

Controle da tuberculose na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo — avaliação de alguns parâmetros*

MANUEL JUSTO GARDETE

1. Introdução

1.1. Justificação do tema

A tuberculose (TB), doença que se pensava controlada, volta de novo a suscitar preocupações. A dimensão e a transcendência social da tuberculose, enquanto problema de saúde, são grandes e tendencialmente crescentes; no entanto, a vulnerabilidade a medidas de prevenção e tratamento é elevada.

Nos países industrializados, a diminuição no número de casos de tuberculose que regularmente se verificavam foi interrompida e as tendências de evolução da morbilidade modificadas. O fenómeno, inicialmente verificado nos Estados Unidos (Centers for Diseases Control, 1985; Jereb *et al.*, 1991) e posteriormente na Europa, é complexo, não totalmente esclarecido e apresenta diferenças entre países (Raviglione *et al.*, 1992; Rieder, 1992).

Em 1991 a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere a notificação de 4 078 961 casos de TB e uma taxa média de incidência referida à totalidade das regiões de 61,8/100 000 habitantes para o

período 1984-1986 e uma taxa de 74,6, superior, para o período 1989-1991 (WHO, 1994). Sendo, actualmente, a TB a principal causa de morte devida a um único agente infeccioso, a OMS, em 1993, na previsão de cerca de 90 milhões de novos casos na próxima década, declarou o recrudescimento da TB como situação para intervenção global e urgente, chamando a atenção para que a morbilidade e mortalidade elevadas pela doença são resultado de medidas de controle inadequadas (Kochi, 1994).

Também, no seguimento do Tratado da União Europeia, a comissão encarregada de elaborar o plano de acção no domínio da saúde pública, perante o ressurgimento da TB, frequentemente associada à SIDA, sublinha a necessidade de continuar a luta contra as doenças transmissíveis e de se desenvolver, no período 1994-1998, investigação biomédica e sanitária nestas áreas (Communauté Européenne, 1993).

Em Portugal, a tuberculose apresenta taxas elevadas de morbi-mortalidade, constituindo um importante e actual problema de saúde pública. Em 1991, com um total de 5495 casos novos de tuberculose e uma taxa de 55,8/100 000 habitantes (DGCSP, 1991, 1992), Portugal apresentava a taxa de incidência mais elevada de 14 países da Europa ocidental (Raviglione *et al.*, 1992); no mesmo ano verificaram-se 217 óbitos por tuberculose e uma taxa de mortalidade de 2,8/100 000 habitantes (DGCSP, 1991, 1992), também a mais elevada da Europa (Raviglione *et al.*, 1992).



Manuel Justo Gardete é assistente graduado de saúde pública.

* Dissertação de mestrado em Epidemiologia, Faculdade de Ciências Médicas e Escola Nacional de Saúde Pública, da Universidade Nova de Lisboa, em 1994.

1.2. Tuberculose — termos e conceitos

1.2.1. Estratégia e quadro institucional da luta contra a tuberculose

A noção de estratégia em saúde, definida como conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde, pressupõe, numa perspectiva de planeamento como processo interactivo, a existência de recursos humanos, materiais ou financeiros (Imperatori e Giraldes, 1993) inseridos num determinado quadro institucional.

Em Portugal, as estratégias da luta contra a tuberculose e o consequente quadro institucional têm passado por diversos conteúdos e modelos. Como aspectos fundamentais da estratégia e organização referem-se:

- É a rainha Dona Amélia, que «[...] aflita pelo que via nas casas pobres, nos hospitais que percorria e nas missivas que recebia, nas quais lhe expunham, cada um, as suas misérias, a sobressair como nota mais sombria a tuberculose [...]» (Rosa, 1979), cria em 1899 a Assistência Nacional aos Tuberculosos (ANT), primeira estrutura organizada em Portugal para combater a doença;
- Em 1911, reorganização da ANT, integrando-a nos serviços de assistência e saúde públicas; criação da Comissão Permanente da Profilaxia da Tuberculose (Rosa, 1979);
- Após quatro alterações estatutárias, a ANT, em 1946, muda o seu nome para Instituto de Assistência Nacional aos Tuberculosos (IANT) (Rosa, 1979).

Em 1950, a publicação da Lei n.º 2044 estabelece que compete ao Estado a orientação, a coordenação e o controle dos meios de luta contra a tuberculose, tendo-se criado nessa altura os centros de diagnóstico e profilaxia, as brigadas móveis, os centros de cirurgia torácica, os centros de readaptação e o Laboratório Nacional de Produção da Vacina BCG (Jereb *et al.*, 1991; Rosa, 1979).

A apresentação em 1960 do «projecto de controle da tuberculose em Portugal», a publicação de diversos regulamentos e formulários entre 1953 e 1960 pelo IANT (Rosa, 1979), a «revisão de critérios de orientação» em 1969 e as «normas terapêuticas para o tratamento ambulatorio da tuberculose» em 1974 prefiguram uma estratégia organizada de luta contra a doença:

— Em 1975 é criado o Serviço de Luta Antituberculosa (SLAT) pelo Decreto-Lei n.º 260/75, de 26 de Maio; acentua-se que a luta contra a tuberculose não pode abrandar e deve processar-se nos moldes que os conhecimentos científicos e tecnológicos recomendam (Decreto-Lei n.º 260/75) e que os dispensários fiquem integrados na Direcção-Geral de Saúde;

— No seguimento da criação do SLAT, em Março de 1977, um grupo de trabalho sob orientação da Direcção-Geral de Saúde elabora o Programa Nacional do Controle da Tuberculose em Portugal (DGS, 1977).

Regulamentado posteriormente por despacho ministerial publicado no *Diário da República*, n.º 266, de 17 de Novembro de 1977 (Despacho ministerial, 1977), o programa é definido como integrado, com aplicação a toda a população do país, com carácter permanente, adaptado às necessidades da população, integrado na estrutura sanitária da comunidade, considerando os doentes com os mesmos direitos e regalias no acesso ao programa. A execução do programa faz-se nos centros de saúde e nos estabelecimentos do SLAT, nos locais que se justifiquem.

O regulamento do programa considera com especial relevo a tuberculose pulmonar com eliminação de bacilos na expectoração e estabelece normas e orientações relativamente à notificação, ao diagnóstico e tratamento, à vacinação BCG e à coordenação da comunidade com o programa, esboçando uma estratégia de intervenção com objectivos, meios, acções e avaliação;

— Em 1984, o Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de Março (Despacho ministerial, 1984), cria a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (DGCSP). Na estrutura organizativa da DGCSP é criada a Direcção de Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias, com funções de orientação técnica e de avaliação dos resultados das acções de vigilância e luta contra a tuberculose (Despacho ministerial, 1993);

— Em 1989, com edição revista em 1991, a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários revê e actualiza em «orientações técnicas» (DGCSP, 1991) a forma como devem ser executados o diagnóstico, o tratamento e a profilaxia da tuberculose;

— Em 1993 é publicado no *Diário da República*, n.º 180, de 3 de Agosto, o despacho que cria o Programa Nacional de Luta Antituberculosa

(Despacho ministerial, 1993), que reafirma o âmbito nacional e o carácter de execução corrente do programa e afirma a sua gratuitidade e o desenvolvimento nas áreas da prevenção, do diagnóstico, do tratamento e da vigilância da tuberculose. Estabelece níveis de coordenação e coordenadores (nacional, regional e sub-regional) e, sem prejuízo da articulação destes com as estruturas das regiões e sub-regiões previstas no Estatuto Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93 de 15 de Janeiro (Despacho ministerial, 1993), prevê que na execução do programa intervenham as instituições e serviços de saúde com actividade de pneumologia, medicina interna ou infecciologia;

- Criação da Direcção-Geral de Saúde (DGS) pelo Decreto-Lei n.º 345/93, de 1 de Outubro (Despacho ministerial, 1993): o programa continua integrado na estrutura organizativa da DGS.

A Comissão Nacional de Luta contra a Tuberculose elabora o documento «Programa nacional de luta contra a tuberculose» — diagnóstico de saúde (DGS, 1995), donde consta o regulamento do programa, as competências das diversas estruturas intervenientes, os serviços periféricos e o programa de acção.

1.2.2. Características e determinantes da doença — evolução da morbi-mortalidade em Portugal

Desde a descoberta em 1882 por R. Koch do *Mycobacterium tuberculosis*, um longo caminho foi percorrido. O conhecimento de que o homem é o único reservatório de *M. tuberculosis* e o isolamento laboratorial de 56 espécies do género *Mycobacteria*, entre elas do *M. bovis* e *M. africanum*, também agentes da tuberculose humana, permitiram conhecer a importância relativa de cada um, os seus reservatórios naturais e as suas formas de transmissão (Garcia, 1990). O bacilo é fundamentalmente disseminado por via aérea e da infecção até ao aparecimento da lesão primária ou de uma reacção à tuberculina positiva decorre um período de incubação de 4-12 semanas (American Public Health Association, 1985).

O risco de aparecimento de tuberculose pulmonar ou extrapulmonar, enquanto probabilidade de que um acontecimento possa ocorrer e determine doença ou morte num certo período de tempo ou idade do indivíduo (Last, 1983), depende de vários factores individuais e/ou colectivos.

O risco de tuberculose é maior no primeiro e segundo anos após a infecção, podendo persistir

durante toda a vida enquanto infecção latente. A morbilidade e a mortalidade são crescentes com a idade, superior no sexo masculino e mais elevada nas cidades do que no meio rural (American Public Health Association, 1985). A urbanização do meio ambiente e a industrialização, promovendo a transmissão aérea da tuberculose, provavelmente, influenciam a morbimortalidade (Fishman, 1980), bem como a sobreocupação e a ventilação deficiente das habitações (Garcia, 1990). A relação inversa entre o estado sócio-económico e a mortalidade por tuberculose está claramente demonstrada (American Public Health Association, 1985; Fishman, 1980). A subnutrição e o alcoolismo (American Public Health Association, 1985; Fishman, 1980), o *stress* emocional (Garcia, 1990) e o *stress* como doença de adaptação (Lôo e Lôo, 1986) podem constituir factores de risco acrescido da doença.

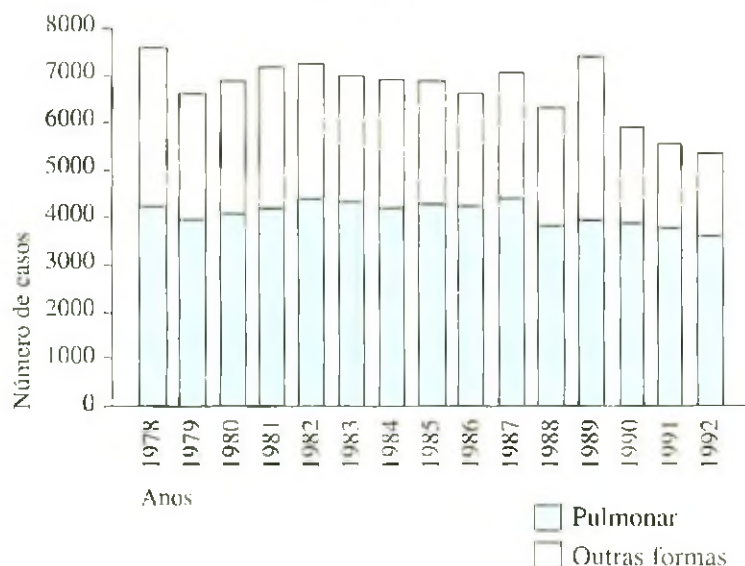
As principais razões para o recrudescimento e aumento do número de casos de tuberculose, referidos no ponto 1.1, parecem ser a presença do vírus da imunodeficiência humana associado à tuberculose (Raviglione *et al.*, 1992; Kochi, 1994; Centers for Diseases Control, 1993), o aumento das migrações humanas (Raviglione *et al.*, 1992), nomeadamente com origem em países que apresentam prevalências elevadas de tuberculose (Kochi, 1994; Centers for Diseases Control, 1993), a deterioração das infra-estruturas de saúde pública (Raviglione *et al.*, 1992; Centers for Diseases Control, 1993), a multirresistência aos antibacilares (Kochi, 1994; Centers for Diseases Control, 1993) por programas de controle incorrectamente conceptualizados e dirigidos (Kochi, 1994), a toxicodependência (Raviglione *et al.*, 1992), a pobreza e as deficientes condições de vida (Raviglione *et al.*, 1992; Centers for Diseases Control, 1993).

