-Leste. No ano de 2000 foi estabelecido o Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose (PNLT), com base nas recomendações da OMS²⁹.

O PNLT usa os seguintes fármacos: Estreptomicina (S), Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z), Etambutol (E)³⁰ e prevê que sejam os profissionais de saúde a administrar todas as doses de Rifampicina, com observação directa da toma³⁰. O tratamento dos novos doentes é feito num regime de 8 meses (2RHZE/6HE). Os doentes tratados previamente com anti-bacilares por mais de um mês e com baciloscopia da expectoração positiva, são tratados no regime de retratamento (2SRHZE/1RHZE/5R₃H₃Z₃E₃). A monitorização dos doentes é feita de acordo com as recomendações da OMS.

O controlo da tuberculose, bem como a estratégia DOTS, estão distribuídos por 15 CSCs, a nível distrital; 65 CSCs a nível subdistrital; e 179 postos de saúde e clínicas móveis, cada um deles cobrindo em média 3000 pessoas²⁶.

A detecção de caso é passiva. A todos os indivíduos suspeitos de terem tuberculose assistidos por sua iniciativa nos serviços de saúde, é feita colheita de 3 amostras de expectoração para exame directo. No caso de baciloscopia negativa, é realizado um Rx pulmonar para diagnóstico²⁶. Todos os laboratórios distritais estão preparados para assegurar o exame directo da expectoração.

A implementação da estratégia DOTS é irregular²⁶, sendo apenas assegurada na fase intensiva do tratamento. Em alguns CSCs é efectivamente seguida, sendo observadas directamente pelos profissionais de saúde as tomas da fase intensiva de tratamento. Noutros CSCs os medicamentos para dois ou três dias são fornecidos aos familiares dos doentes, que assegurarão a toma da medicação. Ocasionalmente os DOTS são assegurados pelos profissionais dos postos de saúde ou, excepcionalmente pelos voluntários da comunidade.

Na fase de manutenção os medicamentos para 15 dias ou 1 mês são distribuídos aos doentes²⁶.

Na fase intensiva, em oito dos distritos, as missões católicas asseguram albergues onde os doentes podem permanecer caso necessitem, nos restantes, os doentes em geral ficam ao cuidado de familiares ou em alojamentos temporários.

A taxa de sucesso no tratamento em 2006 foi de 79%, mais baixa que nos anos de 2005 (82%) e 2004 (80%) e a taxa de detecção de casos em 2007 de 61%³¹.

Apesar do sucesso na implementação do PNL³², a tuberculose é um problema de saúde *major* em Timor-Leste³³. Os dados mais recentes apontam³¹ para uma prevalência de 378/100.000 e uma incidência de 322/100.000, no ano de 2007. Não existe notificação de casos tuberculose/VIH, sendo que a OMS estima uma percentagem de 2.9% de tuberculose multi-resistente³¹. Não existe política tuberculose/VIH no país.

Timor-Leste - Factores limitativos do controlo da tuberculose

Em Timor-Leste, o sucesso no controlo da tuberculose é influenciado por inúmeros factores. Entre eles: falta de capacidade técnica e de gestão para executar e supervisionar as actividades do PNLT; competências insuficientes para assegurar a qualidade laboratorial dos serviços; gestão sub-ótima dos medicamentos e materiais; participação deficiente das ONGs locais, voluntários, militares e polícia; incumprimento dos médicos das directrizes nacionais para o diagnóstico; baixa sensibilização e conhecimentos por parte da comunidade e doentes sobre tuberculose²⁶. Todos estes factores condicionam atrasos significativos na procura de tratamento²⁶. A OMS no Relatório de avaliação externa do PNLT²⁶, defende que o baixo nível de conhecimento, a fraca sensibilização e a estigmatização por parte da comunidade e doentes relativamente à doença estão entre os principais factores que condicionam atrasos significativos na procura dos cuidados de saúde.

