

Membros da Coligação para a Assistência Técnica da Tuberculose (TBCTA)

- American Thoracic Society (ATS)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- Family Health International (FHI)
- International Union Against Tuberculosis
and Lung Disease (THE UNION)
- Japanese Anti-Tuberculosis Association (JATA)
- KNCV Tuberculosis Association
- Management Sciences for Health (MSH)
- World Health Organization (WHO)

*Produzido pelo
Programa Nacional de Controlo da Tuberculose com o apoio da
FHI/TB CAP*



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério da Saúde
Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

Estratégia Nacional do DOTS Comunitário

TBCTA
The Tuberculosis Coalition
for Technical Assistance



In July 2011, FHI became FHI 360.



FHI 360 is a nonprofit human development organization dedicated to improving lives in lasting ways by advancing integrated, locally driven solutions. Our staff includes experts in health, education, nutrition, environment, economic development, civil society, gender, youth, research and technology – creating a unique mix of capabilities to address today's interrelated development challenges. FHI 360 serves more than 60 countries, all 50 U.S. states and all U.S. territories.

Visit us at www.fhi360.org.

INDICE

<i>Introdução</i>	5
<i>Situação epidemiológica da Tuberculose</i>	6
<i>Definições do DOTS</i>	7
<i>A Estratégia STOP TB</i>	9
<i>Definição do DOTS-C</i>	11
<i>Objectivos do DOTS Comunitário</i>	13
<i>Modelos de DOTS- C</i>	13
<i>Perfil do Voluntário</i>	14
<i>Planificação/Implementação</i>	17
<i>Plano Distrital do DOTS C</i>	18
<i>Definição de responsabilidades para o DOTS-C</i>	19
<i>Tarefas prioritárias</i>	21
<i>Conclusões</i>	22

FICHA TÉCNICA

2009 - Ministério da Saúde
Programa Nacional de Controlo da Tuberculose

Título - Estratégia Nacional do DOTS Comunitário

Produção - PNCT com o apoio do Projecto TBCAP /
Family Health International

Autores:
Dr^a. Paula Perdigão / Dr^a. Paula Samo Gudo
/ Dr. Dário Sacur / Dr. Algy Cassamo

Concepção Gráfica e ilustração:
LAYOUT, ideias e conceitos

LISTA de ACRÓNIMOS

ARV	Anti Retrovirais
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
BK +	Baciloscopia da expectoração positiva
BK -	Baciloscopia da expectoração negativa
CD	Cuidados Domiciliários
CS	Centro de Saúde
DFC	Doses Fixas Combinadas
DOTS	Directa Observação do Tratamento Curta duração
DOTS-C	DOTS Comunitário
FHI	Family Health International
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IEC	Informação Educação e Comunicação
INE	Instituto Nacional de Estatística
MAT	Medicamentos Anti-tuberculose
MDM	Metas de Desenvolvimento do Milénio
MDR	Resistência a Múltiplas Drogas
MISAU	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMT	Praticante de Medicina Tradicional
PNCT	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Tratamento Anti-RetroViral
TP	Tuberculose Pulmunar
TB CAP	Projecto de Assistência ao Controlo da Tuberculose
TBCTA	TB-Coligação para Assistência Técnica
TB-MDR	Tuberculose Resistente a Múltiplas Drogas
TDC	Taxa de Despiste dos Casos
TPC	Tratamento Preventivo com Cotrimoxazol
TPI	Tratamento Preventivo com Isoniazida
TST	Taxa de Sucesso ao Tratamento
UNION	União Internacional Contra a TB e Doenças Respiratórias
USAID	Agência dos EU para o Desenvolvimento Internacional
VC	Voluntários da Comunidade

I. Introdução

Perfil do País

Moçambique está situado na África Austral. Tem uma área de 799.380 quilómetros quadrados e faz fronteira com a África do Sul e a Swazilândia a sul, a Tanzânia a norte, o Zimbabwe, a Zâmbia e o Malawi a oeste e a leste fica o Oceano Índico.