Em Portugal, desde 1978 até 1992, o número de casos de tuberculose tem vindo a diminuir, conforme pode observar-se na *Figura 1*. A diminuição observada para os quinze anos em análise tem sido lenta, de 7651 casos em 1978 para 6889 em 1985 e 5362 em 1992.

A distribuição dos casos de tuberculose pelas formas clínicas, conforme pode observar-se na *Figura 1*, mostra um predomínio da tuberculose pulmonar sobre as formas extrapulmonares. Em 1991, para 5495 casos de tuberculose, 3537 eram tuberculosos pulmonares e 1726 extrapulmonares, sendo a proporção observada de cerca de 3:1, valor que se aproxima do padrão referido na literatura (Styblo, 1978).

A taxa de incidência da tuberculose tem vindo a descer desde 1982, com excepção do ano de 1987,

Figura 1
Evolução 1978-1992 do número de casos de tuberculose pulmonar e outras formas clínicas em Portugal



Fonte: DGCSP — Direcção de Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias

conforme pode observar-se na *Figura 2*. Em 1991 a taxa de incidência observada em Portugal foi de 55,8 novos casos por 100 000 habitantes; a distribuição pelos distritos permanece semelhante à dos anos anteriores, mais elevada no litoral, com maior densidade populacional e maior industrialização — distritos de Braga, Lisboa, Porto e Setúbal (DGCSP, 1991, 1992). Para 1992, a taxa de incidência é de 53,4 por 100 000 habitantes (DGS), ligeiramente inferior a 1991.

Em 1991 os distritos de Évora, Leiria e Portalegre apresentaram taxas de incidência inferiores a 30 novos casos/100 000 habitantes; nos distritos de Lisboa, com 1438 casos, Santarém, com 144 casos, e Setúbal, com 464 casos, as taxas de incidência observadas foram, respectivamente, de 69,7, de 32,6 e de 64,9 novos casos/100 000 habitantes (DGCSP, 1991, 1992).

A distribuição dos casos de tuberculose por sexo mostra um maior número de casos no sexo masculino e a ligeira redução observada é maior nos homens do que nas mulheres; na distribuição por grupos etários, o grupo 15-34 anos apresenta o maior número de casos com tendência evolutiva mantida ao longo dos anos (Antunes, 1983). A evolução da doença em menores de 15 anos é decrescente; no entanto, a curva evolutiva no grupo de 65 e mais anos mantém-se horizontal, diferente dos países desenvolvidos, em que o aumento da incidência da tuberculose se faz sobretudo à custa dos idosos (Antunes, 1983).

A confirmação bacteriológica da doença tem melhorado nos últimos anos, sendo em 1988 de 31%

e em 1991 de 53,2% (DGCSP, 1991, 1992). A confirmação diagnóstica nos casos de tuberculose pulmonar é particularmente importante nos casos bacilíferos, já que estes, pela grande capacidade infectante, mantêm a cadeia de transmissão da doença, obrigando, entre várias actividades, à avaliação dos contactos desses doentes (DGCSP, 1991, 1992).

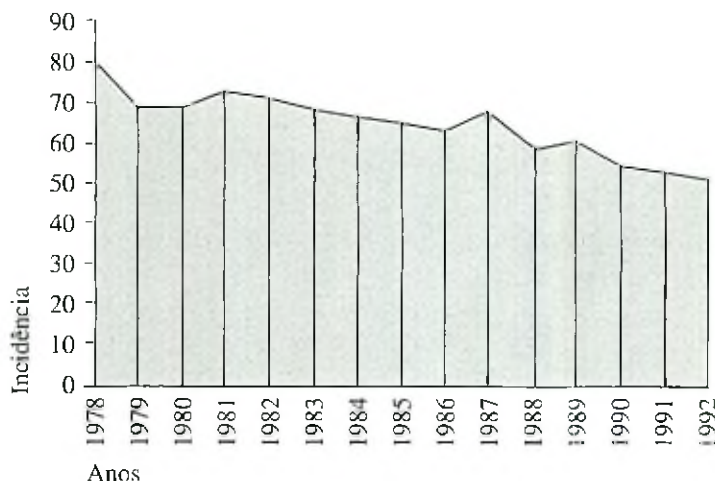
A mortalidade por tuberculose tem vindo a diminuir em Portugal, embora não tanto como outras doenças contagiosas (Feline, 1988); a diminuição no número de óbitos é mais acentuada na tuberculose activa, contrapondo-se um maior número de mortes devidas a efeitos tardios da tuberculose (Antunes, 1983). Em 1991 verificaram-se 276 óbitos — taxa de 2,7/100 000 habitantes (DGCSP, 1991, 1992), valores referidos como de fiabilidade discutível (DGCSP, 1991, 1992; Serra *et al.*, 1990).

É de referir, no contexto actual da epidemiologia da tuberculose, o problema da associação tuberculose/SIDA e da tuberculose nos imigrantes.

Em Portugal, as infecções oportunistas associadas à SIDA, e para o período 1983-1991 a tuberculose, aparecem em terceiro lugar em número de casos, após a infecção por *Candida albicans* e a infecção por *Pneumocystis carinii* (DGCSP, 1991, 1992); em 1991, dos 133 casos notificados de SIDA, 31 (23,3%) estavam associados à tuberculose (Dias, 1992).

O risco de tuberculose é superior nos imigrantes relativamente aos nacionais (Feline, 1988; Van Geuns, 1988; Centers for Diseases Control, 1992; Enarson *et al.*, 1990), constituindo actualmente um

Figura 2
Evolução da taxa de incidência de tuberculose por 100 000 habitantes para os anos 1978-1992 em Portugal



Fonte: DGCSP — Direcção de Serviços de Tuberculose e Doenças Respiratórias

dos maiores problemas no controle da tuberculose nos países europeus. Em Portugal, a informação é escassa e pouco conclusiva, indiciando uma incidência superior nos imigrantes originários dos PALOP e uma relação com a deslocação para a periferia das cidades de grupos de populações com condições sócio-económicas e de habitação deficientes (Antunes, 1991; Antunes *et al.*, 1992). Num estudo efectuado em 1991 nos distritos de Lisboa e Setúbal, 13,2% dos casos verificaram-se em imigrantes (Gardete e Antunes, 1993).

1.3. Avaliação de programas de saúde — a garantia da qualidade em cuidados de saúde

1.3.1. Avaliação de programas de saúde

Entende-se por avaliação o processo que procura determinar sistemática e objectivamente a pertinência, a efectividade e o impacto das actividades em função de determinados objectivos (Last, 1983) dos programas. Diferentes tipos de avaliação de programas podem ser realizados, nomeadamente a avaliação da estrutura, do processo e do resultado (Last, 1983). Para Donabedian, na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados existem componentes e determinantes que podem ser medidas objectivamente e que são constituídas por medidas de estrutura (recursos humanos e equipamentos, etc.), de processo (procedimentos diagnósticos e terapêuticos, etc.) e de resultado (taxas de morbilidade e mortali-

dade, níveis de satisfação dos doentes, etc.) (Donabedian, 1969).

Na avaliação de uma estratégia de intervenção numa comunidade em que se desenvolveram actividades programadas conducentes a objectivos de saúde, a principal utilidade da avaliação do programa de saúde seria determinar a sua efectividade, ou seja, até que ponto um dado serviço produziu um hipotético resultado quando aplicado a critérios predeterminados (Schulberg e Baker, 1979). À validade dos resultados do programa nas avaliações do impacto e de resultados devem colocar-se as seguintes questões: até que ponto os efeitos do programa são devidos à sua aplicação, e não a outras explicações, e até que ponto os resultados podem ser generalizados a outras situações (Shortell e Richardson, 1978). A primeira questão relaciona-se com a validade interna da avaliação dos resultados, enquanto a segunda se relaciona com a validade externa (Shortell e Richardson, 1978); a validade interna é mais importante do que a externa, já que, sem se saber que os resultados são realmente atribuídos ao programa, não se deve generalizar a outras situações (Shortell e Richardson, 1978).

1.3.2. A garantia da qualidade — termos e conceitos

Para Donabedian existem várias definições de qualidade e a validade de cada uma delas resultaria do contexto em que é produzida (Donabedian,

1984). Contudo, qualquer que seja a definição, nos seus termos deverá incluir uma apreciação sobre os riscos e os benefícios do processo de prestação de cuidados.

Vuori define a avaliação da qualidade como conceito metodológico pela determinação da qualidade efectiva de um serviço ou de uma prestação e a garantia da qualidade como conceito operacional que, incluindo as avaliações e as medidas correctoras, teria sempre como objectivo principal a melhoria da qualidade através do aumento da qualidade técnico-científica dos cuidados (Vuori, 1984).

De acordo com as componentes propostas por Palmer, uma avaliação, utilizando técnicas e metodologias da garantia da qualidade, deverá responder às seguintes questões (Palmer, 1989):

- «Qual a dimensão da qualidade considerada?»

Existe uma grande variedade de dimensões da qualidade em saúde, sendo as mais citadas a qualidade técnico-científica (Vuori, 1984; Palmer, 1989), a acessibilidade (Donabedian, 1984; Palmer, 1989), a continuidade (Donabedian, 1984), a satisfação, a efectividade, a adequação e a eficiência (Palmer, 1989). A opção pelo estudo de uma ou mais dimensões depende do contexto social, do sistema de saúde, da experiência profissional etc., sendo a pertinência de cada dimensão diferente, conforme a perspectiva do utilizador, do prestador e do administrador. Assim, para os utilizadores, a satisfação (Vuori, 1984), a qualidade técnico-científica (Palmer, 1989) e a acessibilidade (Palmer, 1989; Otero Puime e Saturno Hernandez, 1990) seriam as dimensões que mais lhes interessariam. Na perspectiva dos prestadores, por estarem directamente relacionadas com a sua actividade, seriam a efectividade e a qualidade técnico-científica (Palmer, 1989);

- «Que característica dos cuidados ao doente vai estudar-se?»

Os cuidados de saúde prestados ao doente desenvolvem-se ao longo de um determinado período de tempo, durante o qual o seu estado pode melhorar ou piorar rapidamente até à morte. As diferenças no tipo de cuidados realizados pelos profissionais, nos diferentes níveis de prestação de cuidados, influenciam a escolha do método de avaliação a efectuar (Palmer, 1989). Nos cuidados de saúde primários, ponto de entrada no sistema de saúde das situações não urgentes, a avaliação do ambulatório deve ter em conta os profissionais que prestam cuidados e os locais onde são presta-

dos, o tipo de problemas dos doentes e os papéis dos profissionais e dos doentes (Palmer, 1989);

- «Qual a unidade (doentes, profissionais, tempo) dos cuidados ao doente que vai estudar-se?»

