

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

SILVANA RIBEIRO DA SILVA

ANÁLISE DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE OURICURI-
PE

OURICURI

2018

SILVANA RIBEIRO DA SILVA

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE OURICURI-
PE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde da Família com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador(a):

Msc Cândida Maria Nogueira Ribeiro

OURICURI

2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

S586a Silva, Silvana Ribeiro da.

Análise do Programa de Controle da Tuberculose nas unidades de Saúde da Família do Município de Ouricuri-PE. Ouricuri-PE. 2018.

28f. il.

Orientador (a): Cândida Maria Nogueira Ribeiro.
Artigo (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde) –
Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

1. Tuberculose 2. Saúde da Família 3. Saúde Pública I. Título

ESPPE / BNC

CDU- 616.982.2

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

SILVANA RIBEIRO DA SILVA

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE OURICURI/PE**

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco- ESPPE, como parte das exigências para a obtenção do título de sanitarista.

Aprovada em 02/04/2018

BANCA EXAMINADORA

Cândida Maria Nogueira Ribeiro

Orientador

Juliana Maria Oliveira Cavalcanti Marinho

1ª Avaliadora

Maria Clara Acioli

2ª Avaliadora

AGRADECIMENTOS

À Deus, é Ele que está acima de todas as coisas.

À minha Família, por todo apoio e incentivo de sempre. Sem vocês a minha caminhada seria mais difícil.

Aos meus amigos, que mesmo distantes sempre se faziam presentes em suas mensagens e ligações de carinho.

Às minhas companheiras de Residência, pela amizade, afeto e parceria. Em especial à Bianca Karine, que juntas nos dois anos dividimos moradia, compartilhamos dificuldades, tristezas, alegrias, conquistas e acima de tudo fomos irmãs uma para a outra.

À minha Orientadora Cândida Maria, pela disponibilidade, atenção e orientações para conclusão desse trabalho. Muito obrigada!!

À Banca Examinadora, Juliana Maria e Maria Clara, pelas sugestões que foram de grande valia para o enriquecimento do Trabalho.

À Joana Raione, por dividir comigo a coleta de dados. Obrigada pelo apoio, compromisso, disponibilidade e torcida de sempre. Você foi muito importante nessa etapa!!!

À Damião, Coordenador de Vigilância Epidemiológica do município de Ouricuri-PE, por toda disponibilidade e apoio durante a realização da Pesquisa de Campo.

À IX Regional de Saúde pela disponibilidade do transporte para realização da Pesquisa na Zona Rural.

Enfim, a TODOS que contribuíram direta ou indiretamente na realização desta Pesquisa, meu muito obrigada!!!!

EPÍGRAFE

“É preciso que eu suporte duas ou três larvas se quiser conhecer as borboletas.”

O Pequeno Príncipe

RESUMO

A Tuberculose é uma doença infecciosa e transmissível, causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. É uma doença antiga na sociedade, sendo caracterizada como problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Essa pesquisa tem como objetivo analisar o Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades de Saúde da Família do município de Ouricuri-PE. Foi desenvolvida por meio de uma abordagem descritiva e predominantemente quantitativa, tendo sido realizada no período de Novembro de 2017 a Fevereiro de 2018. Para a sua realização foi aplicado nas Unidades de Saúde da Família (USF) um questionário semi estruturado, elaborado pela Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco, além de dados secundários obtidos do SINAN-Net da Regional de Saúde. No período de 2012 a 2016, o referido município registrou 54 casos de Tuberculose no SINAN-Net. Após a análise dos questionários aplicados observou-se um baixo percentual de USF com disponibilidade dos instrumentos de registros utilizados pelo Programa. No tocante ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento: 60% das USF realizam oferta de baciloscopia de escarro na oportunidade da consulta; 56% realizam o Tratamento Diretamente Observado e 68% fazem acompanhamento de contatos. Ao confrontar os dados obtidos na aplicação do questionário com os dados do SINAN-Net foram observadas diferenças significativas. A análise do Programa de Controle da Tuberculose nas USF do município de Ouricuri, permitiu identificar questões relevantes fornecendo meios para o aperfeiçoamento das ações do Programa.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. Saúde da Família. Tratamento Diretamente Observado.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 JUSTIFICATIVA	8
3 OBJETIVOS	9
3.1 OBJETIVO GERAL.....	9
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
4 REFERENCIAL TEÓRICO	10
4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA TUBERCULOSE	10
4.2 TUBERCULOSE NO MUNDO E NO BRASIL	11
4.3 TUBERCULOSE EM PERNAMBUCO E EM OURICURI	12
4.4 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE	12
4.5 O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA	13
5 METODOLOGIA	15
5.1 Desenho e Período do Estudo	15
5.2 Local do Estudo	15
5.3 Coleta e Análise dos Dados	15
5.4 Aspectos Éticos	16
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose é uma doença infecciosa que atinge o homem há milhares de anos e continua sendo até hoje um problema de saúde pública de relevância.