O País está dividido em 3 regiões e 11 províncias: região Sul (Maputo Cidade e Província, Gaza e Inhambane), a região Centro (Sofala, Manica, Tete, e Zambézia), e a região Norte (Nampula, Niassa, e Cabo Delgado). A população estimada em 2006 era de 19.424.000 habitantes; cerca de 30% da População vive em áreas urbanas e 40% vive nas províncias da Zambézia e Nampula, que representam um quarto da área do País.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), a incidência de pobreza absoluta é de 54% significando que a maioria da população vive abaixo da linha de pobreza. Os níveis de pobreza são maiores nas áreas rurais (71.2%) do que nas áreas urbanas (62.5%). Existe uma forte correlação entre a saúde e a pobreza.

As condições de vida e os serviços básicos são dois elementos importantes que influenciam o curso das doenças transmissíveis. De facto as condições de habitação são pobres; o acesso à água potável é baixo (< 30% da população) e nas áreas rurais a população tem de caminhar vários quilómetros para alcançar uma Unidade Sanitária.

A taxa de analfabetismo é alta, acima de 60%, e na maioria das áreas rurais remotas não existe uma rede de transportes. A acrescentar a todos estes problemas apenas 40-60% do povo Moçambicano tem acesso aos serviços de saúde governamentais. O número de profissionais de saúde a todos os níveis por habitante é baixo e os profissionais existentes precisam de formação e reciclagem sobre as doenças mais frequentes.

A esperança de vida ao nascer é actualmente de 46 anos (47.5 anos nas mulheres e 44.5 nos homens); a taxa de mortalidade geral é de 18.6 por 1.000 habitantes; a taxa de mortalidade infantil é de 134 por 1.000 nascimentos e a taxa de mortalidade materna é de 408 por 100.000 nascimentos.

A epidemia do HIV em Moçambique é um dos maiores problemas de saúde pública com cerca de 16% da população infectada com o HIV em 2007. Em algumas áreas o SIDA é a principal causa de morte no País.

A incidência de casos de TB tem vindo a aumentar nas últimas duas décadas na África sub-Sahariana chegando a quadruplicar nalguns países devido essencialmente à pandemia do HIV/SIDA (4% em 1992 para 16% em 2007).

Em Moçambique o impacto do HIV reflete-se no aumento do número de casos de Tuberculose notificados que passou de 8.263 em 1986 para 35.492 em 2006 correspondendo a um aumento anual considerável de casos de Tuberculose. Destes, estima-se que cerca de 48% estejam co-infectados pelo HIV.

Situação Epidemiológica da Tuberculose

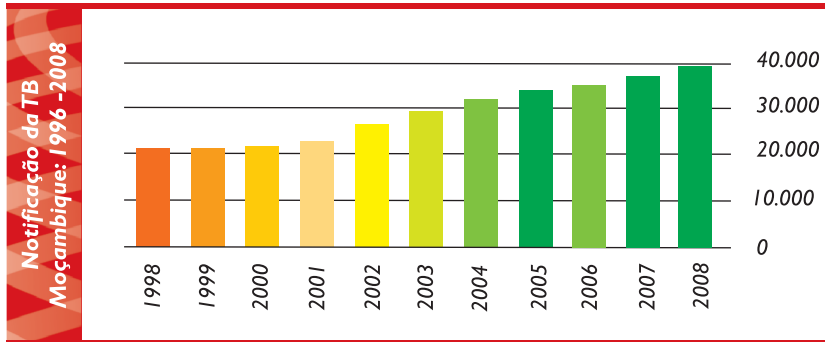
Em Moçambique o número de casos estimados de TB (todas as formas) é de 460 por 100.000 habitantes (OMS). A taxa de despiste em 2005 foi de 35% para todas as formas e de 48% para os casos com baciloscopia positiva. Estes dados revelam que a maioria dos casos de TB não são diagnosticados o que leva a que muitos doentes morram anualmente por uma doença que se pode prevenir e curar.

Em relação aos resultados do tratamento da TB verificou-se que em 2004 a taxa de sucesso ao tratamento, nos casos novos com baciloscopia positiva, foi de 78% em todo o país.

Estes indicadores estão ainda aquém das metas estabelecidas pela OMS até 2005: taxa de despiste de 70% e taxa de sucesso ao tratamento de 85%.

