



MONITORAMENTO DE AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA TUBERCULOSE EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

PREVENTIVE ACTIONS MONITORING AND CONTROL OF TUBERCULOSIS IN HEALTH BASIC UNITS

EL SEGUIMIENTO DE LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD

Aline Gonçalves da Costa¹, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues², Winnie Michelle Bergeron Garcia³,
Laura Maria Vidal Nogueira⁴

RESUMO

Objetivo: avaliar a execução das atividades de controle e prevenção da tuberculose. **Método:** pesquisa operacional de abordagem quantitativa descritiva, desenvolvida em cinco Unidades Básicas de Saúde de Belém/PA, como amostragem por Distrito Administrativo. Para a análise dos dados utilizaram-se indicadores operacionais recomendados pelo Ministério da Saúde, por meio do *Software Excel*. Os resultados foram organizados, apresentados em figuras e analisados pela estatística descritiva. **Resultados:** constatou-se que as unidades possuem bom desempenho no controle da tuberculose examinando, em média, 80% de sintomáticos respiratórios e descobrindo mais de 70% dos casos previstos. Os índices de cura e abandono mostram valores médios em torno de 80% e 10% respectivamente. **Conclusão:** este estudo reforça a importância em conhecer a realidade dos serviços, analisá-la em conjunto com os profissionais, apresentando os resultados e as formas de intervenção. **Descritores:** Monitoramento; Educação em Saúde; Tuberculose.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the implementation of prevention and control of tuberculosis activities. **Method:** operations research descriptive quantitative approach, developed in five Basic Health Units in Belém/PA, and sampling Administrative District. For data analysis we used operational indicators recommended by the Ministry of Health, through the Excel Software. The results were organized, presented in figures and analyzed using descriptive statistics. **Results:** it was found that the units have good performance in tuberculosis control examining, on average, 80% of respiratory symptoms and discovering more than 70% of the cases. Cure and dropout rates show the average values around 80% and 10% respectively. **Conclusion:** this study reinforces the importance of knowing the reality of services, analyze it together with the professionals, presenting the results and forms of intervention. **Descriptors:** Monitoring; Health Education; Tuberculosis.

RESUMEN

Objetivo: evaluar la implementación de la prevención y control de las actividades contra la tuberculosis. **Método:** investigación de Operaciones enfoque cuantitativo descriptivo, desarrollado en cinco Unidades Básicas de Salud en Belém/PA, y el muestreo de Distrito Administrativo. Para el análisis de datos se utilizó indicadores operacionales recomendados por el Ministerio de Salud, a través del software Excel. Se organizaron los resultados, presentados en las figuras y se analizaron utilizando estadística descriptiva. **Resultados:** se encontró que las unidades tienen un buen rendimiento en el control de la tuberculosis en el examen, en promedio, el 80% de los síntomas respiratorios y el descubrimiento de más del 70% de los casos. curan y deserción muestran los valores promedio de alrededor de 80% y 10% respectivamente. **Conclusión:** este estudio refuerza la importancia de conocer la realidad de los servicios, analizar junto con los profesionales, la presentación de los resultados y las formas de intervención. **Descriptor:** Vigilancia; Educación para la Salud; La Tuberculosis.

¹Enfermeira, Membro do Grupo de Pesquisa Práticas Educativas em Saúde e Cuidado na Amazônia/PESCA, Universidade do Estado do Pará/UEPA. Belém (PA), Brasil. E-mail: gc_aline@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade do Estado do Pará/UEPA. Belém (PA), Brasil. E-mail: ilar@globo.com; ³Enfermeira, Universidade do Estado do Pará (UEPA). Belém (PA), Brasil. E-mail: winniegarcia21@hotmail.com; ⁴Enfermeira, Doutora em enfermagem, Universidade do Estado do Pará/UEPA, Belém (PA), Brasil. E-mail: lauramavidal@gmail.com

INTRODUÇÃO

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), do Ministério da Saúde (MS), é reconhecido como um dos mais eficientes no mundo e privilegia a descentralização das medidas de controle para a Atenção Básica, ampliando o acesso da população em geral e das populações mais vulneráveis ou com maior risco de contrair a tuberculose (TB), em comparação com a população em geral devido às condições de saúde e de vida a que estão expostos, tais como: indígenas que tem 03 vezes mais risco, pessoas privadas de liberdade, 28 vezes mais e pessoas em situação de rua 44 vezes, devido à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e às condições específicas de vida. Além das pessoas vivendo com o HIV e AIDS que tem 35 vezes mais risco¹. O controle da doença é baseado na busca de casos, diagnóstico precoce e tratamento adequado até a cura, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos².

Dos 101.900 casos novos de TB registrados em países da América do Sul, 81% (83.000) corresponderam ao Brasil, que atualmente ocupa o primeiro lugar nas Américas e 16º lugar entre os 22 países que detêm a maior carga de tuberculose no mundo. Em relação aos novos casos estimados de TB representam quase um terço de todos os casos novos na Região³⁻⁴.

