

Atenção suplementar nos municípios prioritários do Estado de São Paulo para pacientes em tratamento supervisionado da tuberculose

Valdir Souza Pinto¹; Regiane A. Cardoso de Paula¹; Milton Parron Jr¹

Resumo

Controlar a tuberculose (TB) contribui para reduzir o sofrimento humano e as conseqüências sociais e econômicas para o doente, sua família e a sociedade. Um elemento da estratégia DOTS de controle da TB, recomendada pelo Ministério da Saúde (MS), é o tratamento supervisionado (TS), disponibilizado para todos os portadores da doença. O apoio suplementar aos pacientes para promover a adesão ao tratamento deve fazer parte de todos os Programas de Controle da Tuberculose (PCT). Os incentivos são oferecidos aos pacientes em TS para reduzir as chances de abandono do tratamento, ou seja, estimular a adesão ao DOTS. Estes incentivos referem-se à bolsa-alimentação durante o tratamento e à garantia de transporte para o TS. O presente estudo é uma descrição e, ao mesmo tempo, uma contribuição facilitadora do trabalho ao acesso de incentivos para o tratamento supervisionado da TB do PCT dos municípios prioritários do Estado de São Paulo. Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo, utilizando os dados sobre atenção suplementar, através do Instrumento de Avaliação e Controle (IAC), fornecido pelo MS com questões sobre o PCT, no 1º semestre de 2006. Os dados recebidos pelos IACs correspondem a 48 dos 73 municípios prioritários (65,8%). Observou-se que 35 municípios utilizam a estratégia DOTS (72,9%). Dos que a utilizam há aqueles que oferecem apenas um tipo de incentivo (27,1%) e aqueles que oferecem as cestas básicas e o vale-transporte como apoio suplementar (33,3%).

Palavras-chave: Controle da tuberculose; DOTS; Tratamento Supervisionado; incentivos; Atenção Suplementar.

Abstract

Proper control of tuberculosis leads to reduced human suffering and the social and economic consequences for the ill, his/her family and society. One element of TB control strategy recommended by Brazilian Ministry of Health (BMH) is DOTS strategy (Directly Observed Treatment Short-Course) for all patients with the disease. The supplementary care, as incentives, for patients to promote adherence to treatment must be part in all Tuberculosis Control Program (TCP). Incentives are offered to patients in DOTS to reduce the risks of neglect of treatment, in other words, the patient must adhere to DOTS. Those incentives referred to basic food package during treatment of TB and to transport warranty (transport coupons) to DOTS. This study is an essay and a contribution facilitative of work to the access of incentives for DOTS from TCP's high burden cities from State of Sao Paulo. This is a descriptive and retrospective study that uses data on supplementary care by Evaluation and Control Instrument (ECI), a questionnaire survey, distributed by BMH with questions about TCP from first semester of 2006. Data received by ECIs correspond to 48 from 73 high burden cities (65.8%). It was observed that 35 cities use DOTS (72.9%). From cities that use DOTS strategy there are cities that offer only one type of incentive (37,1%) and those that offer both incentives, basic food package and transport coupons as supplementary care (45.8%).

Key-words: Tuberculosis Control; DOTS; Supervised Treatment; incentives; Supplementary Care.

Artigo recebido em 05/12/2006. Aceito em 12/12/2006.

¹ Força Tarefa do Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde para o Estado de São Paulo
Divisão Tuberculose do Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac" da Coordenadoria de Controle de Doenças da
Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. E.mail: valdirpinto@uol.com.br

INTRODUÇÃO

Controlar a tuberculose (TB) contribui para reduzir o sofrimento humano e as conseqüências sociais e econômicas para o doente, sua família e a sociedade. Os objetivos do controle da TB são: reduzir a morbimortalidade e a transmissão da doença e prevenir a resistência às drogas utilizadas. Para alcançá-los é necessário garantir o acesso ao diagnóstico, ao tratamento, à possibilidade de cura para cada paciente e, bem assim, proteger da TB e de suas formas resistentes às drogas, as populações vulneráveis.¹