As razões porque o País não atingiu as metas propostas são várias:

- Número insuficiente de Unidades Sanitárias;
- Rede insuficiente de laboratórios de microscopia;
- Transportes e comunicações insuficientes;
- Muitos Distritos sem serviços de Radiologia;
- Fraco envolvimento da comunidade na promoção da Saúde;
- Programa de TB muito centralizado;
- Fraca preparação dos trabalhadores de saúde em relação a Tuberculose;
- Actividades de Informação Educação e Comunicação ineficazes;
- Recursos humanos insuficientes e



- *Fraco envolvimento do sector privado (ONGs, PMTS, Clínicas e outros) como exemplo, das 1.333 Unidades Sanitárias existentes no País apenas 559 implementam o DOTS sendo o número total de laboratórios que realizam a microscopia de 250.*

II - Definições do DOTS

Na década de 80, a UNION introduziu o conceito DOTS que enfatizava a Directa Observação do Tratamento - DOT com regimes de curta duração, o diagnóstico dos casos com base na microscopia directa e um sistema de notificação e avaliação dos casos.

O célebre Dr. Karel Styblo introduziu o DOTS em Moçambique em 1984 na Cidade de Maputo, e no Malawi e Tanzânia, para além de vários outros países da América Latina.

Em 1991 a OMS começou a promover a implementação deste pacote de intervenções para o controlo da TB.

Em 1995 o termo DOTS que vinha sendo usado durante vários anos passou a ser uma Estratégia Global (designada estratégia DOTS) da OMS para o controlo da Tuberculose.

Em 2002 o DOTS deixou de ser um acrónimo passando a ser o nome de marca da OMS com várias componentes onde a Directa Observação do Tratamento em regime de Curta Duração é enfatizada como se pode ver na lista abaixo.

1.
Compromisso do governo e dos parceiros de forma sustentável

2.
Rede de laboratórios para o diagnóstico de casos por exame bacteriológico de qualidade

3.
Regimes de tratamento de curta duração padronizados e de boa qualidade e com supervisão e apoio ao doente

4.
Sistema eficaz de gestão de medicamentos

5.
Sistema de Monitorização e Avaliação dos casos e medição do impacto

6.
Prevenir e tratar casos de TB-MDR

7.
Implementar actividades colaborativas de TB/HIV

A Estratégia Stop TB

- Visão** ► *Um mundo livre da TB.*
-
- Meta** ► *Reduzir drasticamente o peso global da TB em 2015 de acordo com as Metas de Desenvolvimento do Milénio (MDM) e dos alvos do “Stop TB Partnership”.*
-
- Objectivos** ► *Alcançar o acesso universal ao diagnóstico de alta qualidade e tratamento focalizado no doente;*
- *Reduzir o sofrimento humano e o peso socioeconómico associado à TB;*
- *Proteger as populações pobres e vulneráveis da TB, TB/HIV e da TB Multiresistente aos Medicamentos (TB-MDR) e*
- *Apoiar o desenvolvimento de novos meios e permitir que sejam usados eficazmente.*
-
- Alvos** ► *MDM 6, Alvo 8: “reduzir para metade em 2015 e começar a reverter a incidência” da TB;*
- *Metas relacionadas com ODM e endossadas pelo “Stop TB Partnership”;*
- *Em 2005: detectar pelo menos 70% dos casos novos de TB com baciloscopia positiva e curar pelo menos 85% destes casos;*
 - *Em 2015: reduzir em 50% em relação a 1990 a prevalência e as mortes devidas à TB e*
 - *Em 2050: eliminar a TB como problema de saúde pública (<1 caso por milhão de habitantes).*
-

Componentes da Estratégia STOPTB e abordagem para a sua implementação

1. Continuar a intensificação da expansão do DOTS de alta qualidade

- Compromisso político com aumento do financiamento de forma sustentável;
- Detecção dos casos pela bacteriologia com controlo de qualidade;
- Tratamento padronizado com supervisão e apoio ao doente;
- Sistema eficaz de distribuição e gestão de medicamentos e
- Sistema de monitorização e avaliação e medição do impacto.

2. Abordar a TB/HIV, TB-MDR e outros desafios

- Implementar actividades colaborativas de TB/HIV;
- Prevenir e controlar a TB- MDR e
- Abordar prisioneiros, refugiados e outros grupos de alto risco e situações especiais.