Actualmente, os programas de controlo da tuberculose reconhecem, que o conhecimento sobre a tuberculose, não apenas do doente mas também da população em geral, é uma questão que exerce uma forte influência na procura de tratamento e na conclusão do mesmo³⁴. A baixa educação para a saúde e a pobre consciencialização tanto por parte dos doentes como dos prestadores de cuidados de saúde estão entre principais problemas a afectar negativamente a actual estratégia no controlo da tuberculose³⁵. A falta de informação adequada é um dos principais entraves ao cumprimento da terapêutica³⁶.

A estratégia Stop TB, defende que a experiência dos doentes com tuberculose pode ajudar outros doentes a lidar melhor com a doença, deste modo garantindo que a informação dos doentes melhora a sensibilização para a doença e aumenta a procura dos serviços de saúde³. A participação activa das comunidades no controlo da tuberculose permite que os indivíduos sintomáticos sejam identificados e diagnosticados mais rapidamente, especialmente em zonas pobres onde é difícil o acesso a cuidados de saúde⁴. Assim, os doentes recebem melhores cuidados dentro da comunidade. Maior sensibilização sobre a doença resulta numa menor estigmatização⁴.

Em Timor-Leste, Martins *et al*³³ identificou como principais barreiras no controlo da tuberculose, a falta de conhecimentos, a estigmatização, as crenças sobre a doença, o uso da medicina tradicional e o recurso a rituais de cura. Refere ainda que os doentes que não concluem o tratamento da tuberculose bem como os membros da comunidade, possuem baixos níveis de conhecimento sobre a doença³³.

Numerosos estudos em todo o mundo, identificaram a falta de conhecimentos sobre a causa e tratamento da tuberculose como uma das questões fundamentais que impedem o sucesso dos programas de controlo da doença³⁷⁻⁴⁷. Banerjee *et al*³⁷ no Malawi, identificou como questão central o recurso a curandeiros e à medicina tradicional. Somma *et al*⁴⁸ refere que tanto na Índia, Bangladesh, Malawi, como na Colômbia a estigmatização afecta a qualidade de vida dos doentes bem como a eficácia no controlo da tuberculose. Kaona *et al*⁴⁹ na Zâmbia concluiu que a falta de conhecimentos sobre as formas de transmissão da tuberculose, diminui a adesão ao tratamento. Okanurak *et al*⁵⁰ refere que, em Bangkok, a baixa taxa de sucesso de tratamento se deve em parte ao inadequado nível de conhecimentos sobre tuberculose dos doentes. Strola *et al*⁵¹ identificou claramente, num estudo de revisão, que a falta de conhecimentos e crenças estão entre os principais factores que condicionam o atraso na procura de tratamento.

A OMS define claramente²⁶ que em Timor-Leste “existe a necessidade de educar e envolver toda a comunidade para ajudar a combater as crenças tradicionais sobre a doença, aumentar a sensibilização para o tratamento, incentivar a rápida procura dos cuidados de saúde”. Durante a execução deste relatório os especialistas entrevistaram alguns doentes com tuberculose, constatando que “nenhum deles tinha ouvido falar sobre a doença ou os serviços de saúde disponíveis antes do diagnóstico”²⁶. A OMS defende que a desvalorização dos sintomas como a tosse pode ser uma razão importante a condicionar o atraso na procura de tratamento²⁶. Para solucionar este problema a OMS define como prioridade para o combate à tuberculose em Timor-Leste a educação para a saúde²⁶, pretendendo deste modo, atingir dois objectivos: instruir os profissionais de saúde para que eles próprios possam promover a educação para a saúde e aumentar os níveis de conhecimento sobre tuberculose na população. Assim é explicitamente recomendado que o Ministério da Saúde crie um programa nacional de educação para a saúde, promovendo o conhecimento sobre a tuberculose e o entendimento sobre DOTS entre os doentes e a população em geral²⁶. Martins *et al*³³ reforça a importância que a educação para a saúde assume em Timor Leste, de modo a aumentar a sensibilização da comunidade e o conhecimento sobre a tuberculose.