Na Assembleia Mundial de Saúde que aconteceu no ano de 2014, foi aprovada a Estratégia pelo Fim da Tuberculose, que tem como visão: “Um mundo livre da Tuberculose.” (BRASIL, 2017).

No ano de 2016 foram diagnosticados e registrados 66.796 casos novos e 12.809 casos de retratamento de Tuberculose no Brasil. No mesmo período, o estado de Pernambuco notificou cerca de 4600 casos novos e 396 óbitos pela doença, sendo a terceira maior incidência de casos e a segunda maior incidência de mortalidade quando comparado com os demais estados brasileiros (BRASIL, 2017).

Entre os anos de 2007 a 2016, houve uma redução de 1,7% no coeficiente de incidência da doença no país, ressaltando que a meta para eliminação da Tuberculose como problema de saúde pública é de menor que 10 casos por 100 mil habitantes. (BRASIL, 2017).

No ano de 1975 surgiu o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) financiado pelo Ministério da Saúde, INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde. Atualmente, o PNCT está inserido na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e é executado em conjunto pelas seguintes esferas de governo: União, Estados e Municípios (BRASIL, 2011).

Com intuito de ampliar o acesso ao diagnóstico e tratamento o PNCT recomenda a horizontalização das ações do Programa para a Atenção Primária à Saúde, objetivando aumentar a aceitação dos pacientes, a busca por sintomáticos respiratórios e a cura, reduzindo assim o risco de transmissão da Tuberculose na comunidade (BRASIL, 2011).

Na maioria das vezes, as Equipes de Saúde encontram-se despreparadas para identificar os sintomáticos respiratórios da sua área territorial, como também, para confirmar o diagnóstico, esse fato ocasiona em um atraso no diagnóstico dos pacientes (HIJJAR, et al, 2010).

Nesse contexto, foi proposto a organização dos Serviços de Saúde e que as Estratégias Saúde da Família englobem em suas atividades o compromisso pelo desenvolvimento das ações de controle da Tuberculose, como: o diagnóstico dos casos; o tratamento e supervisão da medicação; o acompanhamento de contatos; a atualização das informações no Sistema de

Informação de Agravos de Notificação (SINAN); a realização de ações preventivas e educativas junto à comunidade (BRASIL, 2002).

Diante desses fatos, o presente trabalho tem como finalidade analisar o Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Ouricuri-PE, descrevendo como vem sendo realizado o diagnóstico e o acompanhamento, como também a disponibilidade de insumos e fichas de notificação presentes nestes Serviços de Saúde.

2 JUSTIFICATIVA

A Tuberculose se caracteriza como um grave problema de saúde pública, sendo uma das doenças infecciosas que mais acarretam mortes no mundo, ultrapassando o HIV e a Malária juntos. O óbito por essa doença é considerado um evento sentinela por ser evitável, é indicativo de fragilidades na assistência ao paciente pelo Serviço de Saúde e também retrata uma oportunidade real para identificar os determinantes e condicionantes no processo de adoecimento.

Os casos suspeitos de Tuberculose devem ser captados, atendidos e vinculados na Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família ou das Unidades Básicas de Saúde. Ressalta-se que o controle da doença se dá a partir da busca de sintomáticos respiratórios, no diagnóstico precoce e adequado e no tratamento até a cura. Dessa forma, espera-se que os Serviços de Saúde sejam acessíveis, estruturados e organizados com o objetivo de propiciar o atendimento das pessoas.

Diante do exposto, o presente trabalho se justifica pela possibilidade de conhecer e analisar como se encontra o Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades de Saúde da Família, a fim de identificar os pontos necessários para o aperfeiçoamento das ações do PCT nas Unidades de Saúde da Família.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades de Saúde da Família do município de Ouricuri – PE, a partir da aplicação do instrumento de pesquisa elaborado pela Equipe Técnica do Programa Estadual de Controle da Tuberculose em Pernambuco.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Analisar o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose notificados no município nos últimos 5 anos;
- ✓ Descrever a estrutura do Programa Municipal de Controle da Tuberculose em relação a disponibilidade de fichas e insumos, exames para diagnóstico, acompanhamento prestado aos pacientes e realização de atividades de informação, educação e comunicação, com base nas variáveis expressas no instrumento de pesquisa;
- ✓ Confrontar os dados informados pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família com os dados disponíveis no SINAN-NET.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA TUBERCULOSE

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e transmissível, causada por um bacilo de crescimento lento, aeróbio estrito, álcool-ácido resistente (BAAR), de transmissibilidade aerógena, pode ser causada por qualquer uma das sete espécies que integram o complexo *Mycobacterium tuberculosis*: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. canetti*, *M. microti*, *M. pinnipedi* e *M. caprae*. No entanto, do ponto de vista sanitário, a espécie mais importante é a *M. tuberculosis* (BRASIL, 2017; BRASIL, 2011).