No Estado do Pará esse problema acompanha o cenário nacional. O estado ocupa o 1º lugar em carga da doença na região Norte e o 6º em taxa de incidência no contexto nacional. No ano de 2013 foram notificados 3.445 casos novos com coeficiente de incidência de 44.0/100.000 hab. A capital, Belém, é responsável por aproximadamente 40% dos casos do estado, no ranking nacional situa-se em 3º lugar entre as capitais com maior incidência e no ano de 2013 notificou 1.382 casos novos, com coeficiente de incidência de 98.0/100.000⁵.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB uma emergência mundial em todo o planeta. Segundo a OMS, frente à situação atual da doença mundialmente, assinalam-se como principais causas, os seguintes fatores: as desigualdades sociais, o advento da AIDS, o envelhecimento da população, entre outras⁶. A partir dessa declaração a OMS passou a recomendar a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment, Short-course*), como resposta global para o controle da doença. Esta estratégia pode ser entendida como um

conjunto de boas práticas para o controle da patologia e tem como um de seus fundamentos o Sistema de Monitoramento e Avaliação ágil que possibilite acompanhar os casos, desde a notificação até seu encerramento⁷.

Muitos são os desafios para os serviços de saúde alcançarem um efetivo controle da TB, compreendendo ações que assegurem a detecção precoce dos casos e o tratamento eficaz, principalmente dos casos bacilíferos. Assegurar a cura desses doentes, que são as fontes de infecção, é do ponto de vista epidemiológico, uma das mais importantes ações para a prevenção e controle da doença em uma comunidade. Para alcançar esse cenário favorável impõe-se a necessidade de se acoplar ao monitoramento, já em execução, novas estratégias de educação e recomendação de ações que visem à melhoria da qualidade da assistência ao cliente, pilares fundamentais para o controle definitivo da TB no Brasil⁸.

Entendendo a importância do monitoramento para o sucesso das ações de controle da TB em qualquer nível se definiu como objetivo deste estudo:

- Avaliar a execução das atividades de controle e prevenção da TB no município de Belém, priorizado pelo Ministério da Saúde para o controle da TB.

MÉTODO

Pesquisa operacional, de abordagem quantitativa descritiva. O estudo foi desenvolvido em cinco (05) Unidades Básicas de Saúde do município de Belém, como amostragem por Distrito Administrativo. Belém está dividida em 08 distritos administrativos, a saber: Distrito Administrativo do Mosqueiro (DAMOS), Distrito Administrativo de Belém (DABEL), Distrito Administrativo do Entroncamento (DAENT), Distrito Administrativo da Sacramenta (DASAC), Distrito Administrativo do Guamá (DAGUA), Distrito Administrativo do Benguí (DABEN), Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO) e Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT).

A Secretaria Municipal de Saúde organiza as ações de saúde municipais com base nesse desenho, sendo que nessa organização juntam-se os distritos DAICO e DAOUT. Assim, para a organização da saúde, são sete Distritos, dentre estes, foram excluídos os distritos administrativos DAMOS por não possuir amostragem significativa de casos de TB e DABEL por não possuir unidades básicas de saúde em seu território.

A amostra foi composta de cinco Unidades Básicas de Saúde, a saber: UBS Marambaia (DAENT), UBS Telégrafo (DASAC), UBS Jurunas (DAGUA), UBS Tapanã (DABEN) e UBS Icoaraci (DAICO/DAOUT). Para essas Unidades que fizeram parte do estudo considerou-se como critério de inclusão apresentar altas taxas de incidência de TB e terem maior representatividade nos Distritos dos quais fazem parte.

A coleta de dados foi realizada nos setores da Unidade onde se desenvolvem as ações de controle da TB, por meio de entrevista com cinco enfermeiras e quatro técnicos de enfermagem responsáveis pela organização do serviço e atendimento aos doentes. Ainda como parte da coleta de dados, foram analisados os Livros de Registro de Sintomáticos Respiratórios, Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose e prontuários. Para a obtenção desses dados, bem como para as perguntas aos profissionais foi utilizado o Guia para Monitoramento em Unidades Básicas de Saúde que é o instrumento padronizado pela Coordenação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Pará mediante autorização concedida por essa instituição.

A coleta de dados foi operacionalizada da seguinte forma: visita à Unidade agendada previamente com o gerente da mesma e os profissionais que atuam no setor de TB. Foi feita a aplicação do Guia com os profissionais no próprio setor, para descrever toda a dinâmica do processo de trabalho ali desenvolvido. Os livros de registro e prontuários foram analisados para verificar seu preenchimento de acordo com as normas do PNCT, a completitude das informações e consistência das mesmas e obter os dados para avaliação dos indicadores de importância para o PCT. Não foram utilizados dados referentes à identificação de pacientes ou familiares em nenhuma circunstância. A identificação da Unidade e do profissional no Guia é uma prática adotada rotineiramente no monitoramento, pois, posteriormente, esses servem de orientação para a Coordenação Municipal de controle da tuberculose no acompanhamento desses serviços.

A análise das respostas às questões relativas aos dados gerais, características do serviço de saúde, descoberta, tratamento e seguimento de casos, registros, prevenção, informação e mobilização social em TB bem como a análise dos dados epidemiológicos e operacionais foi feita por meio do *Software*

Excel, tendo como base o referencial teórico selecionado sobre o tema. Foram também aplicados aos dados coletados indicadores operacionais do PNCT. Os resultados foram organizados e apresentados em forma de discussão textual e figuras. Todos os guias preenchidos foram utilizados unicamente neste estudo e posteriormente à conclusão do estudo foram encaminhados, com os relatórios de resultados, à coordenação de TB do município de Belém.

Em cumprimento aos aspectos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Pará e aprovado sob o protocolo nº 503.586, sendo que a coleta dos dados só iniciou após essa aprovação e a devida autorização institucional. A todos os participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE bem como o Termo de Acesso a Livros de Registro e Prontuários (TALP) que foi assinado pelo responsável do setor.