Em 1993 a OMS declarou a TB uma emergência mundial e passou a promover um conjunto de medidas técnicas e gerenciais conhecidas como DOTS de que constam cinco componentes-chave: vontade política, ou seja, o compromisso governamental de continuidade das ações de controle da TB; sistema de informação que permita avaliar o resultado do tratamento de cada paciente e do desempenho do Programa de Controle da Tuberculose (PCT); rede laboratorial com busca ativa de casos; estoque de medicamentos; e tratamento supervisionado (TS).^{2,3}

A implantação da estratégia DOTS exige um planejamento prévio cuidadoso e deve ser feita por etapas:¹ (a) na **inicial** devem ser selecionadas poucas unidades de saúde do município onde já exista uma infra-estrutura de recursos humanos e materiais, facilitando a organização do serviço com normas, procedimentos e fluxos bem definidos de modo a obter, em curto prazo, altas taxas de cura; (b) na **de expansão**, as unidades de saúde que participaram da etapa inicial, servirão como locais de demonstração do sucesso da estratégia e de capacitação de pessoal das demais unidades onde seguirá a implantação, período em que o papel da coordenação do PCT nos municípios é fundamental, uma vez que exigirá capacitação continuada de pessoal, uma oferta de exames de baciloscopia de escarro com resultados para o mesmo dia ou no máximo em 48 horas, um sistema de informações ágil e confiável que permita detectar rapidamente os nós críticos e propor soluções e a supervisão contínua das ações desenvolvidas nas unidades de saúde e laboratórios; durante essa fase deve ser dada ênfase à mobilização comunitária e ao desenvolvimento de parcerias com setores governamentais especialmente da área social, com o setor privado e com organizações não-governamentais cujos objetivos venham a contribuir para o sucesso das ações de controle da tuberculose; e (c) na **etapa de manutenção**, o esforço estará voltado para manter a eficácia da estratégia DOTS

que resultará em altas taxas de cura, através da formação de novos profissionais e da reciclagem e atualização de conhecimentos; aqui os gestores de saúde e as instâncias de decisão devem estar convencidos dos benefícios humanos, econômicos e políticos dessa estratégia, que justificam o investimento de mais recursos para o controle da tuberculose.

Perkins e Kritski,⁴ em editorial da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, afirmam que o controle adequado da tuberculose é uma equação balanceada entre detecção e tratamento. Uma das estratégias do Plano Global do *Stop TB* 2006 – 2015 é garantir que todo paciente com TB tenha acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à cura efetiva da doença.²

O apoio suplementar aos pacientes de TB para promover a adesão ao tratamento é uma ajuda de grande significância para o doente e deve fazer parte do PCT. Geralmente, o tratamento supervisionado requer que os pacientes compareçam diariamente ou três vezes por semana, a uma unidade de saúde, onde a tomada dos medicamentos dar-se-á sob observação, resultando num custo social considerável para o paciente e numa série de dificuldades econômicas para a família. Todavia, há estratégias eficientes como as de incentivos, por exemplo, que estimulam os pacientes a completar seu tratamento.⁵

Conforme descrito acima, a implantação dessa estratégia requer o compromisso governamental de continuidade das ações de controle da TB, que se traduz em investimentos para contratação de pessoal, transporte de pessoas e materiais, insumos de laboratório, incentivos para os pacientes e outras necessidades identificadas.^{1,2,5}

Desse modo, os gestores devem estar atentos aos recursos disponíveis para o controle da tuberculose no Pacto de Atenção Básica (PAB) e na Programação Pactuada Integrada (PPI) e, bem assim, às respectivas metas pactuadas.

O Projeto *Descentralização On Line*, sediado na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, tem como objetivo estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que contribuam para melhorar a gestão pública e descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS), disponibilizando um conjunto de dados e informações sobre temas que contextualizam as relações inter-governamentais na área da saúde, em especial aqueles em destaque nas reuniões da Comissão Intergestores Tripartite – CIT.⁶ Em setembro de 2003, numa das reuniões da CIT, a Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) apresentou a situação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), concluindo que “hoje fazemos muito menos do que a capacidade instalada do SUS pode fazer”,

apesar de haver um “consenso técnico” para enfrentar a grave situação. As metas nacionais expostas pela SVS, do período 2003 – 2007, são a detecção de casos – 70% ou mais (meta alcançada); a cura de 85% ou mais dos casos identificados (83% em 2005); o tratamento supervisionado para 100% dos casos nos municípios prioritários; e o aumento do uso da baciloscopia para 90% dos casos pulmonares.⁶ Uma das principais linhas de ação do PNCT

no período 2003 – 2007, é o fortalecimento do PCT nos Estados e Municípios prioritários, com foco no paciente através da concessão de transporte e bolsa-alimentação (tratamento supervisionado).⁶

As recomendações para as ações de controle da TB que incluem a estratégia de tratamento supervisionado no Estado de São Paulo, pela Coordenação Estadual (CVE/TB) do PCT, estão descritas na Tabela 1.