A avaliação pode analisar ao nível individual o contacto profissional-doente ou referir-se a um conjunto de doentes observados por um grupo de profissionais num ou mais anos (Palmer, 1989). Se a recolha dos dados é efectuada ao nível do profissional ou doente individualmente, os dados podem ser posteriormente agregados de forma a descreverem a assistência recebida pelo grupo de doentes, prestada por um profissional ou equipa (Palmer, 1989). A unidade de tempo durante o qual se recolheram os dados pode ser o período de tempo durante o qual se verificou a prestação de cuidados ao doente, tais como um internamento hospitalar ou a duração da doença (Solon *et al.*, 1967);

- «Que métodos de identificação de casos e de amostragem vão utilizar-se?»

A escolha dos meios para identificar os casos influencia os resultados da avaliação. Existem diferenças entre os dados de base institucional e os de base populacional. A maioria dos estudos avaliam a qualidade dos cuidados com base nos utilizadores, já que as decisões tomadas sobre os utilizadores afectam também os que não o são (Palmer, 1989). Se a população dos doentes identificados é grande, deve retirar-se uma amostra representativa, aleatória, de forma que os resultados sejam significativos de toda a população, e escolher um ou vários anos, tendo em conta as variações sazonais na amostra (Palmer, 1989);

- «Que relação temporal terá a avaliação com a acção a avaliar?»

O conceito da relação temporal aplica-se à apreciação sobre a qualidade dos cuidados prestados depois de terminada a prestação e não à altura em que é efectuada a recolha dos dados; as avaliações podem ser retrospectivas, concorrentes e prospectivas (Palmer, 1989);

- «Que tipos de dados vão utilizar-se?»

Os tipos de dados disponíveis para a avaliação podem classificar-se, de acordo com Donabedian, em dados de estrutura, de processo e de resultados. Os dados de estrutura, como indicador de qualidade de cuidados, são limitados, dada a escassez de informação que existe entre estrutura e desempenho (Donabedian, 1984). A apreciação sobre a

qualidade só pode estabelecer-se desde que se verifique alguma relação entre as características do processo e as consequências na saúde individual e colectiva (Donabedian, 1984); os dados de processo estão mais relacionados com os dados de resultados, por existirem menos passos intermédios e menos variáveis de confundimento do que com os dados de estrutura (Palmer, 1989). Os dados de resultados incluem no seu conceito, além do nível de saúde, a satisfação dos utilizadores com os cuidados prestados (Donabedian, 1984; Palmer, 1989); no entanto, os bons ou maus resultados podem ser atribuídos a factores externos à prestação, nomeadamente às características do utilizador ou à gravidade da doença, mas, mesmo que se modifiquem essas características, deverá sempre proceder-se à análise do processo para determinar a associação entre estas e os resultados (Palmer, 1989).

Como fonte de dados, Palmer identifica a base de dados relativa a todo o movimento da unidade de saúde, as fichas clínicas e os utilizadores (Palmer, 1989);

- «Quem avalia a qualidade dos cuidados?»

As apreciações das dimensões acessibilidade e aceitabilidade da prestação de cuidados devem ser emitidas pelos utilizadores, nas dimensões efectividade, eficiência e qualidade técnico-científica, por elementos da profissão que está a ser avaliada (Palmer, 1989). As avaliações são consideradas internas, quando os profissionais participaram na fixação das normas pelas quais vão ser avaliados, e externas, quando as normas de avaliação são feitas por pessoas diferentes dos prestadores sujeitos a avaliação (Palmer, 1989);

- «Como se avalia a qualidade?»

A utilidade e a pertinência de uma avaliação dependem dos critérios escolhidos para a sua realização (Palmer, 1989), sendo o critério o instrumento de medida que determina as condições a que os cuidados de saúde hão-de obedecer para que possam ser considerados de qualidade (Otero Puime e Saturno Hernandez, 1990).

A generalidade dos autores (Vuori, 1984; Palmer, 1989; Otero Puime e Saturno Hernandez, 1990) classifica os critérios em implícitos e explícitos, e estes em empíricos e normativos. Vuori ainda os classifica em específicos e gerais; os critérios específicos, equivalentes aos critérios normativos de Palmer, justificam-se pelo facto de cada doença constituir

uma entidade particular, com sintomas, diagnóstico e terapêutica diferentes, conforme a situação (Vuori, 1984).

O critério, como instrumento de medida, deverá ser válido, fiável e sensível;

- «Que tipos de intervenção estão disponíveis para corrigir as deficiências?»

O principal objectivo de uma avaliação no âmbito da garantia da qualidade é a intervenção que melhore a assistência ao doente quando as deficiências tenham sido detectadas. Os tipos de intervenção são diversos e vão desde o *feedback* retrospectivo, concorrente ou retrospectivo da informação, às mudanças organizacionais, à educação dos doentes, até sanções e/ou incentivos aos prestadores e aos serviços (Palmer, 1989), etc.

Em Portugal, os primeiros documentos que afirmam a necessidade de serem aplicados programas de garantia da qualidade nas instituições públicas de prestação de cuidados são as circulares informativas designadas «Garantia da qualidade no período 91-93» (DGCSP, 1991) e «Estratégias regionais 92-95 para a garantia da qualidade» (DGCSP, 1991). Recentemente, o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde confere ao Estado poderes de fiscalização e acreditação de instituições, serviços e estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e para estabelecer auditoria médica e administrativa para avaliar a qualidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 11/93).

Diversos trabalhos têm sido efectuados no âmbito da garantia da qualidade em diversas áreas da prestação de cuidados (Leirão, 1990; Marques *et al.*, 1990; Nogueira, 1990; Prates, 1991; Justo, 1993). Na bibliografia disponível e consultada não se encontrou referência a trabalhos utilizando técnicas e metodologias de avaliação e/ou garantia da qualidade na área da tuberculose.

1.4. Finalidades e objectivos do estudo

1.4.1. Finalidade

O presente estudo tem uma finalidade operacional, pretendendo avaliar, através do recurso às técnicas e metodologias da garantia da qualidade, a execução de alguns parâmetros da estratégia de intervenção do Programa Nacional de Controle da Tuberculose em Portugal na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

1.4.2. Objectivo geral

Contribuir para o conhecimento, relativamente aos parâmetros seleccionados, de como o programa está a ser executado e determinar o impacto da sua aplicação na área geo-demográfica escolhida.

1.4.3. Objectivos específicos

- Determinar o grau de cumprimento de critérios, de tipo explícito/normativo e empírico, na dimensão qualidade técnico-científica do processo.
- Avaliar, utilizando critérios explícitos e normativos, a dimensão efectividade dos resultados.
- Testar associações e/ou diferenças estatísticas entre variáveis e/ou parâmetros que se revelem pertinentes e adequados e complementem o conhecimento sobre os objectivos anteriores (v. ponto 2.3).
- Sugerir medidas correctoras sob a forma de recomendações.

2. Metodologia

2.1. Tipo de estudo

Este estudo é descritivo, embora se analisem associações e/ou diferenças entre algumas variáveis de caracterização e análise.

2.2. Componentes e especificações da avaliação

Para sistematização e hierarquização das componentes e especificações deste estudo utiliza-se a versão (modificada de Palmer) do Programa Ibérico de Avaliação da Qualidade (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990).

2.2.1. Dimensões a avaliar

São estudadas a efectividade e a qualidade técnico-científica. Pode definir-se a efectividade como a «situação em que os benefícios atingíveis em condições óptimas de saúde são verdadeiramente atingidos na prática diária» (OMS, 1988) e a qualidade técnico-profissional ou competência profissional como a «capacidade de utilizar recursos e conhecimentos para produzir saúde e satisfação nos utilizadores de cuidados médicos» (OMS, 1988).

2.2.2. Unidades de observação

Caso de tuberculose pulmonar correspondente à designação, segundo a OMS, de novo caso — «doente que nunca recebeu tratamento contra a tuberculose por mais de um mês» (WHO, 1991), com referência hospitalar, médico assistente ou outra aos serviços de tuberculose e doenças respiratórias (STDR).

Os prestadores são médicos, enfermeiras e outros profissionais de saúde, no seu conjunto afectos à prestação de cuidados nos STDR.

O período de tempo durante o qual incide o estudo é de três anos.

2.2.3. Identificação e método de amostragem dos casos — relação temporal da avaliação com o objecto a avaliar

A identificação dos casos é de base institucional, com origem em nove STDR dos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal. A unidade geográfica a considerar no estudo é o distrito. A selecção dos STDR foi efectuada por critérios de acessibilidade do investigador e de representatividade, nomeadamente de algumas características da população, tendo sido seleccionados no distrito de Lisboa os STDR da Venda Nova, Cascais, Alcântara e Lumiar, no distrito de Santarém o STDR de Santarém (abrange vários concelhos limítrofes) e no distrito de Setúbal os STDR de Almada, Barreiro, Grândola e Setúbal.

Com referência a um universo de 1370 novos casos de tuberculose pulmonar notificados em 1991 nos distritos de Lisboa, Santarém e Setúbal (DGCSP, 1991, 1992), testaram-se estratificações nas variáveis sexo e idade, tendo-se optado pela variável que apresentava um efectivo amostral maior ($n = 291$) para um nível de confiança de 95% e um grau de precisão de 5 (suporte informático). Para maior robustez da amostra, nomeadamente do seu comportamento nas estratificações por distrito, aumentou-se o efectivo da amostra em 33,3% (Lemeshow e Lwanga, 1991), sendo a amostra final constituída por 388 casos.

Após identificação dos casos de tuberculose pulmonar verificados no STDR em 1991, a selecção dos casos da amostra é aleatória, retirando alternadamente uma ficha clínica e com reposição quando não se verifique a referência ao início do tratamento. O número de casos seleccionados por distrito e STDR concelho pode ser observado no *Quadro I*.

A avaliação é retrospectiva, por ter sido efectuada após a prestação de cuidados de saúde (Palmer, 1989), abrangendo o período entre 1 de Janeiro de 1991 e 31 de Dezembro de 1993, a estudar em cada caso.

Quadro I

Amostra: distribuição do número de casos de tuberculose por distrito e STDR concelhio

Distrito	STDR	Casos	
		Número	Percentagem
Lisboa	Alcântara	97	25,0
	Cascais	38	9,8
	Lumiar	87	22,4
	Venda Nova	49	12,6
Santarém	Santarém*	28	7,2
Setúbal	Almada	53	13,7
	Barreiro	17	4,4
	Grândola	4	1,0
	Setúbal	15	3,9
Total		388	100

* Inclui casos dos concelhos de Santarém, Alcanena, Torres Novas, Entroncamento, Rio Maior, Chamusca, Cartaxo e Alpiarça.

2.2.4. Tipos de dados — variáveis e parâmetros seleccionados

Os dados recolhidos são dados de processo e de resultados. Neste estudo, como dados de processo, foram utilizados os referidos à anotação das seguintes variáveis e/ou parâmetros: sexo, idade, situação profissional, naturalidade, exame directo e cultural de expectoração, radiologia torácica, teste da tuberculina, rastreio de contactos, número de contactos observados, número de dias entre o início das queixas e a data da primeira consulta, número de dias entre a data da primeira consulta e o início da terapêutica antibacilar, situações associadas, hospitalização por TP, vigilância após a cura e referência do caso ao STDR.

Como dados de resultados, conforme as evoluções possíveis de cada caso diagnosticado e tratado, seleccionaram-se as variáveis cura, recidiva, insucesso terapêutico, abandono e morte. Também como dados de resultados foram recolhidos os parâmetros confirmação bacteriológica da doença no doente com diagnóstico de tuberculose, tuberculose diagnosticada em contactos e resultado positivo ou negativo do teste da tuberculina.