RESULTADOS

♦ **Caracterização das Unidades Participantes**

A totalidade das UBS que integraram o estudo contam com equipe multiprofissional devidamente capacitada nas ações de diagnóstico e controle da TB para atender aos pacientes, sendo os enfermeiros quem, efetivamente, acompanham os pacientes em todos os meses de tratamento.

Todas as UBS possuem laboratório onde é realizado o exame de baciloscopia para diagnóstico e controle. Ressalta-se que a UBS Tapanã, além da baciloscopia realiza a cultura de escarro. As unidades não dispõem de serviço de radiologia, quando este exame é necessário os pacientes são encaminhados para Central de Exames Especializados.

Quanto a assistência farmacêutica todas as Unidades possuem farmacêutico responsável pela guarda e dispensação dos tuberculostáticos e pelo pedido destes em impresso próprio conforme padrão da Secretaria de Saúde do Estado. A periodicidade dos pedidos é trimestral.

O horário de funcionamento é integral (24h) em 100% das unidades e o PCT funciona pela manhã e tarde em 60% delas, nas demais funciona somente pela manhã. Quanto à Estratégia Saúde da Família (ESF), 40% dispõem de equipes vinculadas ao serviço.

♦ **Registro de Informações**

Todos os casos diagnosticados são devidamente notificados na Ficha de

Costa AG da, Rodrigues ILA, Garcia WMB et al.

Notificação de Casos de TB e enviadas semanalmente à coordenação municipal para registro no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). São também registrados no Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose, padronizado pelo PNCT.

Quanto a qualidade dos registros, 80% apresentam completitude do preenchimento do Livro de Registro. Em apenas 01 Unidade o preenchimento do Livro encontra-se desorganizado e com informações incompletas, tais como: a ausência de dados sobre a forma clínica da TB, baciloscopia de acompanhamento, forma de tratamento, registro de controle de contatos, resultado do teste anti-HIV, situação e data de encerramento do tratamento.

Ao analisar a qualidade dos registros em prontuário constatou-se que as anotações em 100% das UBS não contemplam todas as informações necessárias para o entendimento de acompanhamento e controle dos casos. No acompanhamento bacteriológico dos casos pulmonares BK + a baciloscopia é solicitada mensalmente em todas as unidades, considerando que não há dificuldade de acesso ao exame de baciloscopia.

♦ Atividades de Prevenção

Entre as medidas de prevenção da TB, destacam-se a vacinação com BCG realizada em 100% das Unidades bem como o tratamento da infecção latente por TB (ILTB) também realizada em todas elas. Esta é recomendada especialmente para pessoas em maior risco de adoecimento, em especial os contatos de doentes com TB e pessoas imunodeprimidas⁹. Não existe ficha de notificação específica padronizada pelo MS para os casos de ILTB, mas é recomendado que exista na unidade alguma forma de registro para esses casos. Dentre as unidades pesquisadas, em 40% o registro dos casos de ILTB é feito em livros específicos para esse fim, as demais registram nos prontuários. Para instituir o tratamento da ILTB é necessário afastar a possibilidade de doença ativa, para tanto deve-se realizar o RX e a Prova Tuberculínica (PT)⁹. Esta é realizada em 60% das Unidades, as demais não realizam por não haver enfermeiras treinadas e encaminham, conforme a necessidade, para duas outras Unidades conforme fluxo estabelecido pela Coordenação Municipal do PCT.

O acompanhamento dos contatos de pessoas com TB é fundamental, pois é o grupo mais vulnerável ao contágio pelo contato íntimo e prolongado¹⁰. O local de registro

Monitoramento de ações de prevenção e controle...

desta informação varia entre as unidades, utilizando fichas de registro temporário (40%), fichas específicas para esse fim (20%) ou o prontuário do paciente (40%).

As atividades de informação, educação e comunicação (IEC) fazem parte da rotina das unidades, geralmente palestras realizadas em sala de espera, de modo geral, realizadas por acadêmicos das diversas Instituições de formação da área de saúde que realizam nessas Unidades suas práticas curriculares. Apenas uma das Unidades não realiza as atividades por falta de profissionais.

♦ Indicadores de Resultado das Ações de Controle da Tuberculose

O PNCT estabelece um elenco de indicadores que permitem monitorar e avaliar o comportamento da doença na população e o desempenho dos serviços de saúde para o seu controle. Nesse contexto, foram selecionados, para a avaliação das Unidades, sete indicadores de resultados que são os mais comumente usados para avaliar os serviços⁹. Para análise de todos os indicadores foi utilizado como linha de base o ano de 2012 considerando que no momento da coleta de dados esse ano encontrava-se com as informações concluídas em todos os serviços de saúde.

♦ Indicador I. Proporção de sintomáticos respiratórios examinados dentre os identificados

Quanto a capacidade operacional para examinar os sintomáticos respiratórios (Figura 1) observou-se que os melhores resultados foram da UBS Tapanã que examinou 97,1% (467) dos 481 SR identificados e da UBS Jurunas que examinou 92,4% (256) dos 277 SR identificados, seguidas da UBS Icoaraci que examinou 80,4% (37) dos 46 SR identificados. Entende-se que destacam-se as duas primeiras pois o quantitativo absoluto de sintomáticos a serem examinados é bem maior em relação a UBS Icoaraci. Esses resultados demonstram a capacidade de organização das unidades para realizar o diagnóstico precoce dos casos por meio do exame de SR. A análise ficou prejudicada em 02 UBS por conta de danos nos livros de registro que não permitiram a análise impedindo a avaliação do desempenho dessas UBS no contexto das demais.