Tabela 1. As ações de controle da tuberculose e a estratégia de tratamento supervisionado.

Ações de Controle	A estratégia de tratamento supervisionado – DOTS
Deteção e diagnóstico dos casos de tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> • Duas baciloscopias de escarro para todos os pacientes sintomáticos respiratórios (SR) • Uso de exame radiológico em casos específicos • Pontualidade do resultado dos exames de baciloscopia no máximo em 24 horas • Práticas laboratoriais padronizadas garantindo a confiabilidade dos resultados • Controle de qualidade das baciloscopias pelos LACEN • Registro sistemático dos dados pelo laboratório no Livro Branco, e então para o LAB TB
Categorização dos pacientes para o tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de tuberculose (pulmonar ou extrapulmonar) • Baciloscopia (+) ou baciloscopia (-) • Categoria terapêutica (primeiro tratamento, recidiva pós-cura, reingresso pós-abandono, falência do tratamento, resistência às drogas)
Tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Utilização dos esquemas padronizados pelo MS de eficácia comprovada para cada tipo de caso • Utilização do regime diário de tomadas das doses • Observação direta do tratamento no mínimo três vezes por semana • Educação e aconselhamento dos pacientes • Exame dos contatos e quimioprofilaxia quando indicada • Suprimento regular das drogas nas unidades de saúde (US)
Monitoramento do tratamento	<ul style="list-style-type: none"> • Baseado na baciloscopia de escarro mensal, no mínimo no 2º, 4º e 6º mês • O indicador principal é a evolução do paciente até a cura após o tratamento completo • Registro de dados individuais do tratamento no Livro de Registro de Casos e na ficha de TS do paciente • Rápida identificação de faltosos e busca imediata dos pacientes
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Alta taxa de conversão da baciloscopia de escarro ao final da fase inicial do tratamento • Altas taxas de cura • Diminuição da prevalência de casos crônicos • Diminuição da transmissão da infecção pelo BK • Prevenção da resistência às drogas • Maior comprometimento político garantindo os recursos e a sustentabilidade das ações dos PCT • Alta mobilização comunitária garantindo o controle social preconizado no SUS

Os incentivos são oferecidos aos pacientes sob TS para reduzir as chances de abandono, ou seja, estes incentivos são oferecidos para que haja adesão do paciente ao TS.

A política de incentivos se baseia nas ações de: (a) revogação da Portaria 1.474⁷ de 2002; (b) reformulação do incentivo, com reforço às unidades básicas de saúde, coordenações estaduais e municipais, através da aquisição de equipamentos de laboratório de informática (“kit TB”); (c) repasse de recursos para capacitação das equipes, supervisão, avaliação, campanhas educativas, material técnico, e condução para o paciente; e (e) incentivos ao paciente.⁶

Estes incentivos referem-se à bolsa-alimentação durante o tratamento; prêmio, se obtiver alta por cura; garantia de transporte para o tratamento supervisionado. Na maioria dos PCT é oferecida uma cesta básica e o vale-transporte para o paciente, enquanto durar o tratamento.

Este vale-transporte serve para que o paciente se desloque de sua residência até o local da tomada do medicamento, seja na unidade de saúde ou em outro local da comunidade onde será administrada a dose supervisionada.

O aporte nutricional do paciente é importante para sua recuperação, sendo parte integrante do seu tratamento. Para tanto, a distribuição de cestas básicas com alimentos diferenciados e o fornecimento de café da manhã são ações de sucesso para os pacientes que fazem uso da estratégia DOTS.

Esses incentivos poderão ser obtidos através de convênio com as Secretarias Municipais da Área Social e com outros parceiros locais do setor público ou privado. Nos 73 municípios prioritários do Estado de São Paulo, em sua grande maioria, a distribuição de incentivos é parte integrante do PCT, constituindo uma forma de atenção suplementar ao paciente sob TS.