2.2.5. Fonte de dados — tipo de avaliação

Neste estudo, a principal fonte de dados foram as fichas clínicas dos doentes com tuberculose pulmonar. Constituíram fontes suplementares de informa-

ção, quando presentes, as notas de alta hospitalares. A ficha clínica, de formato normalizado, ficha clínica STDR (Ministério da Saúde), foi o suporte de informação utilizado na totalidade dos STDR para registo da informação clínica.

Esta avaliação é realizada na perspectiva dos prestadores, sem participação directa destes na elaboração das normas de avaliação, constituindo, portanto, uma avaliação externa.

2.2.6. Tipos de critérios — explicitação dos critérios

Neste estudo utilizaram-se sobretudo critérios explícitos e normativos. São explícitos, porque se formularam especificando os parâmetros a avaliar e o valor de cada um deles, atribuindo um valor positivo ou negativo (Palmer, 1989), e normativos, porque foram desenvolvidos especificando que devem ocorrer em determinadas circunstâncias (Palmer, 1989) e fixam o que deve fazer-se, como e por quem são executados (Otero Puime e Saturno Hernandez, 1990). São critérios de tipo empírico os que decorrem da prática corrente da prestação de cuidados; não sendo fácil desenvolverem-se como critérios normativos, apresentam tendência a fixarem-se num determinado padrão de qualidade (Palmer, 1989).

Os quatro critérios utilizados na caracterização da amostra, identificados pelas letras A, B, C e D (*Quadro II*), são todos de tipo explícito e normativo.

Os critérios seleccionados, onze referentes aos dados de processo e oito aos dados de resultados, foram numerados de 1 a 19 (*Quadros III e IV*). São considerados de tipo explícito e normativo os critérios com os números 1, 2, 3, 5, 6 e 11 dos dados de processo e os critérios com os números 12, 13, 14, 15, 16 e 19 dos dados de resultados. São considerados de tipo empíricos os critérios com os números 4, 7, 8, 9 e 10 dos dados de processo e com os números 17 e 18 dos dados de resultados.

O quadro de referência, usado na selecção e definição das variáveis e parâmetros presentes nos critérios de qualidade utilizados na avaliação da estratégia de intervenção do «controle da tuberculose em Lisboa e Vale do Tejo», é o referido pela DGCSP nas orientações técnicas com o número 4, «Diagnóstico, tratamento e profilaxia da tuberculose», edição de 1989 revista em 1991 (DGCSP, 1991), pela Organização Mundial de Saúde em 1991 (WHO, 1991) e em 1993 (WHO, 1993) e pela American Thoracic Society em 1990 (American Thoracic Society, 1990).

Os critérios para caracterização e estratificação da amostra, embora possam ser considerados de processo, apresentam-se separadamente no *Quadro II*.

Os critérios seleccionados para os dados de processo e de resultados são os referidos nos *Quadros III e IV*.

2.2.7. Medidas correctoras previstas

As medidas correctoras constituem uma componente fundamental de qualquer avaliação, sendo também um mecanismo importante para a melhoria da qualidade assistencial aos doentes.

Nos programas internos são importantes as medidas de carácter educativo, através da formação adequada dos profissionais nas áreas que se mostraram deficitárias, bem como as de carácter estrutural, mediante a introdução de mudanças nas actividades e formas de organização das equipas de trabalho (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990).

Quadro II
Crítérios para caracterização da amostra — variáveis e parâmetros

Explicitação dos critérios	Variáveis e parâmetros
<i>Crítério A</i> O sexo dos doentes deve estar anotado nas fichas clínicas (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR) Excepção: quando não exista referência ao sexo, o nome do doente serve para caracterizar esta variável	▪ Registo do sexo masculino ou feminino
<i>Crítério B</i> A idade e/ou data de nascimento deve estar anotada na ficha clínica (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR)	▪ Registo da idade em número de anos e/ou data de nascimento
<i>Crítério C</i> A profissão e/ou situação profissional dos doentes deve estar anotada nas fichas clínicas (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR)	▪ Registo da situação profissional nas categorias (DGS, 1994): — Trabalhador no activo — Desempregado — Reformado — Dona de casa — Estudante — Outra situação — Não aplicável — Ignorado
<i>Crítério D</i> A naturalidade por localidade (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR) e/ou país de origem dos doentes deve estar anotada nas fichas clínicas	▪ Registo da naturalidade por: — Nascidos em Portugal — Nascidos fora de Portugal

Quadro III**CrITÉRIOS dos dados de processo — variáveis e parâmetros**

Explicitação dos critérios	Variáveis e parâmetros
<i>Critério 1</i> Realização de exame directo e/ou cultural de expectoração (DGCSP, 1991) em 100% dos doentes Excepção: quando o diagnóstico foi efectuado por exame histológico e/ou bacteriológico de biopsia ou colheita de órgão	• Registo dos resultados dos exames directo e cultural (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR)
<i>Critério 2</i> Realização de radiologia torácica para diagnóstico (DGCSP, 1991) em 100% dos doentes	• Registo do exame radiológico (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR)
<i>Critério 3</i> Realização de prova tuberculínica (DGCSP, 1991)	• Referência à realização do exame (WHO, 1993)
<i>Critério 4</i> Após a primeira consulta, o doente deve iniciar o tratamento o mais precocemente possível	• Número médio de dias referido ao período de tempo entre a data da primeira consulta e o início do tratamento (WHO, 1993)
<i>Critério 5</i> Terapêutica antibacilar de primeira linha instituída no início do tratamento (DGCSP, 1991)	• Registo dos esquemas terapêuticos utilizados
<i>Critério 6</i> Referência a situações associadas à tuberculose pulmonar (DGCSP, 1991)	• Registo de: — Outras formas de tuberculose — Diabetes — Seropositividade e SIDA — Hábitos tabágicos — Hábitos alcoólicos — Toxicodependências (exclui tabaco e álcool) — Outras
<i>Critério 7</i> Os contactos dos doentes com TB pulmonar devem ser observados (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR)	• Registo do número de contactos observados • Percentagem de casos com baciloscopia positiva em que não foi efectuado rastreio de contactos
<i>Critério 8</i> A hospitalização por TP deve ser anotada na ficha clínica Excepção: também são considerados os casos internados em data anterior à primeira consulta e que foram referência ao STDR	• Registo da hospitalização por TP anterior ou posterior à data da primeira consulta
<i>Critério 9</i> Após a cura e durante um ano os doentes devem fazer pelo menos duas consultas de vigilância	• Percentagem de doentes que fizeram vigilância após a cura (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR)
<i>Critério 10</i> Deve ser anotado o número de dias que decorreram entre o início das queixas e a data da primeira consulta Excepção: são excluídos os casos em que a anotação não é clara quanto ao número de dias e/ou data de início das queixas	• Registo da data e/ou número de dias entre o início das queixas relacionadas com a TP e a data da primeira consulta no STDR, hospital ou médico assistente
<i>Critério 11</i> Deve ser anotada na ficha clínica quem referenciou o caso ao STDR (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR)	• Registo da referência: — Médico assistente — Hospital — Rastreio — Iniciativa própria — Outra — Desconhecida

Quadro IV
Critérios dos dados de resultados — variáveis e parâmetros

Explicitação dos critérios	Variáveis e parâmetros
<i>Critério 12</i> Confirmação bacteriológica da doença por exame directo e/ou cultural de expectoração dos doentes com diagnóstico de tuberculose (American Thoracic Society, 1990)	• Percentagem de doentes com confirmação bacteriológica: — Por exame directo — Por exame cultural — Por exame directo e cultural
<i>Critério 13</i> É interpretado como cura o doente que apresente dois exames de expectoração negativos, um deles após ter completado o tratamento (WHO, 1991) Excepção: também são consideradas as situações em que não houve confirmação bacteriológica e exista referência a «alta clínica» após tratamento completo	• Registo das datas de início e fim do tratamento (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR) • Percentagem de curas com confirmação bacteriológica
<i>Critério 14</i> Considera-se insucesso terapêutico o caso que apresente bacteriologia positiva cinco meses após o início do tratamento (WHO, 1991)	• Registo do resultado do exame bacteriológico efectuado após quatro meses de tratamento • Número de insucessos devidos à resistência aos antibacilares (WHO, 1993)
<i>Critério 15</i> O doente com TP recente curado no passado corresponde à designação de recidiva (WHO, 1991) Excepção: neste estudo é recidiva a situação do doente que completou o tratamento e voltou a adoecer com TP durante o período do estudo	• Registo de tratamento e cura anterior • Registo da data de início de tratamento devido à reactivação da TP
<i>Critério 16</i> Considera-se abandono terapêutico a situação em que o doente não fez terapêutica durante dois ou mais meses consecutivos (WHO, 1991) Excepção: também é considerada a situação em que na ficha clínica exista referência a «perdido de vista»	• Registo da data de início do tratamento
<i>Critério 17</i> A morte, independentemente da causa, deve estar registada na ficha clínica	• Registo da variável morte ou falecimento (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR)
<i>Critério 18</i> Os resultados das observações dos contactos devem ser anotados no processo clínico	• Tipo de tuberculose diagnosticada nos contactos
<i>Critério 19</i> O resultado da prova tuberculínica deve ser anotado em 100% dos casos (Ministério da Saúde — ficha clínica STDR)	• Percentagem de casos com resultado: — Positivo — Negativo — Desconhecido

Neste estudo, as medidas correctoras são apresentadas sob a forma de recomendações, após a discussão e conclusões dos resultados do estudo.

2.3. Associações e diferenças estatísticas testadas

No âmbito deste estudo, como contributo para um melhor conhecimento de como as variáveis e/ou parâmetros presentes nos critérios em estudo se comportam, testaram-se as seguintes diferenças e/ou associações:

- Diferenças (homogeneidade) verificadas entre os distritos para as variáveis e/ou parâmetros:
 - Idade dos casos (< > 15 anos) do universo e da amostra;
 - Distribuição dos casos de TP no universo e na amostra;
 - Resultados dos exames directo e cultural de expectoração;
 - Realização da prova tuberculínica;
 - Rastreio de contactos;
 - Vigilância após a cura;
 - Referência dos casos ao STDR;
 - Confirmação bacteriológica da doença;
 - Distribuição dos doentes curados;
- Diferenças entre:
 - Distribuição percentual do número de casos do universo e da amostra;
 - Hospitalização e existência de situações associadas à TP;
 - Confirmação bacteriológica e número de dias entre a data da primeira consulta e o início do tratamento;
- Associações entre as variáveis:
 - Morte e existência de situações associadas à TP;
 - Morte e situação associada a SIDA.

2.4. Análise estatística

Na análise das proporções, verificada na distribuição das variáveis em função de algumas características em estudo, utilizou-se o teste do qui-quadrado (χ^2), ou o teste de Fisher (Siegel e Castellan, 1988), quando o primeiro não se revelou robusto. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Para estimar a força de associação entre variáveis foi calculado o *odds ratio* (Schlesselman, 1982), em virtude de a exposição ser avaliada retrospectivamente. Nos parâmetros de tendência central utilizou-se o nível de confiança de 95%.

Como suportes informáticos utilizaram-se o DBase III (Ashton-Tate, 1986) como base de dados, o Epi Info (CDC, 1990) para o cálculo da amostra e tratamento de dados e o Winword (Microsoft Corporation, 1992) para a realização das tabelas, gráficos e processamento de texto.