Em 60% das UBS o resultado do exame de baciloscopia é obtido em até 24 horas, nas demais, por conta de dificuldades operacionais ou déficit de recursos humanos, o tempo médio que transcorre entre a coleta de escarro e o início do tratamento dos casos pulmonares BK+ fica em torno de 72hs, o que

Costa AG da, Rodrigues ILA, Garcia WMB et al.

Monitoramento de ações de prevenção e controle...

extrapola os parâmetros do PNCT que tem

como período máximo estipulado de 24h.¹¹

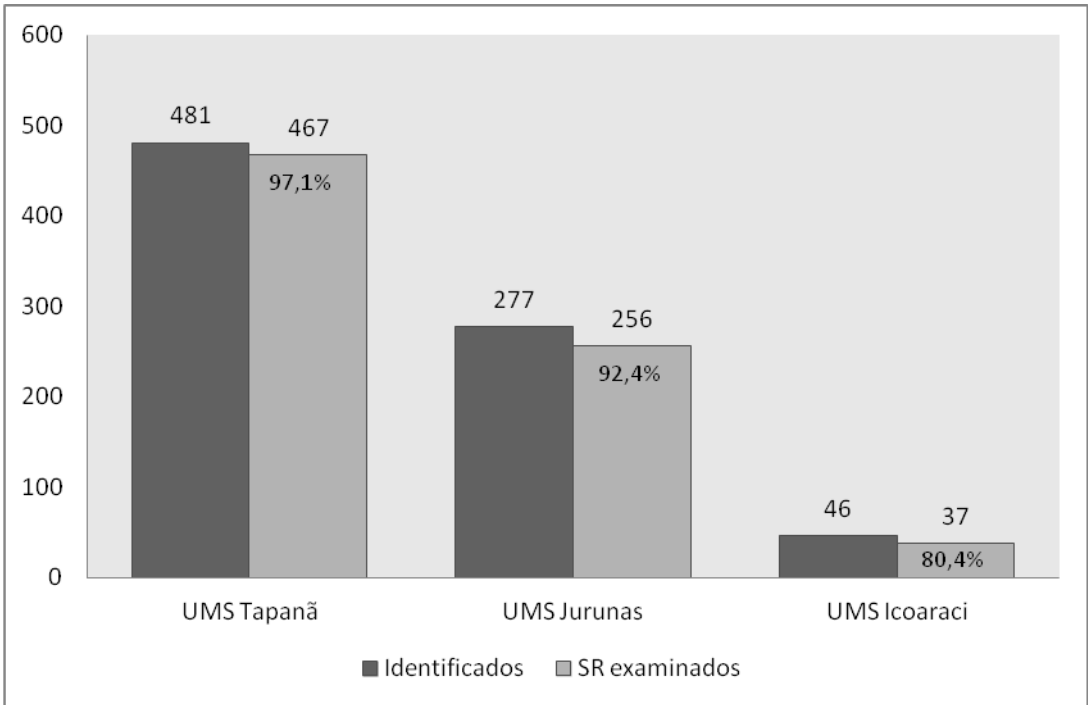


Figura 1. Proporção de sintomáticos respiratórios examinados dentre os identificados por Unidade Municipal de Saúde - Belém, 2014.

◆ **Indicador II. Proporção de casos novos de tuberculose descobertos dentre os programados**

alcançaram a meta estabelecida pelo PNCT que é descobrir pelo menos 70% dos casos programados.

Quanto a descoberta de casos novos verificou-se (Figura 2) que 80% das UBS

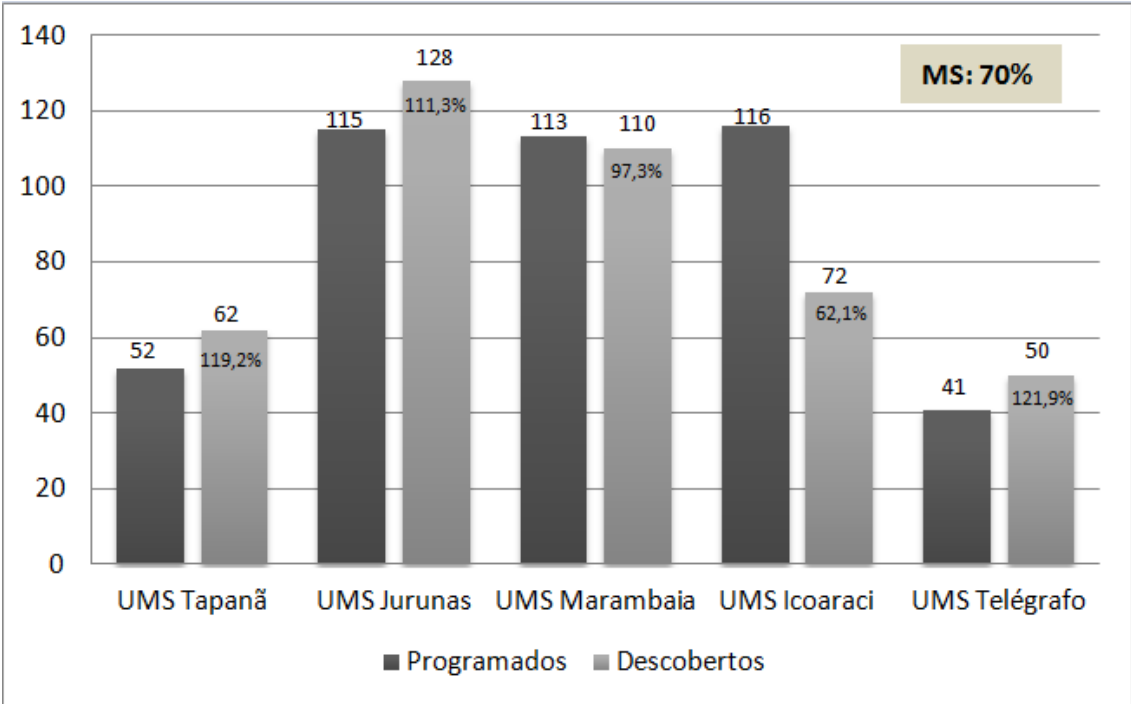


Figura 2. Proporção de casos novos descobertos dentre os programados por Unidade Municipal de Saúde - Belém, 2014.