Ao aumentar o nível de conhecimentos sobre a tuberculose do povo Timorense, espera-se aumentar a rapidez com que os doentes sintomáticos procuram os cuidados de saúde, diminuir a estigmatização sobre a doença, bem como, aumentar a adesão à terapêutica.

Em Taiwan, a implementação de um programa de formação sobre tuberculose aos profissionais de saúde foi eficaz na promoção do conhecimento e na diminuição do estigma para com os doentes⁵². No Norte da Etiópia, a formação de um grupo de doentes, teve um

impacto significativo na melhoria da adesão à terapêutica³⁸. Em Delhi, na Índia uma campanha de informação e educação sobre tuberculose promovida pelo Governo, foi eficaz no aumento de detecção passiva de caso³⁵.

Vivência Pessoal

Voluntária pela ONG G.A.S. Porto (*Grupo de Acção Social do Porto*), estive nos meses de Agosto e Setembro de 2008 em Timor-Leste. Vivi numa instituição católica, *Casa Aberta para os que Sofrem ISMAIK (Instituto Secular de Irmãos e Irmãs Unidos em Cristo)*, em Tíbar, 15 km a oeste de Dili, que acolhe doentes em fase intensiva de tratamento.

A vivência em Timor-Leste marcou-me pelo contacto com timorenses emagrecidos, alguns deles com tosse, com dentição muito estragada resultado de uma prática ancestral de *mascar* folhas de betel, noz de areca e cal. A *masca* proporciona diminuição da sensação de fome e sensação de aumento da resistência física. Desta prática resulta uma saliva vermelha que o timorense *cospe* para o chão, ficando neste uma mancha que se confunde com sangue.

A própria habitação é diferente de etnia para etnia, verificando-se no entanto, na maioria dos povoados ser uma construção de *palapa*, assente em estacas, sem janelas, com uma única divisão à qual se acede por um buraco no pavimento inferior ou por uma porta única. No interior há uma fogueira permanente com produção de fumo para afugentar insectos e cozinhar. Nesta habitação insalubre, vive toda a família, sendo portanto fácil a transmissão de doenças infecto-contagiosas por via aérea.

Por outro lado as povoações, sucos, distribuem-se por locais de acessibilidade difícil, como medida de segurança, o que torna muito difícil a prestação de cuidados de saúde. Nestas povoações as grávidas têm os seus partos assistidos apenas pelas mulheres da povoação, ficando os recém-nascidos sem qualquer assistência sanitária e consequentemente sem cobertura vacinal.

A experiência com a comunidade de doentes com tuberculose e alguns familiares despertaram a necessidade de encontrar uma solução para a falta de conhecimentos sobre a doença. Eram muitos os que afirmavam “estive mais de 6 meses com tosse até procurar apoio médico” ou por outro “esta doença transmite-se no sangue”. Dos 50 doentes muito poucos eram aqueles que possuíam algum tipo de informação. Esta situação despertou a necessidade, também sentida pelo médico responsável pela *Casa*, Dr. Daniel Murphy, de transmitir informação sobre a doença junto dos timorenses despertando-lhes o interesse num diagnóstico precoce e na adesão á terapêutica.

Assim, sob orientação do Dr. Daniel Murphy o G.A.S. Porto iniciou o primeiro ciclo de Formação aos doentes institucionalizados. Numa primeira fase os voluntários do G.A.S. Porto deram formação ao enfermeiro responsável pela *Casa*. Numa segunda fase, tiveram início as sessões de formação aos doentes, ministradas pelo enfermeiro responsável.

A formação foi estruturada em ciclos de um mês, deste modo qualquer doente pôde assistir a um ciclo completo de formação. Duas sessões semanais nas três primeiras semanas, e na última avaliação, sob a forma de exame oral.