3. Resultados

3.1. Universo e amostra

Verifica-se homogeneidade na distribuição da amostra e do universo (*Quadro V*), quando estratificados para a idade ($\chi^2 = 0,29$; 1 gl; $p = 0,5929$).

A distribuição, número e percentagem relativa dos casos de TP presentes no universo e seleccionados para a amostra são homogéneos nos três distritos (*Quadro VI*).

A selecção dos 388 casos da amostra foi feita proporcionalmente ao número de casos presentes em cada um dos nove STDR escolhidos.

Apresentam-se de seguida, nos pontos 3.2 e 3.3, os resultados do cumprimento dos critérios enunciados no ponto 2.2.6 da metodologia. Os resultados são apresentados em número absoluto, relativo e tipo de associação e/ou diferença verificada, por critério.

Quadro V
Distribuição do número de casos do universo e da amostra pela variável de estratificação

Idade	Universo		Amostra	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
< 15 anos	53	3,9	18	4,6
> 15 anos	1 317	96,1	370	95,4
Total	1 370	100	388	100

Quadro VI
Universo e amostra — número e proporção de casos por distrito

Distrito	Universo		Amostra	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Lisboa	959	70,0	271	69,8
Santarém	98	7,2	28	7,2
Setúbal	313	22,8	89	22,9
Total	1 370	100	388	100

Quadro VII
Distribuição da idade por grupo etário em valores absolutos e percentuais

Grupo etário	Número	Percentagem	Percentagem acumulada
0-4	5	1,3	1,3
5-14	13	3,4	4,6
15-24	82	21,1	25,8
25-34	101	26	51,8
35-44	59	15,2	67
45-54	50	12,9	79,9
55-64	41	10,6	90,5
65-74	22	5,7	96,1
> 75	15	3,9	100
Total	388	100	

Quadro VIII
Distribuição da idade pelos distritos — inferior e superior a 15 anos

Distrito	Inferior a 15 anos		Superior a 15 anos	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Lisboa	7	2,6	264	97,4
Santarém	0	0	28	100
Setúbal	11	12,4	78	87,6
Total	18	—	370	—

Quadro IX
Situação profissional — distribuição em números absolutos e percentuais

Situação profissional	Número	Percentagem
Trabalhador no activo	254	65,5
Desempregado	11	2,8
Reformado	32	8,2
Dona de casa	35	9
Estudante	39	10,1
Outra situação	4	1
Não aplicável	4	1
Ignorado	9	2,3
Total	388	100

Quadro X
Distribuição dos casos de tuberculose nascidos fora de Portugal por país de origem

País	Número	Percentagem
Angola	16	38,0
Cabo Verde	12	28,5
Guiné-Bissau	3	7,1
Brasil	2	4,8
França	2	4,8
Moçambique	1	2,4
Timor	1	2,4
Índia	1	2,4
África do Sul	1	2,4
Espanha	1	2,4
Inglaterra	1	2,4
Alemanha	1	2,4
Total	42	100

Quadro XI
Distribuição dos casos de tuberculose nascidos fora de Portugal por STDR*

STDR	Número	Percentagem
Alcântara	8	19,0
Cascais	8	19,0
Lumiar	7	16,7
Venda Nova	6	14,3
Almada	7	16,7
Barreiro	6	14,3
Total	42	100

* Nos STDRs de Santarém, Setúbal e Grândola não se encontraram casos de tuberculose nascidos fora de Portugal.

3.2. Grau de cumprimento dos critérios de caracterização da amostra — associações e diferenças estatísticas analisadas

Critério A: sexo

O grau de cumprimento deste critério foi de 100%. Na distribuição dos sexos, o sexo masculino é maioritário, com 258 casos (66,5%); o sexo feminino apresenta 130 casos (33,5% do total).

Critério B: idade

O grau de cumprimento verificado foi de 100%. A idade média dos casos da amostra foi de 37,7 anos, com um desvio-padrão de 18,2 anos e um valor mínimo de 1 e máximo de 87 anos.

A distribuição por grupos etários é a observada no *Quadro VII*.

O maior número de casos observa-se no grupo etário 25-34 anos, com 101 casos (26,0% da totalidade); 260 casos (67,0%) apresentam idade inferior a 44 anos.

A distribuição pelos distritos (*Quadro VIII*) da idade nos grupos etários inferior e superior a 15 anos não é homogénea ($\chi^2 = 15,94$; 2 gl; $p = 0,0003$).

Critério C: situação profissional

O grau de cumprimento deste critério foi de 97,7%, não tendo sido anotada a situação profissional em 9 casos. O maior número de casos de TP

aparece nos trabalhadores no activo, com 254 casos (65,5% do total); de referir 39 casos (10,1%) em estudantes (*Quadro IX*).

Critério D: naturalidade

Este critério foi cumprido em 100%. São naturais de Portugal 346 casos (89,2%).

A TP, nos nascidos fora de Portugal, representou 10,8% do total dos casos; atinge predominantemente o sexo masculino ($n = 27$ — 64,3%), com uma média de idades de 33,3 anos, com um desvio-padrão de 15,2, um valor mínimo de 3 e máximo de 73 anos.

A distribuição do número de casos por país de origem e STDR (*Quadro X*) mostra que 66,5% dos casos são originários de Angola e Cabo Verde e se distribuem por seis dos nove STDR de uma maneira uniforme (*Quadro XI*).

3.3. Grau de cumprimento dos critérios de processo — associações e diferenças estatísticas testadas

Critério 1: exame directo e cultural

O exame directo de expectoração foi efectuado em 353 casos, correspondendo a um grau de cumprimento de 91,0%; o exame cultural foi efectuado em 273 casos (70,4% do total). Fizeram exame directo e cultural 274 casos (70,6%).

A distribuição dos casos que não fizeram exame directo e/ou cultural, bem como o resultado positivo,

negativo ou desconhecido, estão discriminados no *Quadro XII*.

A distribuição dos resultados pelos distritos não é homogénea, apresentando diferenças estatísticas significativas para o exame directo ($\chi^2 = 36,9$; 6 gl; $p = 0,0000$) e para o exame cultural ($\chi^2 = 35,02$; 6 gl; $p = 0,0000$).

Critério 2: radiologia torácica

A quase totalidade dos casos ($n = 386$) fez radiologia torácica, tendo-se verificado para este critério um grau de cumprimento de 99,5%.

Critério 3: prova tuberculínica

O grau de cumprimento deste critério foi de 70,6%, correspondendo à realização da prova tuberculínica em 274 casos.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os distritos (*Quadro XIII*) relativamente à realização ou não da prova tuberculínica ($\chi^2 = 10,16$; 2 gl; $p = 0,0062$).

Critério 4: número de dias entre a primeira consulta e o início do tratamento

Este critério cumpriu-se em 100% dos casos. O número médio de dias observado é de 7,4 (5,81; 8,96), com um valor mínimo de 0 e um máximo de 98 dias.

A prescrição terapêutica foi efectuada no primeiro dia em 202 casos (52,1%), sendo a distribuição dos casos por número de dias a descrita no *Quadro XIV*.

Critério 5: terapêutica

O grau de cumprimento deste critério é de 100%. A associação terapêutica mais utilizada no início do tratamento, em 279 casos (71,9% do total), foi a isoniazida + rifampicina + pirazinamida; a associação referida anteriormente com a estreptomicina ou com o etambutol foi utilizada em 54 (13,9%) e 33 (8,5%) casos, respectivamente.

Quadro XII

Resultados dos exames directo e cultural de expectoração em números absolutos e percentuais

Exame	Positivo		Negativo		Não fez exame		Desconhecido	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Directo	247	63,7	106	27,3	26	6,7	9	2,3
Cultural	151	38,9	122	31,4	40	10,3	75	19,3

Quadro XIII

Realização da prova tuberculínica — distribuição pelos distritos*

Distrito	Prova tuberculínica			
	Sim		Não	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Lisboa	186	72,6	70	27,4
Santarém	15	57,7	11	42,3
Setúbal	73	85,9	12	14,1
Total	274	—	93	—

* Em 21 casos desconhece-se se realizaram prova tuberculínica.

Critério 6: situações associadas à tuberculose pulmonar

Havia referência a situações associadas à TP em 228 casos (74,2%). As 228 situações associadas distribuem-se em números absolutos e percentuais na população da amostra ($n = 388$) da maneira descrita no *Quadro XV*.

Critério 7: rastreio de contactos

Em 177 casos de TP (45,6% do total) havia referência a rastreio de contactos. Observaram-se 524 contactos, com um número médio de 3 contactos por doente.

Na distribuição do número de contactos observados por distrito (*Quadro XVI*) existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 16,3$; 2 gl; $p = 0,0002$).

De referir que em 135 casos (47,2%) com confirmação bacteriológica não havia referência a rastreio de contactos.

Critério 8: hospitalização

Houve hospitalização por TP em 152 casos (39,2%). Existe uma probabilidade, duas vezes superior, de os casos de TP com situação associada serem hospitalizados — *odds ratio* = 2,21 ($1,39 < OR < 3,53$), sendo a diferença estatisticamente significativa entre os internados e os não internados relativamente à existência de quaisquer situações associadas à TP ($\chi^2 = 11,92$; 1 gl; $p = 0,0005$).

Quadro XIV
Número de dias entre a data da primeira consulta e o início do tratamento

Número de dias	Número	Percentagem	Percentagem acumulada
0	202	52,1	52,1
1-5	69	17,8	69,8
6-10	42	10,8	80,7
11-20	40	10,3	91
21-30	8	2,1	93
31-50	12	3,1	96,1
51-60	6	1,5	97,7
61-98	9	2,3	100
Total	388	100	—

Quadro XV
Distribuição em frequência absoluta e relativa à totalidade dos casos ($n = 388$) das situações associadas à tuberculose pulmonar

Situações profissionais	Número	Percentagem
Outras formas	15*	6,6
Diabetes	21	9,2
Scropositividade c SIDA	17**	7,5
Hábitos tabágicos	112	49,1
Hábitos alcoólicos	29	12,7
Toxicodependência	16	7,0
Outras	18***	7,9
Total	228	100

* Inclui forma pleural — 8 casos; miliar — 2; laríngea — 3; ganglionar — 1; micobactéria atípica — 1.

** Inclui SIDA — 15 casos; seropositivos — 2.

*** Inclui bronquite — 10; neo do pulmão — 2; insuf. renal crónica — 2; silicose — 2; mongolismo — 1; oligofrenia — 1.

Quadro XVI
Rastreio de contactos — distribuição por distritos em valor absoluto e percentual

Distrito	Rastreio			
	Sim		Não	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Lisboa	117	43,2	154	56,8
Santarém	23	82,1	5	17,9
Setúbal	37	41,6	52	58,4
Total	177	—	211	—

Conforme pode ver-se no *Quadro XVII*, existem diferenças com significado estatístico ($\chi^2 = 7,89$; 2 gl; $p = 0,0193$) na distribuição dos casos hospitalizados nos distritos.

Critério 9: vigilância após a cura

O cumprimento deste critério foi observado em 256 casos (66,0% do total). Não existem diferenças estatisticamente significativas na distribuição da variável vigilância após a cura relativamente aos distritos ($\chi^2 = 1,61$; 2 gl; $p = 0,4477$).

Critério 10: número de dias entre o início das queixas e a data da primeira consulta

A data e/ou número de dias desde o início das queixas até à primeira consulta no STDR, hospital ou médico assistente estavam anotados em 253 casos (65,2%).

A média verificada foi de 51,5 dias, com um desvio-padrão de 44,4, um valor mínimo de 0 e máximo de 353 dias; no entanto, se eliminarmos da análise os casos que apresentam valores superiores a 121 dias ($n = 15$), a média passa para 42,4 dias, com um desvio-padrão de 31,8 dias.