◆ **Indicador III. Proporção de casos de tuberculose testados para HIV**

Com relação a capacidade operacional das unidades para examinar os casos novos diagnosticados com TB, por meio do teste anti-HIV, observou-se que a UBS Tapanã examinou 98,4% (61) dentre os 62 casos novos, a UBS Jurunas examinou 79,7% (102)

dentre os 128 casos novos, a UBS Icoaraci examinou 9,7% (7) dentre os 72 casos novos e a UBS Telégrafo examinou 74% (37) dentre os 50 casos novos de TB (figura 3). Na UBS Marambaia, não houve condição de análise por perda do Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de TB do ano de 2012.

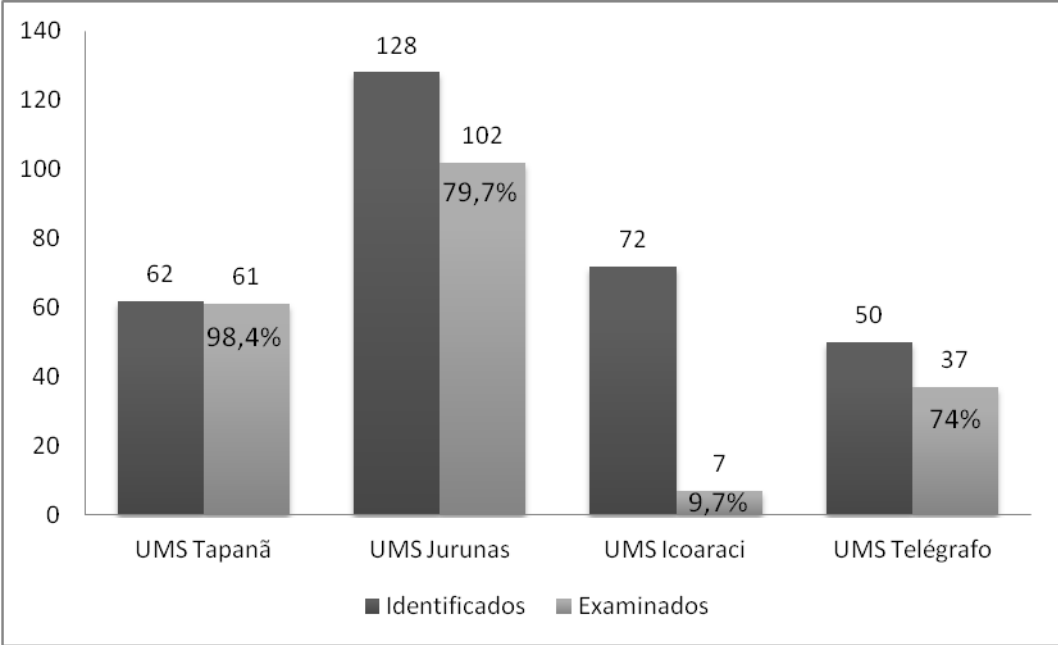


Figura 3. Proporção de casos de tuberculose examinados para HIV dentre os identificados nas Unidades Municipais de Saúde - Belém, 2014.

◆ Indicador IV. Proporção de coinfeção TB/HIV

A coinfeção demonstrada na Figura 4 variou entre 1,6 % e 5,4% nas Unidades estudadas. Esses percentuais encontrados

estão na média de coinfeção do município de Belém que é de 8%, sendo que são os casos identificados nessas Unidades, que concentram o maior número de casos, que mais contribuem para esse percentual⁵.