O ensino aos doentes iniciou-se na *Casa* no mês de Setembro de 2008 e desde então vem a desenvolver-se de forma contínua, prevendo-se a sua conclusão no mês de Julho de 2009, altura em que chegará a missão do G.A.S. Porto e que iniciará uma nova forma de abordagem.

Apresentação do Programa de Formação: “Tuberculose – Formar e Prevenir”

Objectivo do Programa:

Aumentar o conhecimento sobre Tuberculose nos doentes com tuberculose a receber a fase intensiva de tratamento.

Descrição:

Fase 1 – Apresentação do Programa ao Ministério da Saúde de Timor-Leste

Numa primeira fase o programa será apresentado às entidades governamentais, para apreciação e posterior autorização de execução.

Fase 2 – Formação aos Enfermeiros das unidades de saúde

Nesta fase será dada formação aos Enfermeiros que assumirão o projecto localmente, em cada uma das unidades de saúde que administram a fase intensiva do tratamento (uma unidade de saúde por distrito). A formação será dada em Língua Portuguesa pelos voluntários do G.A.S. Porto, com o recurso a um manual de apoio.

Fase 3 – Ciclo de Formação aos doentes a receber a fase intensiva do tratamento

Os Enfermeiros iniciarão ciclos de formação com a duração de quatro semanas aos doentes a receberem a fase intensiva de tratamento. Após o fim de cada ciclo tem início novo ciclo. As sessões serão ministradas de acordo com o seguinte esquema:

Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4
Sessão 1 Avaliação pré-formação Apresentação do programa Sessão 2 Epidemiologia e Formas de Transmissão	Sessão 3 Sinais e Sintomas de TB pulmonar TB extra pulmonar Sessão 4 Tratamento e Efeitos Laterais	Sessão 5 Gravidez e TB Sessão 6 VIH e TB	Avaliação pós-formação

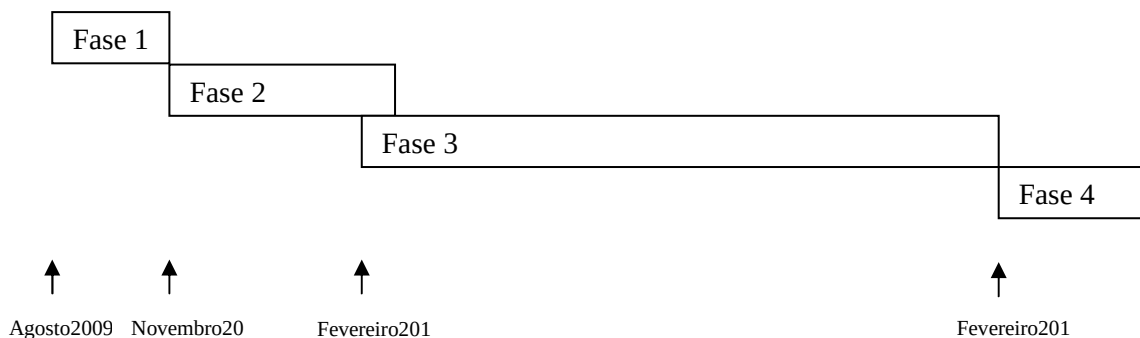
As sessões serão ministradas em Tétum, dialecto mais falado em Timor-Leste, bem como a avaliação. Todas as sessões terão um cartaz de apoio com palavras-chave e imagens alusivas a cada tema abordado.

A avaliação será sob a forma de prova oral, com questionário previamente definido, feita pelo Enfermeiro Responsável, em Tétum.

Fase 4 – Avaliação do programa de formação

Após um ano de implementação, o projecto será avaliado fazendo-se a análise descritiva e comparativa dos questionários pré e pós-formação.