O maior número de casos verifica-se nos intervalos 21-30 e 31-60 dias; a distribuição dos casos em função do número de dias pode ser observada no *Quadro XVIII*.

Critério 11: referência dos casos ao STDR

O cumprimento deste critério verificou-se em 379 casos (97,7%). A principal referência dos casos ao STDR é hospitalar em 194 casos (50,0%). As refe-

rências médico assistente, rastreio e iniciativa própria constituíram 33,5%, 8,2% e 4,4%, respectivamente, do total de casos (*Quadro XIX*).

No *Quadro XIX* pode observar-se a distribuição dos casos pelos distritos, conforme o tipo de referência; esta distribuição não é estatisticamente homogênea ($\chi^2 = 31,96$; gl; $p = 0,0014$).

3.4. Grau de cumprimento dos critérios de resultados — associações e diferenças estatísticas testadas

Critério 12: confirmação bacteriológica

A doença teve confirmação bacteriológica, por exame directo e/ou cultural de expectoração, em 286 casos (73,7% do total). Não houve nenhum caso de TP com confirmação por exame histológico e/ou bacteriológico de biópsia ou colheita de órgão.

Nesta amostra existem diferenças percentuais com significado estatístico ($\chi^2 = 22,57$; 2 gl; $p = 0,0000$) na confirmação bacteriológica da doença nos distritos (*Quadro XX*).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a confirmação bacteriológica e o número de dias que medeiam da data da primeira consulta ao início do tratamento (*Anova F statistic* = 0.653; $p = 0,5257$).

Critério 13: cura

O grau de cumprimento do critério cura foi observado em 323 casos (83,2%). A proporção dos doentes curados com confirmação bacteriológica foi de 72,8%.

A distribuição dos doentes curados pelos distritos (*Quadro XXI*) não apresenta diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 2,79$; 2 gl; $p = 0,2473$).

Quadro XVII
Distribuição da variável hospitalização por distritos

Distrito	Hospitalização				Total
	Sim		Não		
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	
Lisboa	114	42,1	157	57,9	271
Santarém	14	56	14	50	28
Setúbal	24	27	65	73	89
Total	152	—	236	—	388

Quadro XVIII

Distribuição dos casos em função do número de dias entre o início das queixas e a data da primeira consulta

Número de dias	Número	Percentagem	Percentagem acumulada
0	4	1,6	1,6
1-5	10	4	5,5
6-10	17	6,7	12,3
11-20	29	11,5	23,7
21-30	63	24,9	48,9
31-60	76	30	78,7
61-90	28	11,1	89,7
91-120	11	4,3	94,1
> 121	15	5,9	100
Total	253	100	—

Quadro XIX

Distribuição por distrito da referência dos casos ao STDR

Distrito	Referência						Total
	Desc	Hosp	MA	Prop	Rastreio	Outra	
Lisboa	2	151	75	13	24	6	271
Santarém	1	13	11	0	3	0	28
Setúbal	6	30	44	4	5	0	89
Total	9	194	130	17	32	6	388

Desc — desconhecida; Hosp — hospital; MA — médico assistente; Prop — iniciativa própria.

Quadro XX

Confirmação bacteriológica — distribuição pelos distritos

Distritos	Confirmação				Total	
	Sim		Não		Número	Percentagem
	Número	Percentagem	Número	Percentagem		
Lisboa	216	82,1	47	17,9	263	100
Santarém	21	77,8	6	22,2	27	100
Setúbal	49	57	37	43	86	100
Total	286	—	90	—	376*	—

* Não foram incluídos 12 casos com confirmação desconhecida.

Quadro XXI

Distribuição dos casos curados pelos distritos em valores absolutos e percentuais

Distritos	Cura				Total
	Sim		Não		
	Número	Percentagem	Número	Percentagem	
Lisboa	220	81,2	51	18,8	271
Santarém	25	89,3	3	10,7	28
Setúbal	78	87,4	11	12,4	89
Total	323	—	65	—	388

Critério 14: insucesso terapêutico

O insucesso terapêutico observou-se em 8 casos, correspondendo a 2,1% do total; destes, 5 casos verificaram-se no distrito de Lisboa e 3 no distrito de Setúbal.

Atribuído à resistência aos tuberculostáticos, confirmado por teste de sensibilidade, houve 1 caso (caso n.º 193) resistente à isoniazida.

Critério 15: recidiva

Verificaram-se 6 recidivas (1,5% do total dos casos): 5 casos no distrito de Lisboa e 1 no distrito de Setúbal.

Critério 16: abandono terapêutico

Nesta amostra houve 37 casos (9,5% do total) de abandonos terapêuticos. O distrito onde proporcionalmente se observou maior número de abandonos foi o de Lisboa, com 30 casos (11,1% do total), seguido de Setúbal, com 6 casos (6,7%), e de Santarém, com 1 caso (3,5% do total).

Critério 17: morte

A anotação da variável morte verificou-se em 17 casos (4,4% do total). O distrito onde se verificou maior número de óbitos foi o de Lisboa, com 14 óbitos, seguido de Santarém, com 2, e de Setúbal, com 1 óbito.

A distribuição dos casos que estiveram ou não internados é diferente conforme apresentam ou não uma situação associada à TP ($\chi^2 = 25,3$; 1 gl;

$p = 0,0000$); esta diferença é mais significativa quando se cruza a variável morte com a situação associada SIDA (teste de Fisher = 88,31; 1 gl; $p = 0,0000$). O valor do *odds ratio* para esta associação é de 51,05 ($13,66 < OR < 199,38$).

A distribuição dos resultados observados nos critérios com os números 13, 14, 15, 16 e 17 das evoluções possíveis verificadas em cada caso de TP está presente no *Quadro XXII*.

Critério 18: formas de tuberculose diagnosticada em contactos

Dos 177 casos de TP em que se fez rastreio de contactos, em 28 (16,1%) diagnosticaram-se 33 casos de tuberculose nas seguintes formas:

- Tuberculose pulmonar: 20 casos (60,6%);
- Tuberculose primária: 12 casos (36,4%);
- Tuberculose cutânea: 1 caso (3,0%).

Critério 19: resultados da prova da tuberculina

Os resultados da prova da tuberculina efectuada em 274 casos de TP foram os seguintes:

- Resultado positivo: 260 casos (94,9%);
- Resultado negativo: 14 casos (5,1%).

4. Discussão

Neste estudo, a distribuição dos casos no universo e na amostra foi homogénea, mesmo após estratificação para a variável idade.

Quadro XXII

Distribuição dos resultados observados — cura, insucesso terapêutico, abandono terapêutico e morte

	Resultado			
	Sim		Não	
	Número	Percentagem	Número	Percentagem
Cura	323	83,2	65	16,8
Insucesso terapêutico	8	2,1	380	97,9
Recidiva	6	1,5	382	98,5
Abandono	37	9,5	351	90,5
Morte	17	4,4	371	95,6
Total	152	—	236	—

A existência de um suporte de informação normalizado (ficha clínica — STDR) utilizado na totalidade dos STDR estudados possibilitou a recolha orientada e sistematizada da maioria das variáveis e/ou parâmetros previamente seleccionados para o estudo. No entanto, nos parâmetros rastreio de contactos, número de contactos observados e tuberculose diagnosticada em contactos, a recolha dos dados mostrou-se morosa e difícil em alguns STDR. Contribuiu para isso o facto de a identificação, a convocação e a observação dos contactos não serem efectuadas da mesma forma nos STDR e a informação ser anotada em diferentes suportes de informação. O número de dias entre o início das queixas e a data da primeira consulta, pela dificuldade de o doente perceber e quantificar este número, levou a que nos casos em que esta variável supostamente não fosse fiável a informação não fosse utilizada para análise.

Nos resultados observados na aplicação dos critérios utilizados na caracterização da amostra, a predominância de casos de tuberculose pulmonar encontrada no sexo masculino e nos grupos etários correspondentes ao adulto jovem é coincidente com o observado em outros estudos de âmbito nacional (DGCSP, 1991, 1992; Antunes, 1983), local em STDR (Lucas e Leal Gonçalves, 1989; Antunes, 1987) e em meio hospitalar (Ferreira *et al.*, 1989), bem como a coincidência de atingir fundamentalmente os trabalhadores no activo (Antunes, 1987). Os estudantes constituíram uma percentagem considerável dos casos, com 10,0% do total, valor inferior (13%) ao observado num estudo de âmbito local (Antunes, 1987). Na naturalidade por país de origem, a percentagem dos casos nascidos fora de Portugal é inferior (13,2%) a um estudo efectuado para o mesmo ano nos distritos de Lisboa e Setúbal (Gardete e Antunes, 1993); a distribuição dos casos por sexo, idade e país de origem é semelhante nos dois estudos.

Na sua generalidade, os resultados obtidos na aplicação dos critérios de processo e de resultados não podem comparar-se com valores *standard* previamente estabelecidos, por não se encontrarem definidos no programa (estratégias, objectivos e actividades) e/ou outros documentos e também por não terem sido atribuídos valores (excepção aos critérios 1 e 2 de processo) na elaboração dos critérios para este estudo. No entanto, a realização e/ou grau de cumprimento dos critérios devem efectuar-se de acordo com o que é desejável, adequado e pertinente à estratégia definida, referida na bibliografia, e os resultados comparados com os observados em outros estudos.

Os resultados dos critérios de processo e de resultados verificados neste estudo são discutidos individualmente nos aspectos mais relevantes e/ou conjun-

tamente com outros em situações em que exista relação entre eles.

Na realização do exame directo e da radiologia torácica, os valores observados aproximam-se do valor *standard* de 100% estabelecido para estes critérios. A realização do exame directo e/ou cultural relacionado com o critério de resultados confirmação bacteriológica da doença é superior ao observado em Portugal (63,7%) no mesmo ano (DGCSP, 1991, 1992) e a outros estudos efectuados em STDR do distrito de Lisboa (Lucas e Leal Gonçalves, 1989; Antunes, 1987). O esquema curto de tratamento referido como eficaz e desejável de ser utilizado pela OMS (WHO, 1993) e pelo programa nas orientações técnicas (DGCSP, 1991) foi o mais utilizado, sendo a efectividade do tratamento (WHO, 1993) traduzida na percentagem de curas verificadas em 83,2% dos casos, superior à observada (65,8%) num estudo de âmbito local (Lucas e Leal Gonçalves, 1989), e na percentagem de 2,1% de insucessos terapêuticos. A proporção de doentes curados com confirmação bacteriológica é de 72,8%, valor aquém do estabelecido (85%) pela assembleia geral da OMS em 1991 (Kochi, 1994).

O valor encontrado de abandonos terapêuticos (9,5%) é superior ao observado em estudos de âmbito local (Lucas e Leal Gonçalves, 1989; Antunes, 1987).

Nos insucessos terapêuticos fica por identificar a causa dos mesmos, já que atribuído à resistência aos tuberculostáticos apenas se identificou um caso; nas recidivas e nos abandonos terapêuticos também não se encontraram referências a prováveis causas. O nível de resistência aos tuberculostáticos é considerado pela OMS como factor «major» da efectividade de um programa de tratamento (WHO, 1993). Nos Estados Unidos verifica-se uma crescente e preocupante resistência à isoniazida e à rifampicina e nas recidivas o aumento da proporção de casos (Centers for Diseases Control, 1993). A baixa aderência dos doentes ao tratamento, com as suas determinantes e factores associados, avaliada por diversos estudos efectuados no estrangeiro (Menzies *et al.*, 1993; Grange e Festenstein, 1993; Byong *et al.*, 1993; Gaudette e Ellis, 1993), contribui para o aumento dos insucessos, recidivas e abandonos terapêuticos, constituindo dificuldades ao controle da tuberculose. Na sequência dos resultados deste estudo, a determinação das causas e factores associados ao fracasso da terapêutica antituberculosa e das suas relações com as situações de insucesso terapêutico, recidiva ou abandono terapêutico constitui área passível de um melhor e mais aprofundado conhecimento.