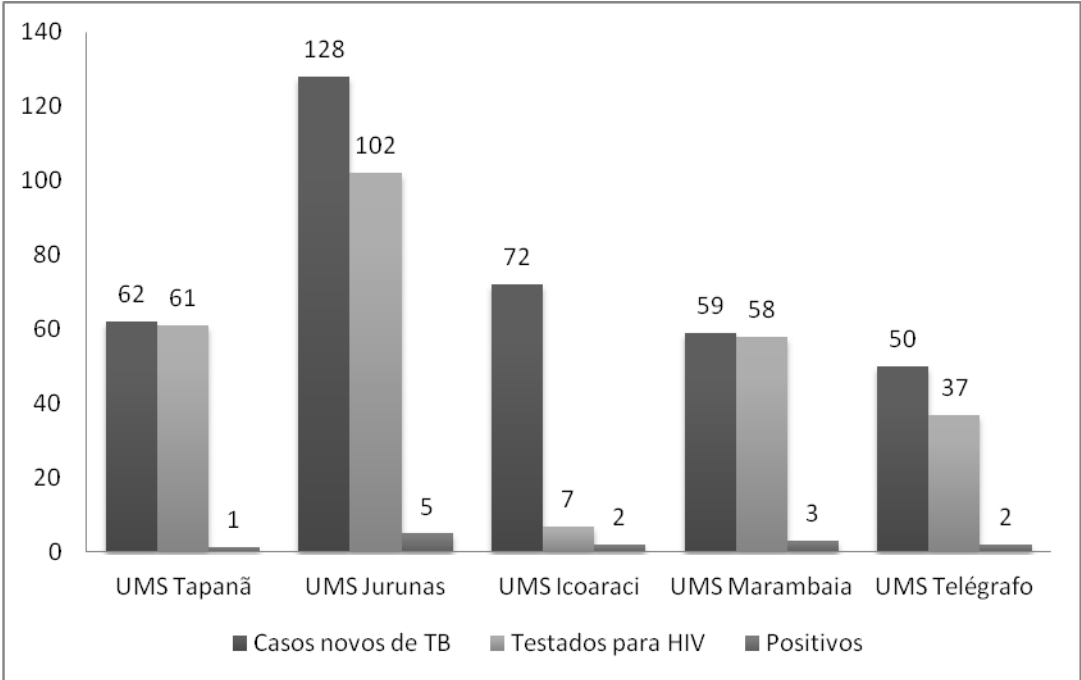


Figura 4. Proporção de positivos com relação aos testados para HIV dentre os casos novos de TB por Unidade Municipal de Saúde - Belém, 2014.

◆ Indicador V. Proporção de casos de tuberculose com tratamento diretamente observado

O TDO é adotado por 100% das Unidades sendo que em 80% também é adotado o tratamento autoadministrado. Em apenas 01 Unidade 100% dos casos estão em TDO, atendendo ao preconizado pelo PNCT.

Em todas elas é operacionalizado 03 vezes na semana, a supervisão da tomada dos medicamentos é feita nas próprias Unidades de Saúde, na presença da enfermeira e/ou de uma técnica de enfermagem. Para o registro do comparecimento são utilizadas cópias da Ficha de Acompanhamento do TDO,

padronizada pelo PNCT obedecendo a orientação de preenchimento. Em 60% das UBS o local é apropriado para a tomada dos medicamentos, arejado e com incidência direta de luz solar.

Quanto à ocorrência de casos de TB multiressistente (TBMR), em 80% foram identificados casos. Para esses o TDO é feito de forma compartilhada com o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), referência terciária para TBMR na região Norte, com consulta mensal no HUJBB e TDO realizado diariamente na UBS, pela dificuldade de seu controle e alta capacidade infectante.

Indicador VI. Proporção de casos de tuberculose BK+ e todas as formas em TDO curados

Na análise dos indicadores de cura e abandono (figura 5) foram analisadas 04 UBS por conta da perda do Livro de Registro de casos em uma delas. Os percentuais de cura variaram de 81.6% a 79.3% para BK+ e de 82,2 a 80,8% para todas as formas.

♦ Indicador VII. Proporção de casos de tuberculose BK+ e todas as formas em TDO que abandonaram o tratamento

Quanto aos índices de abandono de tratamento (figura 5) os resultados variaram de 13,3% a 10,5% entre BK+ e 11,3% a 10% em todas as formas.

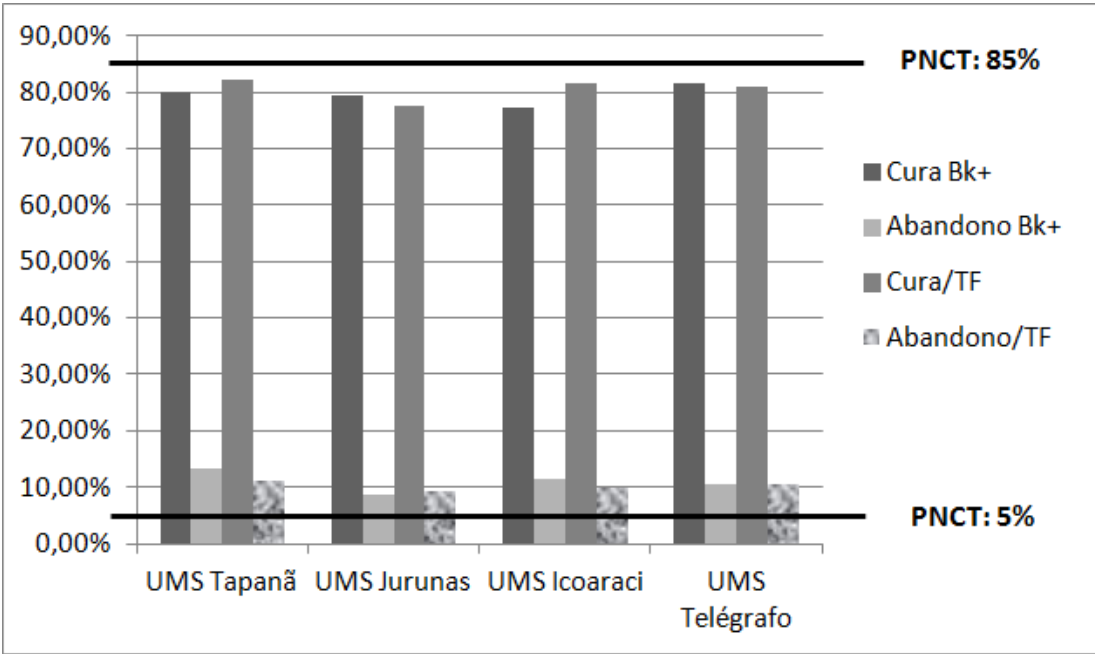


Figura 5. Proporção de cura e abandono dentre os casos novos de Tuberculose em Tratamento Diretamente Observado BK+ e Todas as formas por Unidade Municipal de Saúde - Belém, 2014.