3. Contribuir para o reforço do sistema de saúde

- Participar activamente nos esforços para melhorar as políticas do sistema integrado, recursos humanos, finanças, gestão, prestação de serviços e sistemas de informação;
- Partilhar as inovações que reforçam os sistemas, incluindo a "Abordagem Prática de Saúde Pulmonar" e
- Adaptar inovações de outros sectores.

4. Engajar todos os prestadores de cuidados

- Abordagens combinadas público-público e público-privado e
- Modelo internacional para os cuidados Padrão da Tuberculose.

5. Habilitar as pessoas com TB e as comunidades

- Comunicação e mobilização social;
- Participação da comunidade nos cuidados à TB e
- "Direitos dos doentes nos cuidados à Tuberculose".

6. Permitir e promover a pesquisa

- Pesquisa operacional do programa de TB e
- Pesquisa para desenvolver novos meios de diagnóstico, medicamentos e vacinas

Como se pode ver a componente 5 da estratégia é a participação da comunidade nos cuidados à TB.

III - Definição DOTS-C

O conceito de DOTS comunitário (DOTS-C) foi introduzido há mais de 4 décadas na Índia e Hong Kong e é agora recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias (UNION) como uma das modalidades de expansão do tratamento da Tuberculose (TB) até à comunidade.

Desde 1996 que a OMS coordena a avaliação da contribuição da comunidade no controlo efectivo da TB na África sub-Sahariana projecto esse intitulado “Community TB care in África.”

Vários estudos têm demonstrado as vantagens do DOTS-C. Por exemplo no Malawi a taxa de cura subiu de 56% para 64% com o DOTS-C e a taxa de abandonos desceu de 15% para 5%. No Uganda a taxa de sucesso ao tratamento subiu de 56% para 74%. Na África do Sul a adesão passou de 67% para 89%. Os custos por cada doente tratado tiveram uma redução de 44% no Botswana, de 68% no Quénia de 56% no Malawi e de 43% no Uganda.

O envolvimento da comunidade não significa a simples descentralização dos serviços até à comunidade, ou prestar serviços aos mais pobres, mas sim partilhar responsabilidades e tarefas que a comunidade pode realizar de uma forma mais eficaz e deixar que os profissionais de saúde possam usar o seu tempo disponível, conhecimentos e recursos para realizarem com mais eficácia, as suas funções específicas.

Ao terem plena consciência de que a TB é uma doença transmissível grave, mas curável e prevenível e de que todas as actividades de diagnóstico, tratamento e prevenção são totalmente gratuitas, as comunidades irão contribuir de forma que todos os suspeitos sejam referidos aos centros de diagnóstico para que o tratamento se inicie o mais rápido possível, diminuindo assim a cadeia de transmissão da doença.

A comunidade é a principal responsável pela sua própria saúde. Isto deve

ser tomado em conta quando se planificam e implementam as intervenções comunitárias.

Os desafios impostos pela TB vêm demonstrar, uma vez mais, que a medicina e a saúde pública devem considerar cada ser humano de forma holística. Um aspecto importante desta abordagem holística é promoção do envolvimento e da responsabilização de cada pessoa pela sua própria saúde, tendo em consideração o meio social em que vive.

O DOTS comunitário (DOTS-C) significa a estratégia DOTS aplicada ao nível da comunidade onde o doente habita, isto é, não é apenas a expansão do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT) até às áreas rurais onde reside a maioria da população, mas o envolvimento da comunidade em todas as fases desde a planificação, implementação e avaliação. Significa que todas as actividades relacionadas com a TB sejam realizadas por alguém da comunidade, desde o rastreio dos casos à observação da toma diária dos MAT (Medicamentos Anti-TB) encorajando o doente a completar o tratamento de forma carinhosa.

É evidente que se um doente com TB (ou a mãe a acompanhar seu filho doente) tiver que andar 30 minutos a 1 hora para ir a uma Unidade Sanitária todos os dias durante pelo menos 6 meses tem muito mais possibilidades de abandonar o tratamento do que o doente que tem apenas que andar 5 minutos para ver o voluntário comunitário ou mesmo ficar em casa pois o DOT será feito por um familiar.