O rastreio de contactos efectuado em 47,2% dos casos aproxima-se do observado (47,6%) em estudo

efectuado num STDR concelhio (Rifes *et al.*, 1994). O número elevado de casos com confirmação bacteriológica sem referência a rastreio de contactos registada na ficha clínica e/ou outro suporte de informação não está de acordo com o desejável referido na bibliografia, que refere a necessidade de rastreio dos contactos do doente com tuberculose confirmada (DGCSF, 1991; American Thoracic Society, 1990; Lucas e Leal Gonçalves, 1989). As determinantes e/ou condicionalismos à realização do rastreio de contactos poderão porventura ser investigados na sequência dos resultados deste estudo.

A referência hospitalar dos casos ao STDR, observada em 50,0% dos casos, é superior à verificada (27,8%) em estudo realizado num STDR do distrito de Lisboa (Antunes, 1987). Esta referência fundamentalmente hospitalar dos casos ao STDR é consequente, na maioria das situações, à taxa elevada de hospitalização — 39,2% dos casos — por tuberculose pulmonar. Sendo a tuberculose pulmonar uma doença em que actualmente o diagnóstico e o tratamento devem fazer-se em ambulatório, é pertinente avaliar na perspectiva dos utilizadores, dos prestadores e dos administradores a razão das elevadas taxas de internamento e de referência hospitalar encontradas neste estudo.

A existência de situações associadas à tuberculose pulmonar apresenta uma provável relação com os internamentos hospitalares, não avaliada neste estudo. A situação associada alcoolismo apresenta um valor aproximado ao verificado (13,8%) num estudo efectuado num hospital central de Lisboa (Ferreira *et al.*, 1989); no mesmo estudo, o valor observado para a infecção HIV (10,1%) é superior. De referir, para a situação associada diabetes, a referência da doença em 5,4% dos casos, valor manifestamente superior aos verificados (1,8%) num estudo efectuado num STDR (Antunes, 1987) e num hospital central (1,4%) (Ferreira *et al.*, 1989).

A metodologia utilizada, recurso às técnicas e métodos da garantia da qualidade, mostrou-se adequada aos objectivos do estudo. Para as dimensões avaliadas, qualidade técnico-científica e efectividade, a escolha dos critérios de processo e de resultados, na sua maioria de tipo explícito e normativo, contribuiu para a validade interna dos resultados.

Na generalidade, os resultados observados no cumprimento dos critérios de tipo explícito e normativo utilizados na caracterização da amostra, de processo e de resultados são atribuídos à aplicação do programa.

Os resultados obtidos no cumprimento dos critérios de tipo empírico referidos no ponto 2.2.6 apresentam uma validade interna menor, devendo ser procuradas outras explicações e justificações fora do

definido para o programa e das finalidades e objectivos deste estudo. Ao conceito de acessibilidade, entendida por Vuori como a possibilidade que o utilizador tem de obter a prestação de cuidados no momento e no local em que necessita deles, em quantidade e a um preço adequado (Vuori, 1984), alguns autores associaram a facilidade e a oportunidade com que os cuidados de saúde podem obter-se, apesar dos obstáculos financeiros, geográficos, organizacionais e culturais (Palmer, 1989; Otero Puime e Saturno Hernandez, 1990). Nesta perspectiva, a avaliação da dimensão acessibilidade proporciona uma informação maior e adequada do comportamento de alguns critérios de tipo empírico, nomeadamente os referidos ao rastreio de contactos, vigilância após a cura e número de dias entre o início das queixas e a data da primeira consulta.

5. Conclusões. Recomendações

5.1. Conclusões

Deste estudo pode concluir-se que a tuberculose pulmonar, em 1991, na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, atingiu predominantemente o sexo masculino, os adultos jovens (grupo etário 25-34 anos), os trabalhadores no activo, sendo a maioria nascidos em Portugal.

O grau de cumprimento dos critérios de *processo* da dimensão *qualidade técnico-científica* e de *resultados* da dimensão *efectividade*, na generalidade das variáveis e/ou parâmetros utilizados neste estudo, aproxima-se dos valores estabelecidos e referidos na bibliografia.

No grau de cumprimento dos critérios de *processo* destacam-se como aspectos fundamentais:

- Como aspectos positivos, o cumprimento dos critérios de realização do exame directo de expectoração e da radiologia torácica, a precocidade no início da terapêutica e a utilização do esquema curto de tratamento na generalidade dos casos;
- Como aspectos negativos, a referência fundamentalmente hospitalar dos casos ao STDR com taxa elevada de hospitalização por tuberculose pulmonar, o número de casos com confirmação bacteriológica sem referência à realização de rastreio de contactos e a realização da vigilância após a cura.

Nos casos em que foi possível determinar o número de dias entre o início das queixas e a data da primeira consulta, o número médio de dias é alto.

O número de situações associadas à tuberculose pulmonar é elevado, nomeadamente hábitos tabágicos e alcoólicos, toxicod dependência a drogas, diabetes e SIDA.

No grau de cumprimento dos critérios de *resultados* destacam-se como aspectos fundamentais:

- Como aspectos positivos, o cumprimento dos critérios cura, recidiva, insucesso terapêutico e confirmação da doença por exame directo e/ou cultural;
- Como aspecto negativo, o número elevado de abandonos terapêuticos.

De referir, na anotação da variável morte a intensidade da associação estatística entre esta e a existência de situações associadas, nomeadamente da SIDA; o número elevado de tuberculose, a sua maioria na forma pulmonar, diagnosticada nos contactos, bem como o resultado positivo da prova tuberculínica observado na maioria dos casos.

Nas diferenças observadas entre os distritos no grau de cumprimento dos critérios concluiu-se:

- O distrito de Lisboa aparenta melhores resultados relativamente aos restantes na confirmação laboratorial dos casos de TP e os piores na referência fundamentalmente hospitalar dos casos ao STDR, na percentagem de casos curados e nos abandonos terapêuticos;
- O distrito de Santarém aparenta melhores resultados nos critérios realização do exame directo e/ou cultural, rastreio de contactos e vigilância após a cura e os piores na realização da prova tuberculínica e na hospitalização por TP;
- O distrito de Setúbal aparenta melhores resultados nos critérios hospitalização por TP, percentagem de casos curados, menor referência hospitalar dos casos ao STDR e realização da prova tuberculínica e os piores na realização do exame directo e/ou cultural, na confirmação laboratorial dos casos de TP, no rastreio de contactos e na vigilância após a cura.

5.2. Recomendações

A importância relativa do problema de saúde tuberculose na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo sugere, na sequência dos resultados verificados neste estudo, algumas recomendações passíveis de serem implementadas:

- Na estratégia de intervenção do programa, num contexto mais vasto e articulado com

outros programas na área da promoção da saúde e da prestação de cuidados, implementação e reforço de acções de informação/educação para a saúde que permitam aos utilizadores utilizar de forma adequada e oportuna os serviços de saúde disponíveis, identificando previamente as possíveis causas e determinantes da procura/utilização dos serviços inadequada verificada neste estudo;

- Avaliação, em estudos multicêntricos de base institucional em STDR concelhios e hospitais, das causas das recidivas, dos insucessos e abandonos terapêuticos e sua provável relação com dados de estrutura (recursos humanos, disponibilidade de laboratório, modelo e cultura organizacional, etc.) e de processo (práticas e desempenho profissionais, aspectos técnico-normativos, etc.).

Complementar o conhecimento sobre alguns parâmetros, nomeadamente sobre a existência do número de casos de TP em estudantes, o número elevado de situações associadas à TP, SIDA e diabetes, bem como das mortes atribuídas directa e/ou indirectamente à tuberculose;

- Criar no suporte de informação ficha clínica um espaço próprio onde possa anotar-se o nome dos contactos identificados, convocados e observados, bem como o registo dos exames efectuados e respectivos resultados; esta informação permitiria a monitorização desta actividade, fundamental para um controle efectivo da tuberculose na comunidade, pelos diferentes níveis da prestação de cuidados nas diversas fases de processo e de resultados;
- No suporte de informação ficha clínica, anotação em espaço próprio da data de início dos sinais e/ou sintomas da doença; em conjunto com a data da primeira consulta e/ou data do início da terapêutica, esta informação pode contribuir para o conhecimento da dimensão acessibilidade dos utentes aos serviços nos diferentes níveis da prestação de cuidados, bem como da efectividade e da eficácia dos prestadores e dos serviços no diagnóstico e tratamento da tuberculose;
- No suporte de informação ficha clínica, nos casos de tuberculose em cidadãos estrangeiros, registo em espaço próprio da situação de imigrante, refugiado, ou outra, com referência ao país de origem e desde quando residem em Portugal; estes elementos permitiriam um melhor conhecimento da distribuição e características da doença nestes grupos e a implementação de eventuais estratégias de controle;

- Nos distritos, implementação de medidas correctoras de âmbito sub-regional e local conducentes à melhoria do cumprimento dos critérios de processo e/ou resultados identificados como deficitários neste estudo;
- Utilização da metodologia usada neste estudo em estudos de âmbito regional, sub-regional e local, de forma a comparar e/ou validar os resultados observados.

Complementar o conhecimento, além da dimensão qualidade técnico-científica e efectividade avaliadas neste estudo, estudando outras dimensões da qualidade, nomeadamente da acessibilidade e da continuidade dos cuidados.

□ Referências bibliográficas

- AMERICAN PUBLIC HEALTH ASSOCIATION
Control of communicable diseases in man, 1985, 411-412.
- AMERICAN THORACIC SOCIETY
Diagnostic standards and classification of tuberculosis.
«Am. Rev. Respir. Dis.», 1990, 142, 735-735.
- ANTUNES, M. L.
Tuberculose em Portugal — epidemiologia.
«Arquivos da SPPR», 1983, vol. 10, n.º 3, 207-217.
- ANTUNES, M. L.
Tratamento ambulatorio da tuberculose pulmonar.
«Boletim do Hospital Pulido Valente», vol. 1, 1987, 185-198.
- ANTUNES, M. L.
Epidemiologia da tuberculose — situação em Portugal.
In Comunicação à 5.ª reunião de pneumologistas do Hospital Pulido Valente, Lisboa, 1991, monografia Beecham, 27-39.
- ANTUNES, M. L., et al.
Tuberculosis among immigrant workers in Portugal. Poster temático.
In II Annual Congress of European Respiratory Society, Viena, 1992.
- ASHTON-TATE
Suporte informático, DBase III Plus version 1.00, 1986.
- BYONG, W. J., et al.
Impact of intensified supervisory activities on tuberculosis treatment.
«Tubercle and Lung Diseases», 74, 1993, 267-272.
- CENTERS FOR DISEASES CONTROL
Suporte informático, Epi Info version 5.00, 1990.
- CENTERS FOR DISEASES CONTROL
Tuberculosis — United States, first 39 weeks, 1985.
«MMWR», 1985, 34, 625-7.
- CENTERS FOR DISEASES CONTROL
Tuberculosis morbidity in the United States — final data 1990.
«MMWR», 1992, 40 (SS-3), 23-27.
- CENTERS FOR DISEASES CONTROL
Tuberculosis control laws, 1993.
«MMWR», 1993, 42, 12-11, 1.
- CENTERS FOR DISEASES CONTROL
Tuberculosis control laws — United States 1993.
«MMWR», 1993, 42 (RR15), 1-27.
- COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE
Communication de la Commission concernant le cadre de l'action dans le domaine de la santé public, 05/1188/03 93 FR, orig. EN II ca. 1993.
- DIAS, J. L.
Influência da síndrome da imunodeficiência adquirida na epidemiologia da tuberculose.
«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 1992, 10, 5-10.
- DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
A tuberculose em Portugal, 1991, 1992.
- DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
Diagnóstico, tratamento e profilaxia da tuberculose. Orientações técnicas n.º 4, 1991.
- DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
Estratégias regionais 92-95 para a garantia da qualidade. Circular informativa n.º 9/DPA, 1991.
- DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS
Garantia da qualidade no período 91-93. Circular Informativa n.º 8/DPA, 1991.
- DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE
Programa Nacional do Controlo da Tuberculose em Portugal, 1977.