Cronograma



Equipa

Nome	Cargo/Função	Tarefas
Voluntários do G.A.S. Porto	Licenciatura/Mestrado Integrado em Medicina	Responsáveis pela execução da fase 1, fase 2, fase 4. Responsáveis pela coordenação da fase 3.
Dr. Daniel Murphy	Director Clínico da Clínica Bairo Pité, Dili	Responsável pela coordenação de todo o projecto.

Considerações Finais

O povo Timorense enfrenta inúmeros desafios inerentes à sua tão recente independência. A tuberculose apresenta-se como a principal causa de morte, tendo inevitavelmente um impacto negativo no desenvolvimento do país. Torna-se urgente diminuir a prevalência da doença, aumentar a taxa de detecção para 70% e a taxa de sucesso do tratamento para 85%, conforme os objectivos definidos pela OMS.

São inúmeras as barreiras que influenciam negativamente o sucesso no controlo da tuberculose em Timor-Leste, entre elas: a ausência de um programa sustentado de vacinação pela BCG, a pobreza, a falta de conhecimentos, a baixa sensibilização e a estigmatização. Pela revisão apresentada e vivência pessoal, assumo como muito importante que se crie um programa de formação para os doentes e familiares – *“Tuberculose – Formar e Prevenir”*.

A implementação do projecto terá certamente inúmeras dificuldades. Creio que qualquer contributo nesta área merecerá a aceitação e o apoio do governo de Timor-Leste, uma vez que o projecto não acarretará despesas para o erário público e produzirá ganhos em saúde pelos benefícios que trará aos doentes e familiares. Benefícios que se repercutirão numa escala mais alargada, na redução dos gastos públicos no combate a esta doença. A aprovação e autorização para o desenvolvimento do projecto poderá demorar algum tempo e essa demora será uma das dificuldades que terá de ser ultrapassada.

O pouco empenho dos enfermeiros e a falta de motivação dos doentes e familiares serão outras dificuldades que terão de ser consideradas. Estou consciente que terei de as ultrapassar, pensando em incentivos para os primeiros muito embora haja quem questione esta forma de proceder. Pretendo com o projecto, e creio ser possível, aumentar nos doentes os níveis de conhecimento sobre a tuberculose e em especial sobre a necessidade do diagnóstico precoce. Pretendo ainda fazer reconhecer as vantagens da adesão ao tratamento, de forma a obter os resultados preconizados pela OMS na luta contra a doença.

É um projecto que se espera desenvolver no tempo, pelos menos durante 5 anos, com avaliação permanente dos seus resultados e com as correcções adequadas para atingir os objectivos previamente definidos.

Agradecimentos

Ao Dr. Gomes da Silva e á Dra. Raquel Duarte pela orientação deste trabalho. Ao G.A.S. Porto e á Madre Lurdes, fundadora do ISMAIK pela experiência adquirida em Timor-Leste. Ao Dr. Daniel Murphy pelo exemplo profissional.

Bibliografia

- 1 Bates I, Fenton C, Grubes J, Lalloo D, Medinara Lara. Vulnerability to malária, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part 1: Determinants operating at individual and household level. *Lancet Infection Dis* 2004; 4: 267–277.
- 2 WHO. Global Tuberculosis control: Epidemiology, Strategy , Financing: WHO Report 2009. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 3 WHO. Implementing the STOP TB Strategy: a Handbook for national tuberculosis control programmes. Geneva: World Health Organization; 2008.
- 4 WHO. Community involvement in tuberculosis care and prevention: towards partnerships for health: guiding principles and recommendations based on a WHO review. Geneva: World Health Organization; 2008.
- 5 Primary health care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978.
- 6 WHO. Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals. Geneva: World Health Organization; 2006.
- 7 Eastwood S, Hill P. A gender-focused qualitative study of barriers to accessing tuberculosis treatment in The Gambia, West Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8: 70–75.
- 8 Cambanis A, Yassin M, Ramsay A, Bertel S, Arbide I, Cuevas L E. Rural poverty and delayed presentation to tuberculosis services in Ethiopia. *Trop Med Int Health* 2005; 10: 330–335.
- 9 Harries A D, Nyirenda T E, Godfrey-Faussett P, Salaniponi F M L. Defining and assessing the maximum number of visits patients should make to a health facility to obtain a diagnosis of pulmonary tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: 953–958.
- 10 Pronyk R M, Makhubele M B, Hargreaves J R, Tollman S M, Hausler H P. Assessing health seeking behaviour among tuberculosis patients in rural South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001; 5: 619–627.
- 11 Spence DP, Hotchkiss J, Williams CS & Davies PD. Tuberculosis and poverty. *British Medical Journal* 1993; 307: 759–761.
- 12 Farmer P. *Infections and Inequalities*. University of California Press 1999.
- 13 Munch Z, Van Lill SW, Booysen CN, Zietsman HL, Enarson DA, Beyers N. Tuberculosis transmission patterns in a high incidence area: a spatial analysis. *The Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: 271–277.