Nesta abordagem comunitária o tratamento supervisionado ou DOT (Directa Observação do Tratamento) será feito por um voluntário comunitário treinado e supervisionado ou por um “padrinho” (familiar, vizinho, colega, amigo, etc) treinado e supervisionado.

Os doentes escolherão a modalidade de tratamento que mais lhes convêm: DOT na Unidade Sanitária ou DOT comunitário.

A identificação e escolha de voluntários comunitários, deve ser feita pela própria comunidade, com aprovação das estruturas locais, para ter sucesso.

A responsabilidade pela Tuberculose continua a ser do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (PNCT) e é necessária uma colaboração estreita entre os vários níveis.

IV- Objectivos do DOTS Comunitário

A saúde é uma questão de justiça social e a redistribuição dos recursos a favor dos pobres é uma prioridade mundial.

Um dos grandes objectivos do DOTS-C é o de permitir que os doentes sofrendo de TB possam ser diagnosticados e tratados o mais cedo possível, de forma mais eficaz e com menos recursos financeiros.

Significa que o tratamento seja feito o mais perto possível da casa do doente e que a comunidade seja envolvida em acções concretas de rastreio, tratamento e prevenção de casos de TB.

O envolvimento da comunidade é a única forma de se atingir uma mudança de atitudes e acções que visem uma melhoria do estado de saúde da população. O envolvimento da comunidade na tomada de decisões e na planificação das acções é crucial.

V - Modelos de DOTS- C

Podemos ter diferentes modelos de DOTS-C dependendo das condições de cada localidade. Basicamente as condições para a sua implementação são as seguintes:

- 1. **Centro de referência para o diagnóstico** normalmente Centro de Saúde com laboratório de microscopia e com pessoal bem treinado e supervisionado;*
- 2. **Rede de transporte** para o envio das amostras de expectoração ao laboratório quer para o diagnóstico, quer para o controlo do tratamento e envio também das fichas e dos medicamentos;*
- 3. **Pessoal de saúde** treinado e motivado ao nível dos centros e postos de saúde e*
- 4. **Voluntários da comunidade** bem treinados e supervisionados.*

Quem são os voluntários da comunidade que podem ser envolvidos no DOTS-C?

Os voluntários a ser envolvidos no DOTS-C devem habitar na comunidade onde vão trabalhar, serem identificados e seleccionados pela comunidade. As mulheres devem merecer atenção especial no processo de escolha, pois tem sido demonstrado que as mulheres são mais diligentes e com menos probabilidades de serem motivadas pela ambição ou pela esperança de serem renumeradas que os homens.

Vários programas no mundo têm usado com sucesso, os professores e alunos das escolas, como agentes dinamizadores de acções de promoção da saúde nas suas comunidades. O programa de Lepra no nosso País, tem estado a trabalhar, com êxito, com as crianças das escolas para o rastreio precoce dos casos de Lepra nas suas famílias. Estas experiências deverão ser aproveitadas na implementação do DOTS-C.

Muitos países têm usado os praticantes de medicina tradicional (PMT) no DOTS-C. A maioria dos doentes com TB consulta primeiro estes agentes comunitários e portanto engajar este grupo no DOTS-C trará benefícios não só para o despiste de casos, mas também na melhoria dos resultados do tratamento. Além disso os PMT estão organizados em associações o que facilita a comunicação e envolvimento no DOTS-C. Por fim os PMT mostram interesse em colaborar e integrar-se em actividades de saúde comunitária.

Cada voluntário terá sob sua responsabilidade não mais de 10 doentes com TB.

As ONGs existentes no terreno deverão também contribuir na preparação e implementação do DOTS-C com a equidade devida de modo a complementar os esforços das Direcções Provinciais de Saúde nesse processo.

Exemplos de possíveis voluntários:

- Voluntários já existentes para o controlo de outras doenças (em especial no controlo da Lepra e do HIV/SIDA);
- Praticantes da medicina tradicional;
- Agentes Polivalentes Elementares;
- Professores das escolas;

- Alunos das escolas;
- Voluntários da Cruz Vermelha;
- Voluntários a trabalhar nos Cuidados Domiciliários;
- Antigos doentes de TB e
- Familiar / vizinho / amigo / colega do doente (padrinhos).