DISCUSSÃO

Para avaliar a capacidade da Unidade em identificar os sintomáticos respiratórios, seria necessário conhecer a população adstrita desses serviços para realizar o cálculo recomendado pelo PNCT, estimando que 1% da população seria sintomático respiratório⁹.

Considerando que as unidades não realizam a programação das atividades por não conhecerem sua população adstrita, optou-se por avaliar a capacidade da Unidade em examinar os sintomáticos respiratórios identificados, já que essa atividade faz parte da rotina das unidades pesquisadas. Destaca-se a UBS do Tapanã por ultrapassar os limites da unidade e fazer a busca ativa nas escolas das proximidades.

Todas as unidades possuem Livro de Registro de Sintomático Respiratório encontrado na sala de enfermagem, com a exceção de uma UBS cujos registros no ano de 2012 não foram realizados. Em 40% os registros estão completos. Nas demais se observou ausência do resultado de exame de escarro de 1ª e 2ª amostra, registros misturados com os de outros anos e desorganização na data de identificação dos SR e resultados de exames.

A planilha de consolidação do Livro de Registro de Sintomático Respiratório é enviada ao PCT municipal trimestralmente, com a exceção de uma unidade pois a enfermeira responsável argumentou que não havia sido orientada a respeito.

Na proporção de casos novos de TB descobertos dentre os programados busca-se conhecer a capacidade da Unidade em descobrir o quantitativo de casos definidos para a área de abrangência no sentido de atender uma das metas preconizadas pelo MS que é descobrir pelo menos 70% dos casos programados⁹. Como mencionamos anteriormente, as Unidades não programam as ações por não conhecerem sua população adstrita, dessa forma, para calcular este indicador trabalhou-se com o cálculo de incremento da descoberta de casos⁸. Para este cálculo, buscou-se o nº de casos novos descobertos no ano anterior (2011) e atribuiu-se 10%. O resultado final foi o nº de casos estimados para serem descobertos em 2012 por cada Unidade.

Constata-se que nessas UBS existe um esforço concentrado para o diagnóstico precoce, com boa infraestrutura física, recursos humanos capacitados e melhoria no indicador de identificação e exame de sintomáticos respiratórios, que contribuíram

Costa AG da, Rodrigues ILA, Garcia WMB et al.

Monitoramento de ações de prevenção e controle...

para o fortalecimento destas buscas e alcance da meta. No entanto, entende-se que essa análise fica prejudicada, posto que a programação de casos pode estar sendo subestimada em função do não conhecimento da população adstrita. Esse conhecimento, provavelmente, traria a possibilidade da programação ficar mais próxima da realidade em cada serviço o que permitiria uma análise mais precisa desse indicador.

Quanto a proporção de casos de TB testados para HIV, o teste anti-HIV, na modalidade de teste rápido, é oferecido para o doente com TB como rotina em 100% das unidades. Nem sempre o doente aceita realizar o teste, por conta disso, embora a oferta esteja assegurada, ele não é realizado em 100% dos casos. O teste é efetuado pelo profissional Enfermeiro, devidamente treinado, com exceção de uma UBS, onde após o acolhimento realizado pela Enfermeira, o paciente é encaminhado ao laboratório onde o teste anti-HIV é realizado pelo Biomédico. O resultado é imediato, o que garante aos pacientes com TB o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e o acesso ao tratamento antirretroviral, com os devidos encaminhamentos, de acordo com cada caso; quanto à proporção de coinfeção TB/HIV o Brasil notifica, em média, 85.000 casos de TB por ano, sendo que aproximadamente 8% são também infectados pelo HIV¹². Os dados mostraram que percentuais dentro dessa média nacional.

Entende-se que a equipe de saúde deve estar empenhada para promover a capacitação em aconselhamento da equipe de controle da TB, para dialogar com o doente sobre a possibilidade de associação das duas infecções e os benefícios do diagnóstico precoce e do tratamento da infecção HIV⁸.

Para a implantação do TDO deve-se identificar e ordenar local na unidade para o acolhimento do paciente e observação da tomada dos medicamentos provendo esse local de tudo que se faz necessário para a plena realização da ação, garantindo na unidade água potável e copos descartáveis¹³. Observou-se que em uma unidade existe rotineiramente a falta de copos descartáveis para uso dos pacientes em TDO o que pode dificultar a realização dessa ação. Além disso a realização do TDO 3 vezes na semana pode facilitar a ocorrência de abandono de tratamento. Para lidar com os desafios de administrar uma UBS é preciso que haja pessoas com competências e habilidades gerais e específicas, principalmente quando se trata de gerir um programa importante como é o de controle da TB¹⁴.

É uma recomendação do PNCT, que seja feita a busca imediata do paciente em caso de não comparecimento, deve-se imediatamente tentar localizá-lo através de contato telefônico ou visita domiciliar⁵. É urgente o retorno ao tratamento para evitar o abandono¹⁵. A conduta adotada pelas unidades frente ao paciente faltoso à tomada do TDO é efetuar o contato telefônico, no caso das UBS que possuem equipes da ESF outro recurso utilizado é a visita domiciliar. Em algumas áreas há dificuldade de busca de faltosos, por estarem, muitas vezes, envolvidos com a criminalidade.