- 14 Enarson DA. Conquering tuberculosis: dream or reality? *The Int J of Tuberc Lung Dis* 2002; 6: 369–370.
- 15 Bustamante-Montes L P, Escobar-Mesa A, Borja-Aburto V H, Gomez-Munoz A, Becerra-Posada F. Predictors of death from pulmonary tuberculosis: the case of Veracruz, Mexico. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 208–215.
- 16 Madebo T, Lindtjørn B. Delay in Treatment of Pulmonary Tuberculosis: An Analysis of Symptom Duration Among Ethiopian Patients. 1999.
- 17 Bernardo J, Reyn CF, Kaplan SL. Diagnosis of pulmonary tuberculosis. Up to Date; 2008.
- 18 Borgdorff MW, Floyd K & Broekmans JF. Interventions to reduce tuberculosis mortality and transmission in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2002; 80: 217–227.
- 19 Sharma SK & Mohan. A Multidrug-resistant tuberculosis: a menace that threatens to destabilize tuberculosis control. *Chest* 2006; 130: 261–272.
- 20 Faculdade de Arquitectura da Universidade técnica de Lisboa. Atlas de Timor-Leste. Lidel 2002.
- 21 Central Intelligence Agency. The world fact book: Timor Leste. Washington DC, USA: CIA; 2008.
- 22 WHO. Mini-Health Profile Democratic Republic of Timor-Leste, 2007. Dili: World Health Organization; 2009.
- 23 WHO. Health Profile Democratic Republic of Timor-Leste, 2002. Dili: World Health Organization; 2002.
- 24 WHO. Human Development Report 2008. United Nations Development Programme, New York 2008.
- 25 WHO. Timor-Leste Millenium Development Goals Report, 2009. Geneva: World Health Organization; 2009.
- 26 WHO. National Tuberculosis Programme Timor-Leste. Report of the External Monitoring Mission 29 August – 9 September 2005. New Dehli: World Health Organization Regional Office for South-East Asia; 2005.
- 27 WHO. Country Cooperation Strategy 2004-2008 Democratic Republic of Timor-Leste. Geneva: World Health Organization; 2004.
- 28 WHO. Mortality Country Fact Sheet 2006 Democratic Republic of Timor-Leste. Geneva: World Health Organization; 2006.
- 29 Kelly P M, Lumb R. Analysis of *Mycobacterium tuberculosis* isolates from treatment failure patients living in East Timor. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005.