Como se articulam os diferentes intervenientes para os cuidados integrados ?

I. Nível Distrital

- O Supervisor distrital do PNCT (Programa Nacional de Controlo da Tuberculose) com o apoio do Médico chefe distrital e parceiros trabalhando no distrito, é o Coordenador de todas as actividades do DOTS-C no seu distrito e tem como tarefas a planificação, a formação do pessoal envolvido, a supervisão e a monitorização e avaliação de todo o programa.
- **O Centro de Saúde:**
 - Diagnostica os casos através do exame microscópico da expectoração, com o RX do tórax ou por decisão clínica;
 - Indica o tratamento, notifica e avalia os casos da sua área e refere os doentes para o Posto de Saúde;
 - Avalia e trata os doentes com outras doenças associadas em especial o HIV/SIDA ou com efeitos secundários aos MAT (Medicamentos Anti-Tuberculose);
 - Realiza ATS (Aconselhamento e Testagem para o HIV em Saúde); TPC e TARV (Tratamento Preventivo com CTZ e Tratamento Antiretroviral);
 - Promove a advocacia e comunicação do programa e
 - Refere para o nível seguinte os casos complicados.
- **O Posto de Saúde/Centro de Saúde**
(Unidade Sanitária mais periférica e funcionando com enfermeiros, tem a função de um centro de tratamento) que deve:
 - Rever os doentes e as fichas de tratamento mensalmente;
 - Referir os casos complicados;
 - Enviar os escarradores ou esfregaços fixados para o diagnóstico e controlo do tratamento para o Centro de Saúde;
 - Requisitar e controlar os medicamentos da sua área e
 - Realizar actividades IEC e controlar os contactos.

2. Nível Comunitário

Os principais actores a este nível são o voluntário da comunidade e o padrinho do doente

VOLUNTÁRIO DA COMUNIDADE

- *O voluntário da comunidade (VC) identifica as pessoas com sintomas suspeitos de TB;*
- *Refere os casos suspeitos ou escarradores ao Centro/Posto de Saúde;*
- *Realiza o DOT (Directa Observação do Tratamento);*
- *Preenche a Ficha de Tratamento Comunitária;*
- *Identifica os efeitos secundários dos MAT e refere os doentes que os apresentam;*
- *Envia os escarradores ou os doentes para o Posto/Centro de Saúde para o controlo do tratamento;*
- *Realiza actividades IEC sobre TB e HIV na comunidade;*
- *Apoia nos problemas sociais do doente;*
- *Participa nos encontros de trabalho mensais com o enfermeiro do Posto de Saúde;*
- *Recebe mensalmente e controla os medicamentos para os seus doentes;*
- *Mobiliza os doentes para ATS;*
- *Refere as crianças e PVHS contactos à US;*
- *Realiza TPC aos doentes com TB/HIV e*
- *Apoia o doente acamado.*

“PADRINHO”

O padrinho do doente com TB pode ser vizinho, parente ou colega que deve ter as seguintes tarefas:

- *Realiza o DOT;*
- *Controla o TPC nos doentes TB/HIV;*
- *Preenche a Ficha de Tratamento Comunitária;*
- *Garante a adesão;*
- *Identifica as reacções e refere os doentes que as apresentem;*
- *Realiza IEC sobre TB e HIV ao doente e sua família e*
- *Apoia o doente acamado.*

VI- Planificação/Implementação

Para ter sucesso o DOTS-C deve ser bem planificado. Uma série de acções devem ser implementadas antes do seu início, em especial uma planificação das actividades a todos os níveis.

Ponto importante é iniciar progressivamente, começando com os distritos que tenham bons resultados de TB (taxa de conversão das baciloscopias ao 2º mês de pelo menos 80% e taxa de sucesso ao tratamento de pelo menos 75%) e ir corrigindo os erros que forem surgindo, ou fazer as devidas adaptações antes de se passar para outros distritos.