OBJETIVO

Este estudo é uma descrição e uma contribuição facilitadora de trabalho, como ferramenta útil, de acesso aos incentivos para o tratamento supervisionado da TB do PCT dos municípios prioritários do Estado de São Paulo.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e retrospectivo utilizando os dados sobre atenção suplementar pelo Ins-

trumento de Avaliação e Controle (IAC) (Tabela 2), fornecido pela Coordenação Geral de Doenças Endêmicas (CGDEN) do PNCT do MS sobre o PCT dos municípios prioritários do Estado de São Paulo, do 1º semestre de 2006.

Os IACs foram entregues aos 73 municípios prioritários do Estado de São Paulo que preencheram e entregaram à Força Tarefa do PNCT/MS para o Estado de São Paulo, com anuência da Coordenação Estadual do PCT (CVE/TB), na data de 20 de outubro de 2006. Os 73 municípios estão descritos na Tabela 3.

Tabela 2. Instrumento de Avaliação e Controle (IAC).

Coordenação Geral de Doenças Endêmicas – Programa Nacional de Controle da Tuberculose		
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO E CONTROLE – I.A.C.		
MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS		
1 - Responsável pelo Preenchimento		
2 - Município	3 - Estado	4 - População do município (IBGE)
5 - Nº de casos 2004	6 - Nº de casos 2005	7 - Período avaliado
8 - Plano Municipal de Controle da Tuberculose – PMCT () Sim () Não	9 - Mapa ou modelo geo-sanitário para localização das áreas de elevado risco de adoecimento () Sim () Não	10 - Aprovação do PMCT pelo Conselho Municipal de Saúde () Sim () Não
11 - PCT na Assistência Básica () UBS () PSF	12 - Situação Atual __ UBS __ PSF	13 - Situação no semestre anterior __ UBS __ PSF
14 - PCT na média complexidade: () Centro de Referência () Policlínica () Hospital Geral ou especializado () Urgência e Emergência	15 - Situação no semestre anterior __ Centro de Referência __ Policlínica __ Hospital Geral ou especializado __ Urgência e Emergência	16 - Situação atual __ Centro de Referência __ Policlínica __ Hospital Geral ou especializado __ Urgência e Emergência
17 - Casos encerrados no período __ casos encerrados	18 - Óbitos no período __ óbitos	19 - Situação no semestre anterior __ casos encerrados __ óbitos
20 - BK+ encerrados no período __ BK+	21 - BK- encerrados no período __ BK-	22 - Situação no semestre anterior __ BK+ __ BK-
23 - Co-infecção TB/HIV no período __ nº de casos	24 - MDR no período __ nº de casos	25 - Situação no semestre anterior __ Co-infecção TB/HIV __ MDR
26 - Tratamento supervisionado no período - serviços: UBS PSF		
27 - Tratamento supervisionado na média complexidade - serviços: Centro de Referência Hospital UBS PSF C. Referência Hospital		
28 - Situação no semestre anterior		
29 - Baciloscopias realizadas no período: __ nº de baciloscopia		
30 - Busca ativa e passiva de sintomático respiratório no período: () UBS () PSF () Emergência		
31 - Situação da baciloscopia no semestre anterior: __ nº de baciloscopia		
32 - Suporte ao paciente no período: __ cestas básicas __ ajuda transporte		
33 - Nº de pacientes em tratamento supervisionado no período: __ Casos TS encerrados		
34 - Situação no semestre anterior: __ cestas básicas __ ajuda Transporte __ pacientes em TS		
35 - Gestão do programa inclui trabalho conjunto com integrante da Parceria Brasileira contra a tuberculose? () Sim () Não Especificar:		
36 - Outras organizações sociais que integram ações de controle da Tuberculose no Município:		
37 - Falta de medicamentos, materiais e insumos encontrados no período: () Medicamentos para Tratamento TB - qualquer esquema () Materiais de laboratório - reagentes, microscópio, outros materiais de laboratório () Materiais de informação para trabalhos comunitários - Outros materiais de informação		
38 - Falta de outros insumos necessários para ações de controle da tuberculose. Especificar:		
39 - Eventos sentinelas no período: __ óbitos por meningite tuberculosa __ óbito de paciente sem co-infecção, co-morbidade sem tratamento ou tratamento com esquema I __ abandono de tratamento		
40 - Avaliação subjetiva:		

Tabela 3. Municípios prioritários do Estado de São Paulo – 1º semestre de 2006.