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE

Ficha do projecto «Médicos-sentinela», Divisão de Epidemiologia e Biostatística, 1994.

DONABEDIAN, A.

A guide to medical care administration (vol. 2). American Public Health Association, 1969.

DONABEDIAN, A.

La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación.

«La Prensa Médica Mexicana, S. A.», 1984.

ENARSON, D., et al.

Case-finding in the elimination phase of tuberculosis: high risk groups in epidemiological and clinical practice.

«Bull of IUATLD», 1990, 65 (2), 73-74.

FELINE, R.

Antituberculosis measures for displaced persons in the Federal Republic of Germany.

«Bull of IUATLD», 1988, 63 (4), 27-28.

FERREIRA, M. L., et al.

Tuberculose — experiência recente do serviço de doenças infecto-contagiosas do Hospital de Santa Maria.

«Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas», ano 12, supl. 1, 1989, 63-73.

FISHMAN, P.

Pulmonary diseases and disorders, McGraw-Hill, 1980, 1235-1339.

GARCIA, J. T.

Para um diagnóstico serológico precoce da lepra e da tuberculose (dissertação), Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa, 1990, 174 páginas.

GARDETE, M. J., e ANTUNES, M. L.

Tuberculose em imigrantes — estudo preliminar em sete serviços de tuberculose e doenças respiratórias dos distritos de Lisboa e Setúbal.

«Saúde em Números», 1993, DGS, 84, 30-32.

GAUDETTE, L. A., e ELLIS, E.

Tuberculosis in Canada — a focal disease requiring distinct control strategies for different risk groups.

«Tubercle and Lung Disease», 74, 1993, 244-253.

GRANGE, J. M., e FESTENSTEIN, F.

The human dimension of tuberculosis control.

«Tubercle and Lung Disease», 74, 1993, 219-222.

IMPERATORI, E., e GIRALDES, M. R.

Metodologia do planeamento da saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, 1993, 87.

JEREB, J. A., et al.

Tuberculosis morbidity in the United States: final data, 1990.

«MMWR», 1991, 40 (SS-3), 23-7.

JUSTO, C.

Critérios consensuais da qualidade do desempenho dos centros de saúde (dissertação), Porto, 1993, 350 páginas.

KOCHI, A.

Minimal surveillance indicators for disease surveillance and programme monitoring prevalence countries.

In Proceedings of the 2nd European workshop on tuberculosis control in low prevalence countries, Wolfheze, Holland 20-24 March 1994.

LAST, J. M.

A dictionary of epidemiology, Oxford University Press, 1983.

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 260/75, de 26 de Maio.

LEGISLAÇÃO

Despacho ministerial — DR, n.º 266, de 17 de Novembro.

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 74-C/84, de 2 de Março.

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

LEGISLAÇÃO

Despacho ministerial — DR, 2.ª série, n.º 180, de 3 de Agosto.

LEGISLAÇÃO

Decreto-Lei n.º 345/93, de 1 de Outubro.

LEITÃO, J. M. C.

Avaliação da qualidade de cuidados no Centro de Saúde de Tavira.

«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 8 (3), 1990.

LEMESHOW, S., e LWANGA, S. M.

Détermination de la taille d'un échantillon dans les études sanométriques, Genève: OMS, 1991, 1-5.

LÔO, P., e LÔO, H.

Le stress permanent, Masson, 1986, 24.

LUCAS, R. H., e LEAL GONÇALVES, A.

Revisão dos processos inscritos na rubrica tuberculose no STDR dos Olivais durante um período de 14 meses.

«O Médico», 1956, 1989, 463-466.

MARQUES, F. V. S., et al.

Processo de acompanhamento da mulher grávida no centro de saúde.

«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 8 (3), 1990.

MENZIES, R., et al.

Factors associated with compliance in treatment of tuberculosis.

«Tubercle and Lung Disease», 74, 1993, 32-37.

MICROSOFT CORPORATION

Suporte informático. Winword version 2.0, 1992.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Ficha clínica STDR, Administração Regional de Saúde de Setúbal, mod. 12702.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

Avaliação da qualidade nos cuidados de saúde primários. Experiências no âmbito da cooperação ibérica: desenhos dos projectos, colecção «Garantia de calidad», n.º 2, Madrid, 1990.

NOGUEIRA, J. M. R.

Avaliação da qualidade de cuidados médicos em doentes hipertensos.

«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 8 (3), 1990.

ORGANIZATION MONDIALE DE LA SANTÉ

L'Assurance de la qualité dans les services de santé, 38^{ème} session du Comité Régional de l'Europe, Discussions techniques, 12-17 sept., OMS, 1988.

OTERO PUIME, A., e SATURNO HERNANDEZ, P.

Evaluación y control de calidad en atención primaria. Organización Asistencial, 1990.

PALMER, R.

Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica, trad. espanhola, Ministério de Sanidad y Consumo, 1989.

PRATES, I. L.

A posição estratégica da gravidez na avaliação da qualidade de cuidados de saúde — Ana, Susana, Mariana.

«Revista Portuguesa de Saúde Pública», 9 (3), 1991.

RAVIGLIONE, M. C., et al.

Secular trends of tuberculosis in Western Europe: epidemiological situation in 14 countries.

«WHO/TB», 92, 170, Geneva, 1992.

RIEDER, H. L.

Misbehaviour of a dying epidemic: a call for less speculation and better surveillance.

«Tubercle Lung Dis», 1992, 73, 181-3.

RIFES, G., et al.

Rastreio de conviventes — análise da actuação de um serviço de tuberculose e doenças respiratórias.

In Comunicação ao I Congresso de Pneumologia, Póvoa de Varzim, 24-25 de Fevereiro de 1994.

ROSA, A. B.

Da ANT ao SLAT — história sumária da instituição, Lisboa, 1979.

SCHLESSELMAN, J.

Case-control studies — design, conduct, analysis, Oxford University Press, 1982, 27-68.

SCHULBERG, H., e BAKER, F.

Program evaluation in the health fields.

«Human Sciences Press», 1979, 3-33.

- SERRA, T., et al.
Tuberculose — quantos óbitos?
«Jorn. Méd.», 1990, 2366, 13-14.
- SHORTELL, S. M., e RICHARDSON, W. C.
Health program evaluation, The CV Mosby Company, 1978, 38-73.
- SIEGEL, S., e CASTELLAN, N. J.
Nonparametric statistics for the behavioral sciences, McGraw-Hill Book Company, 1988, 102-166.
- SOLON, J. A., et al.
Delimiting episodes of medical care.
«Am. J. Public Health», 57, 401, 1967.
- STYBLO, K.
State of the art I — epidemiology of tuberculosis.
«Bull Int Union Tuberc», 1978, 53, 145-153.
- VAN GEUNS, H.
A few comments on immigrants in the Netherlands.
«Bull of IUATLD», 1988, 63 (4), 32-33.
- VUORI, H. V.
L'assurance de la qualité des prestations de santé.
«La Santé Publique en Europe», 16, OMS, 1984.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION
Tuberculosis surveillance and monitoring. Report of a WHO workshop, 20-22 March, 1991.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION
Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programmes, Geneva, 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION
Tuberculosis.
«Weekly Epidemiological Record», 1994, 11, 77-80.

□ Résumé

LE CONTRÔLE DE LA TUBERCULOSE DANS LA RÉGION DE LISBONNE ET DE LA VALLÉE DU TAGE — ÉVALUATION DE CERTAINS PARAMÈTRES

Au Portugal, la tuberculose demeure un des grands problèmes de la santé publique. Par le biais des techniques et des méthodologies de l'«assurance de qualité», ce travail évalue, comment ont été appliqués certains paramètres de la stratégie d'intervention du Programme National du Contrôle de la Tuberculose au Portugal dans la Région de Lisbonne et de la Vallée du Tage. Essentiellement descriptif et retrospectif, il évalue l'effectivité et la qualité technico-scientifique du point de vue des prestataires. Les unités d'observation sont les cas de tuberculose pulmonaire observés sur une période de trois ans. Les données recueillies portent sur les méthodes et les résultats, à partir principalement de critères explicites et normatifs.

On peut conclure de cette étude que la tuberculose pulmonaire a surtout atteint le sexe masculin, les jeunes adultes, les travailleurs en activité, la plupart étant nés au Portugal. Les critères de méthode appliquée au plan de la qualité technico-scientifique et ceux des résultats obtenus au plan de l'effectivité ont été, au regard de la généralité des variables et des paramètres étudiés, respectés à un degré qui s'approche des valeurs établies et mentionnées dans la bibliographie. En ce qui concerne le degré d'observation des critères de méthode, les aspects négatifs à retenir tiennent au fait que la plupart des cas décelés relèvent de l'hôpital, au taux élevé d'hospitalisation pour tuberculose pulmonaire, aux nombreux cas bactériologiques confirmés non accompagnés d'un dépistage de contacts et le nombre élevé de jours écoulés entre le début des plaintes et la date de la première consultation. Quant au respect des critères de résultats, l'aspect négatif à retenir est le nombre élevé d'abandons thérapeutiques.

Il s'avère que les critères ont été respectés à des degrés différents selon les districts étudiés. D'après l'analyse des résultats, on suggère certaines recommandations susceptibles d'être mises en oeuvre.

□ Summary

CONTROL OF TUBERCULOSIS IN THE LISBON AND TAGUS VALLEY HEALTH REGION — EVALUATION OF SOME PARAMETERS

Tuberculosis continues to be a public health problem in Portugal. This study evaluates the execution of some National Programme to Control Tuberculosis in Portugal intervention strategies in the Lisbon and Tagus Valley Health Region. This is done using techniques and methods for quality control. The study is mainly descriptive and retrospective, and evaluates effectiveness and technical-scientific quality as seen by the providers. The units of study are the cases of pulmonary tuberculosis recorded over a period of three years. Data was gathered about the procedure adopted, and the results. The criteria used were basically explicit and normative.

The study shows that pulmonary tuberculosis mainly affected men, young adults, and active workers, most of whom were born in Portugal. For most of the variables and parameters that were studied, the quality attained by process criteria in the technical-scientific qualitative dimension, and the attainment by outcome, were close to those values that would be expected and are found in the literature. Negative aspects concerning the quality attained by process criteria were: the rate of hospitalisation of the cases, which was high for pulmonary tuberculosis; the number of cases with bacteriological confirmation, but with no reference to contact tracing; and a high average number of days between first complaints and the date of the first consultations. A negative aspect of attainment by outcome was the high number of patients who left the treatment.

There were differences between the districts in the degree of criteria attainment. Based on the results that were found, some recommendations for action are made.