Critérios para iniciar:

- Plano distrital de DOTS-C completo e aprovado pela Direcção distrital;
- Compromisso dos líderes comunitários;
- Compromisso de todo o pessoal envolvido;
- Disponibilidade financeira de forma sustentável;
- Medicamentos disponíveis no distrito suficientes para 3 meses e mais 3 meses de stock de segurança;
- Reagentes de laboratório em quantidade suficiente e com controlo de qualidade garantido;
- Identificados os parceiros do distrito (ONGs, Cruz Vermelha, etc);
- Material disponível: Guiões para os trabalhadores de saúde e para os voluntários e Fichas de Referência e Tratamento (nível de Centro de Saúde e comunitárias);
- Várias categorias de pessoal identificado e treinado incluindo os voluntários comunitários e as respectivas descrições de tarefas e responsabilidades conhecidas;
- Transporte disponível para as actividades de supervisão e transporte dos escarradores, lâminas, fichas e medicamentos e
- Que o supervisor distrital tenha visitado os vários centros e postos e assegure que tudo está correcto.

Plano Distrital do DOTS-C

1. Objectivo Geral:

- *Expansão do DOTS até à comunidade*

2. Objectivos Específicos:

- *Despiste de casos de TB na comunidade;*
- *Tratamento dos casos com TB;*
- *Redução da mortalidade dos doentes com TB e TB/HIV;*
- *Redução dos abandonos ao tratamento nos doentes com TB;*
- *Actividades de IEC sobre TB na comunidade e*
- *Colaboração entre as US e as comunidades.*

3. Actividades:

- *Mapeamento do distrito;*
- *Análise situacional do distrito;*
- *Planificação de todas as actividades incluindo plano orçamental;*
- *Identificação de todos os parceiros do DOTS-C;*
- *Estabelecimento de sistema de controlo de qualidade das lâminas;*
- *Coordenação com o Programa de SIDA;*
- *Identificação de voluntários;*
- *Formação dos voluntários;*
- *Distribuição de Fichas e MAT aos voluntários;*
- *Supervisão periódica;*
- *Reuniões mensais e*
- *Monitorização e Avaliação de todas as actividades.*

4. Recursos

- *Humanos e*
- *Financeiros.*

VII- Definição de tarefas/responsabilidades para o DOTS-C

1. Coordenador/Supervisor Provincial da TB:

- Elaborar o plano de implementação do DOTS-C na província;
- Organizar a formação de Supervisores Distritais em DOTS-C;
- Supervisar a implementação do DOTS-C;
- Monitorizar as actividades do DOTS-C e
- Avaliar o impacto do DOTS-C na província.

2. Supervisor Distrital:

- Elaborar o plano de implementação distrital do DOTS-C;
- Formar enfermeiros dos Centros e Postos de Saúde em DOTS-C;
- Estabelecer os sistemas de referência;
- Garantir o sistema de controlo de qualidade das lâminas;
- Fazer a gestão dos medicamentos anti-TB;
- Garantir stock adequado de MAT, Fichas da TB, material de IEC e material de laboratório (incluindo escarradores);
- Distribuição de MAT e Fichas às US;
- Supervisar os locais que iniciaram o DOTS-C quinzenalmente no início e depois mensalmente;
- Garantir actividades colaborativas de TB/HIV em especial: despiste precoce da TB nas PVHS, ATS a todos os casos de TB e TPC e TARV aos TB/HIV;
- Monitorizar e avaliar as actividades do DOTS-C e
- Avaliar o impacto do DOTS-C no distrito.

3. Enfermeiros dos C. Saúde (centros de diagnóstico/tratamento)

- IEC aos doentes e comunidade sobre TB, TB/HIV e DOTS-C;
- Diagnosticar casos de TB;
- Realizar ATS a todos TB;
- Disponibilizar TPC aos TB/HIV;
- Referir aos clínicos os casos complicados;
- Registar os casos de TB;
- Notificar os casos trimestralmente;
- Iniciar o tratamento da TB ou referir para DOTS-C;
- Avaliar os resultados do tratamento trimestralmente;
- Tratar efeitos secundários comuns;
- Referir aos clínicos os casos com efeitos secundários graves e

- Realizar a gestão dos medicamentos.