Municípios prioritários do Estado de São Paulo – 2006					
1	Americana	26	Franco da Rocha	51	Poá
2	Araçatuba	27	Guaratinguetá	52	Praia Grande
3	Araraquara	28	Guarujá	53	Presidente Prudente
4	Araras	29	Guarulhos	54	Ribeirão Preto
5	Atibaia	30	Indaiatuba	55	Rio Claro
6	Barretos	31	Itanhaém	56	Salto
7	Barueri	32	Itapeçerica da Serra	57	Santana de Parnaíba
8	Bauru	33	Itapevi	58	Santo André
9	Bebedouro	34	Itapira	59	Santos
10	Bertioga	35	Itaquaquetuba	60	São Bernardo Campo
11	Bragança Paulista	36	Itu	61	São Caetano do Sul
12	Caçapava	37	Jacaréí	62	São Carlos
13	Caieiras	38	Jandira	63	São José do Rio Preto
14	Campinas	39	Jundiaí	64	São José dos Campos
15	Campos do Jordão	40	Leme	65	São Paulo
16	Caraguatatuba	41	Limeira	66	São Sebastião
17	Carapicuíba	42	Lorena	67	São Vicente
18	Catanduva	43	Marília	68	Sorocaba
19	Cotia	44	Mauá	69	Suzano
20	Cubatão	45	Mogi das Cruzes	70	Taboão da Serra
21	Diadema	46	Osasco	71	Taubaté
22	Embu	47	Ourinhos	72	Ubatuba
23	Ferraz de Vasconcelos	48	Peruíbe	73	Várzea Paulista
24	Franca	49	Pindamonhangaba		
25	Francisco Morato	50	Piracicaba		

Fonte: Divisão de Tuberculose/CVE/SES-SP, Outubro/2006.

RESULTADOS

Na Tabela 4 estão os dados recebidos pelos IAC, que correspondem a 48 dos 73 municípios prioritários (65,8%).

Tabela 4. I.A.C. – Instrumento de Avaliação e Controle – 1º semestre de 2006.

Incentivos oferecidos pelos municípios prioritários do Estado de São Paulo	Municípios participantes		População estimada – 2006 (IBGE)	1º sem 2006		
	n	%		Cestas básicas	Vale-transporte	Pacientes em TS
Cestas básicas e Vales-transportes	16	33,3	16.488.422	11.710	30.730	2.120
Cestas básicas	12	25,0	2.451.959	849	0	491
Vales-transportes	1	2,1	110.213	0	41	2
Não oferecem incentivos	6	12,5	1.869.187	0	0	183
Sem pacientes em TS no período	13	27,1	1.988.022	159	62	0
Total	48	100,0	22.907.803	12.718	30.833	2.796

TS – Tratamento supervisionado.

Fonte: I.A.C. - Municípios prioritários do PNCT – Estado de São Paulo. Outubro 2006.

A Tabela 5 apresenta os 13 municípios, - 27,1%, dentre os 48 participantes da investigação - que estavam

sem pacientes em TS no período estudado, sendo que 5 oferecem incentivos (10,4%).

Tabela 5. Municípios prioritários sem pacientes em TS, que oferecem algum tipo de incentivo – 1º semestre de 2006.

Nº	Município prioritário	População estimada – 2006 (IBGE)	1º sem 2006		
			Cestas básicas	Vale- transporte	Pacientes em TS
4	Araras	116.566	17	0	0
11	Bragança Paulista	143.621	0	0	0
19	Cotia	179.685	22	0	0
23	Ferraz de Vasconcelos	176.532	90	2	0
27	Guaratinguetá	113.012	30	60	0
28	Guarujá	305.171	0	0	0
38	Jandira	113.323	0	0	0
40	Leme	90.027	0	0	0
41	Limeira	279.554	0	0	0
47	Ourinhos	106.350	0	0	0
48	Peruibe	65.256	Sim	Sim	0
55	Rio Claro	190.373	0	0	0
56	Salto	108.552	0	0	0
13/48 Municípios participantes		1.988.022	159	62	0

TS – tratamento supervisionado

Fonte: I.A.C. - Municípios prioritários do PNCT – Estado de São Paulo

Há 35 municípios (72,9%) que têm implantada a estratégia DOTS. Destes, 13 (27,1% dos 48 analisados) dão apenas um tipo de incentivo, sendo que em 12 o incentivo está representado por cestas bá-

cas (Tabela 6) e em 1 por vale-transporte (Tabela 7); 16 (33,33%) ofertam cestas básicas e vale-transporte (Tabela 8) e, por último, 6 não entregam qualquer incentivo (Tabela 9).