- 30 National Tuberculosis Control Programme of Timor-Lorosae. TB Control Manual. 2nd ed. Dili, East Timor: Ministry of Health/Caritas Dili; 2001.
- 31 WHO. Timor-Leste TB Country Profile. Geneva: World Health Organization; 2008.
- 32 Martins N, Heldal E, Sarmiento J, *et tal*. Tuberculosis control in conflict-affected East Timor, 1996-2004. *Int J Tuberc Lung Dis* 2006; 10: 975-981.
- 33 Martins N, Grace J, Kelly PM. An ethnographic study of barriers to and enabling factors for tuberculosis treatment adherence in Timor-Leste. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12: 532 – 537.
- 34 Sharma N, Nath A, Taneja D, Ingle G. A Qualitative Evaluation Of The Information, Education And Communication (IEC) Component Of The Tuberculosis Control Programme In Delhi, India. *The Internet Journal of Tropical Medicine*; 2008.
- 35 Sharma N, Taneja D, Pagare D. The Impact of an IEC Campaign on tuberculosis awareness and health seeking behavior in Delhi, India. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9: 1259-65.
- 36 Singh V, Jaiswal A, Porter J. TB Control, Poverty and vulnerability in Delhi, India. *Tropical Medicine International Health* 2002; 7: 693-700.
- 37 Banerjee A, Harries A D, Nyirenda T, *et al*. Local perceptions of tuberculosis in a rural district in Malawi. *Int J Tuberc Lung Dis* 2000; 4: 1047–1051.
- 38 Demissie M, Getahun H, Lindtjorn B. Community tuberculosis care through ‘TB clubs’ in rural North Ethiopia. *Soc Sci Med* 2003; 56: 2009–2018.
- 39 Edginton M E, Sekatane C S, Goldstein S J. Patients’ beliefs: do they affect tuberculosis control? A study in a rural district of South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6: 1075–1082.
- 40 Harper M, Ahmadu F A, Ogden J A, *et al*. Identifying the determinants of tuberculosis control in resource-poor countries: insights from a qualitative study in The Gambia. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2003; 97: 506–510.
- 41 Johansson E, Long N H, Diwan V K, *et al*. Attitudes to compliance with tuberculosis treatment among women and men in Vietnam. *Int J Tuberc Lung Dis* 1999; 3: 862–868.
- 42 Johansson E, Winkvist A. Trust and transparency in human encounters in tuberculosis control: lessons learned from Vietnam. *Qual Health Res* 2002; 12: 473–491.
- 43 Liefoghe R, Baliddawa J B, Kipruto E M, *et al*. From their own perspective. A Kenyan community’s perception of tuberculosis. *Trop Med Int Health* 1997; 2: 809–821.
- 44 Marra C A, Marra F, Cox V C, *et al*. Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 58.
- 45 Tekle B, Mariam D H, Ali A. Defaulting from DOTS and its determinants in three districts of Arsi Zone in Ethiopia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2002; 6: 573–579.

- 46 Wares D F, Singh S, Acharya A K, *et al.* Non-adherence to tuberculosis treatment in the eastern Tarai of Nepal. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: 327–335.
- 47 Watkins R E, Rouse C R, Plant A J. Tuberculosis treatment delivery in Bali: a qualitative study of clinic staff perceptions. *Int J Tuberc Lung Dis* 2004; 8: 218–225.
- 48 Somma D, Thomas BE, Karim F, Kemp J, Arias N, Auer C. Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia. *Int J Tubercu Lung Dis* 2008.
- 49 Kaona F, Tuba M, Sisiya S, Sikaona L. An assessment of factors contributing to treatment adherence and knowledge of TB transmission among patients on TB treatment. *BMC Public Health* 2004; 4:68.
- 50 Okanurak k, Kitayaporn D. Factors contributing to treatment success among tuberculosis patients: a prospective cohort study in Bangkok. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12: 1160-1165.
- 51 Strola DG, Yimer S, Bjune GA. A systematic review of delay in the diagnosis and treatment of tuberculosis. *BMC Public Health* 2008; 8: 15.
- 52 Ping-Sheng Wu, Pesus C, Nien-Tzu C, Wen-Jung S, Hsu-Sung K. Assessment of Changes in Knowledge and Stigmatization Following Tuberculosis Training Workshops in Taiwan. *J of the Formosan Medical Association* 2009; 5: 108.