4. Enfermeiros dos Postos de Saúde

- Suspeitar da TB;
- Realizar esfregaços da expectoração, para o diagnóstico e controlo dos casos, e enviá-los para os Centros de Saúde;
- Formar os voluntários comunitários da sua área;
- Registar os casos de TB da sua área na Ficha de Tratamento;
- Realizar reuniões mensais com os voluntários comunitários;
- Supervisar os voluntários da comunidade mensalmente;
- Identificar e tratar efeitos secundários dos MAT ou referir os doentes para o Centro de Saúde;
- Controlar os contactos;
- Realizar IEC na comunidade e
- Fazer a gestão dos medicamentos da TB e do material para o DOTS-C.

5. Voluntários da Comunidade

- Identificar casos suspeitos de TB;
- Referir casos suspeitos e ou escarradores para o diagnóstico;
- Identificar o regime de tratamento da TB com 4DFC;
- Preencher a Ficha de Tratamento Comunitária;
- Prestar o DOT aos doentes;
- Referir doentes/escarradores ao Centro de Saúde para as análises de controlo do tratamento;
- Identificar efeitos secundários e referir os doentes que os apresentem
- Promover a adesão ao tratamento;
- Identificar e dar apoio nos problemas sociais;
- Controlar os contactos dos doentes (crianças e PVHS);
- Mobilizar os doentes para realizarem o teste do HIV;
- Promover IEC na comunidade e
- Participar nas reuniões mensais no Posto ou Centro de Saúde.

6. “Padrinho”

- Realizar o DOT;
- Preencher a Ficha de Tratamento Comunitária;
- Garantir a aderência ao tratamento da TB;
- Identificar as reacções;
- Referir os doentes e
- Realizar IEC ao doente e sua família.

VIII-Tarefas prioritárias

Nível Central:

- *Elaboração de Guiões de DOTS-C para trabalhadores de saúde, voluntários da comunidade e “padrinhos”;*
- *Elaboração de Fichas de DOTS-C;*
- *Elaboração de panfletos sobre DOTS-C;*
- *Distribuição a todas as províncias da Estratégia Nacional do DOTS-Comunitário;*
- *Distribuição a todas as províncias do material de DOTS-C e*
- *Formação dos coordenadores e supervisores provinciais.*

Nível Provincial:

- *Elaboração do Plano Estratégico Provincial;*
- *Formação dos supervisores distritais e*
- *Distribuição do material aos distritos.*

Nível Distrital:

- *Elaboração do Plano Estratégico Distrital;*
- *Formação dos trabalhadores de saúde e*
- *Formação dos voluntários comunitários.*

IX- Conclusões

Do que foi apresentado podemos concluir que o DOTS-C traz as seguintes vantagens:

- *Aborda o doente de uma forma mais digna e amigável;*
- *Diminui as taxas de morte por TB e TB/HIV;*
- *Estabelece relações de cooperação entre o SNS e a comunidade;*
- *Reforça a integração do SNS;*
- *Reforça a colaboração dos programas de TB e SIDA;*
- *Reforça a cooperação com as ONG´s e a sua integração;*
- *Diminui os custos financeiros do PNCT em 40-50%;*
- *Promove actividades de IEC;*
- *Reforça o poder social e económico da comunidade;*
- *Melhora os indicadores do PNCT incluindo a qualidade dos mesmos ao fornecer dados mais fiáveis;*

- Contribui de forma inequívoca para se atingirem as MDM e
- Contribui para a diminuição de casos de TB MDR e XDR.

“Podemos concluir que a implementação das actividades do DOTS Comunitário deve ser uma prioridade no PNCT”

Anexos

1. *Guião de Formação para Trabalhadores de Saúde*
2. *Guião de Formação para Voluntários*
3. *Guião de Formação para Padrinhos*
4. *Ficha de Referência de casos suspeitos*
5. *Ficha de Referência dos contactos*
6. *Ficha de Referência do controlo do tratamento*
7. *Fichas de Referência de reacções de tratamento*
8. *Ficha de Referência de fim de tratamento*
9. *Ficha de Monitorização mensal*
10. *Folheto TB/HIV*
11. *Folheto DOTS trabalhadores de saúde*
12. *Folheto para PVHS*
13. *Folheto DOTS-C para Voluntários*