Tabela 6. Municípios prioritários que distribuem apenas cestas-básicas – 1º semestre de 2006.

Nº	Município prioritário	População estimada – 2006 (IBGE)	1º sem 2006		
			Cestas básicas	Vale- transporte	Pacientes em TS
7	Barueri	265.549	22	0	22
10	Bertioga	43.763	21	0	20
15	Campos do Jordão	49.512	23	0	13
17	Carapicuíba	389.634	666*	0	111
21	Diadema	395.333	360	0	4
31	Itanhaém	91.153	105	0	43
36	Itu	156.100	28	0	5
39	Jundiaí	348.621	18	0	18
57	Santana de Parnaíba	102.224	78	0	2
59	Santos	418.375	80	0	241
72	Ubatuba	81.246	72	0	3
73	Várzea Paulista	110.449	42	0	9
12/48 Municípios participantes		2.451.959	849	0	491

TS – tratamento supervisionado

* Oferecem também café da manhã aos pacientes em TS.

Fonte: I.A.C. - Municípios prioritários do PNCT – Estado de São Paulo. Outubro 2006.

Tabela 7. Municípios prioritários que distribuem apenas vale-transporte – 1º semestre de 2006.

Nº	Município prioritário	População estimada – 2006 (IBGE)	1º sem 2006		
			Cestas básicas	Vale- transporte	Pacientes em TS
51	Poá	110.213	0	41	2
01/48 Municípios participantes		110.213	0	41	2

TS – tratamento supervisionado

Fonte: I.A.C. - Municípios prioritários do PNCT – Estado de São Paulo. Outubro 2006.

Tabela 8. Municípios prioritários que oferecem cestas básicas e vale-transporte – 1º semestre de 2006.

Nº	Município prioritário	População estimada – 2006 (IBGE)	1º sem 2006		
			Cestas básicas	Vale-trans- porte	Pacientes em TS
3	Araraquara	199.657	34	164	3
5	Atibaia	129.751	78	3	8
20	Cubatão	121.002	600	1.200	60
22	Embu	245.855	282	38	41
29	Guarulhos	1.283.253	283	283	167
35	Itaquaquecetuba	352.755	720	Sim**	108
46	Osasco	714.950	1.000	2.000	12
49	Pindamonhangaba	143.737	97	3.880	6
52	Praia Grande	245.386	45	72	56
53	Presidente Prudente	206.704	102	180	12
63	São José do Rio Preto	415.508	155	360	12
65	São Paulo	11.016.703	7.183	10.927	1.352
67	São Vicente	329.370	300	1600	133
68	Sorocaba	578.068	300	1.224	34
69	Suzano	280.318	218	1.119	77
70	Taboão da Serra	225.405	313	7.680	39
16/48 Municípios participantes		16.488.422	11.710	30.730	2.120

TS – tratamento supervisionado

* Oferecem também café da manhã aos pacientes em TS.

** O município disponibiliza o valor de R\$ 43.200,00.

Fonte: I.A.C. - Municípios prioritários do PNCT – Estado de São Paulo. Outubro 2006.

Tabela 9. Municípios prioritários que não oferecem incentivos – 1º semestre de 2006.

Nº	Município prioritário	População estimada – 2006 (IBGE)	1º sem 2006		
			Cestas básicas	Vale- transporte	Pacientes em TS
12	Caçapava	83.574	0	0	33
33	Itapevi	202.683	0	0	9
43	Marília	224.093	0	0	6
44	Mauá	413.943	0	0	14
58	Santo André	673.234	0	0	58
71	Taubaté	271.660	0	0	63
06/48 Municípios participantes		1.869.187	0	0	183

TS – tratamento supervisionado

Fonte: I.A.C. - Municípios prioritários do PNCT – Estado de São Paulo. Outubro 2006.