Quanto a proporção de casos de TB BK+ e todas as formas em TDO curados, o PNCT tem como propósito a redução de transmissão do bacilo da TB na população, por meio das ações de diagnóstico precoce e tratamento adequado dos casos servindo de base para se alcançar as metas internacionais pactuadas com a OMS pelo governo brasileiro. Entre essas o percentual de cura em, pelo menos 85% dos casos e o abandono em percentuais inferiores a 5%⁹.

Para a proporção de casos de TB BK+ e todas as formas em TDO os resultados apresentados para o percentual de cura foram considerados bons, embora ainda estejam abaixo do recomendado pelo PNCT. Demonstrem que os casos em TDO efetivamente curam em maior número do que aqueles em tratamento AA.

Em que pese os esforços das Enfermeiras e técnicas que atuam no controle da TB, ainda existe casos de **abandono** de tratamento mesmo para os casos em TDO. Nesse caso observa-se que, em números absolutos, os valores não são tão expressivos, pois, ficam em torno de 01 a 03 casos, mas estes repercutem nos índices ultrapassando o limite aceitável de 5%. Vale ressaltar que mesmo com a ocorrência de abandono em TDO, os índices de abandono em AA apresentam-se em valores muito mais elevados, chegando até ao triplo daqueles. A ocorrência de casos de abandono é preocupante, pois pode contribuir sobremaneira para a ocorrência de resistência. Embora os índices tenham apresentado, nessa avaliação, melhores resultados que em anos anteriores importa envidar esforços para alcançar as metas preconizadas.

CONCLUSÃO

Nesta proposta de trabalho pôde-se avaliar o desempenho operacional das UBS no controle da TB, por meio dos indicadores escolhidos, demonstrando que as estratégias

Costa AG da, Rodrigues ILA, Garcia WMB et al.

preconizadas pelo PNCT, quando devidamente aplicadas, podem contribuir para a eficiência e eficácia do controle da doença com o possível impacto positivo nos indicadores epidemiológicos.

Por meio dos indicadores demonstrou-se a importância de se aplicar o TDO em 100% dos casos de TB e sua repercussão nos indicadores de cura e abandono, bem como a oferta do teste anti-HIV para ampliar a adoção de estratégias de ações conjuntas dos dois programas, contribuindo para a realização do diagnóstico precoce, adesão ao tratamento, possibilidade de prevenção do adoecimento pela adoção da ILTB.

A pesquisa operacional mostrou-se como um componente essencial para conhecer a eficiência e eficácia dos serviços de saúde. Os resultados deste estudo reforçam sua importância ao permitir as acadêmicas pesquisadoras, em conjunto com os profissionais dos serviços, conhecer sua realidade, analisá-la, apresentar os resultados e as formas de intervenção, fazendo um imediato feedback. Esse processo, sem dúvida, facilita o acesso aos saberes de todos os envolvidos e possibilita a melhoria na qualidade da assistência, já que se demonstram as fortalezas e dificuldades existentes nos serviços, sensibilizando gerentes e profissionais envolvidos na assistência direta aos doentes e mostrando que ali mesmo, se encontram, muitas vezes, as alternativas de solução.

Espera-se ainda, que este estudo possa estimular para o desenvolvimento dessa modalidade de pesquisa em outras áreas no campo da saúde e dos serviços de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Populações vulneráveis. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília; 2014.
2. Brasil. Brasil é reconhecido pela OMS por eficiência no controle da tuberculose. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília; 2012.
3. Brasil. O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Boletim epidemiológico; 2014. v. 44, nº 02.
4. Organización Panamericana de la Salud. La tuberculosis en la Región de las Américas: Informe Regional 2012. Epidemiología, control y financiamiento. Washington, DC: OPS; 2013.
5. Pará, Secretaria de Estado de Saúde Pública. Coordenação Estadual do Programa de Controle da tuberculose. Relatório de Avaliação Anual das

Monitoramento de ações de prevenção e controle...

Ações do Programa de Controle da Tuberculose no Estado do Pará - 2012. SESPA /PCT. Belém; 2013.

6. Ribeiro WA. Tuberculose: um perfil epidemiológico dos municípios de Belém e Ananindeua-PA no período de 2006 a 2008. Rev para med. 2011 Jan/Mar; 25(1):[about 5 p.].
7. World Health Organization (WHO). *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing*. Geneva; 2008.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: Protocolo de enfermagem. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília; 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Tuberculose na atenção primária à saúde / organização de Sandra Rejane Soares Ferreira, Rosane Glasenapp /e/ Rui Flores; ilustrações de Maria Lucia Lenz. -- 1st ed. ampl. -- Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011.
11. Ezembro E, Azam K, Cadir N. Manual de Baciloscopia da Tuberculose. Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT, Instituto Nacional de Saúde - INS - Laboratório Nacional de Referência da Tuberculose - LNRT. Maputo; 2012.
12. Silva HO, Gonçalves MLC. Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes com tuberculose na atenção básica em Fortaleza, Ceará. J Bras Pneumol; 2012.
13. Brasil. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2010.
14. Ferreira FC, Valente GSC, Andrade M. Desafios do Enfermeiro no Gerenciamento do Programa de Tuberculose em Rede Básica de Saúde. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2013 July [cited 2014 Sept 10]; 7(esp):4978-83. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/2627/6780>.
15. Santos LAR, Galesi VMN. Tuberculose Perguntas e Respostas. 2nd ed. 2011.

Submissão: 09/10/2015

Aceito: 22/01/2015

Publicado: 15/04/2016

Correspondência

Aline Gonçalves da Costa
Rua Tv. Primeira de Queluz, 255
Bairro São Brás
CEP 66090-520 – Belém (PA), Brasil