Em geral, a fonte de infecção é o indivíduo, que ao desenvolver a forma pulmonar ativa da doença torna-se a principal fonte de infecção pelo bacilo, através da transmissão pessoa a pessoa por meio da fala, espirro ou tosse, onde são lançadas no ar gotículas, de tamanhos variados, contendo no seu interior o agente etiológico. A transmissão é plena enquanto o doente não tiver iniciado o tratamento. Com o uso do esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida gradativamente a níveis insignificantes (BRASIL, 2009).

A infecção pelo bacilo da Tuberculose pode ocorrer em qualquer idade, mas no Brasil geralmente acontece na infância. A maioria dos infectados resiste ao adoecimento após a infecção e desenvolve imunidade parcial à doença. Neste caso, os bacilos ficam encapsulados, em estado latente, ou seja, não avançam, nem provocam o adoecimento, e a infecção é chamada Infecção Latente da Tuberculose (ILTb), que se expressa, na maioria das vezes, pela prova tuberculínica (BRASIL, 2017; BRASIL, 2009).

Cerca de 5% dos infectados não conseguem impedir a multiplicação inicial do bacilo e adoecem na sequência da primoinfecção. Outros 5%, apesar de bloquearem a infecção nesta fase, adoecem posteriormente (tuberculose pós-primária ou secundária). Múltiplos fatores contribuem para o desenvolvimento da Tuberculose ativa nos portadores da ILTB, como por exemplo, a virulência e patogenia do bacilo, o ambiente e a competência imunológica do próprio hospedeiro (BRASIL, 2017).

O risco de adoecimento é maior nos portadores de doenças imunossupressoras, especialmente infectadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida – HIV, ou pessoas recebendo tratamentos imunodepressores ou imunossupressores; menores de 2 anos de idade ou maiores de 60 anos e desnutridos (BRASIL, 2017).

4.2 TUBERCULOSE NO MUNDO E NO BRASIL

A Tuberculose (TB) é uma doença antiga na humanidade, por todo o século XX foi caracterizada como problema de saúde pública no mundo e no Brasil, sendo conhecida como calamidade negligenciada das nações e ainda não solucionada no século XXI. (SCATENA et al, 2009).

Em 2015 foram notificados 10,4 milhões de casos novos de Tuberculose no mundo. A Índia, Indonésia, China, Nigéria, Paquistão e África do Sul representam 60% dos casos novos. No mesmo ano foi registrado mais de 1 milhão de mortes causadas pela doença, estando entre as 10 principais causas de morte em todo o mundo, ultrapassando o HIV e a malária juntos (WHO, 2016).

O Brasil junto com 21 países em desenvolvimento integra 80% de todos os casos de tuberculose no mundo. Estima-se que cerca de um terço da população mundial esteja infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, estando sob risco de desenvolver a enfermidade (BRASIL, 2009).

Em 2016, foram diagnosticados e registrados 66.796 casos novos e 12.809 casos de retratamento de Tuberculose no Brasil. No período de 2007 a 2016, houve uma diminuição do coeficiente de incidência da doença, passando de 37,9/100 mil hab. para 32,4/100 mil hab. Mesmo com essa redução, é importante ressaltar que a meta para eliminação da Tuberculose como problema de saúde pública no Brasil é uma diminuição de 10 casos/100 mil hab. Esta meta será alcançada quando houver melhoria de alguns indicadores operacionais e epidemiológicos, como a redução do coeficiente de incidência de AIDS (BRASIL, 2017).

A Tuberculose tem relação direta com a miséria e com a exclusão social. No Brasil, atinge principalmente as periferias urbanas, estando associada às péssimas condições de moradia e de alimentação, a ausência de saneamento básico, ao consumo abusivo de álcool, fumo e de outras drogas (BRASIL, 2012).

A Organização Mundial de Saúde no ano de 1993 declarou a Tuberculose como um estado de emergência global e estabeleceu como metas, pactuadas pelo governo brasileiro, a obtenção de 70% dos casos estimados de TB; a cura de 85% e menos de 5% de abandono (BRASIL, 2002).

A Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO) também foi recomendada pela OMS como resposta global para o controle da Tuberculose (PROCÓPIO, M. J.; HIJJAR, M. A.; PORTO, O. M., 2008).

No Brasil a Tuberculose está inserida entre as Doenças de Notificação Compulsória (DNC) em todo o território nacional, sendo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), pertencente a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, o instrumento de notificação (PROCÓPIO, M. J.; HIJJAR, M. A.; PORTO, O. M., 2008).

4.3 TUBERCULOSE EM PERNAMBUCO E EM OURICURI

Entre os Estados do Brasil no ano de 2016, Pernambuco ocupou a 3ª posição em relação ao coeficiente de incidência de tuberculose (45/100 mil hab.) e o 2º lugar no tocante a mortalidade, com 4,5 óbitos/100 mil hab. (BRASIL, 2017).

Segundo a CIB de 19/09/2011 foi homologada a conformação territorial de saúde que organiza o Estado de Pernambuco em 04 Macrorregiões, 12 Regiões e 11 Microrregiões de Saúde (PERNAMBUCO, 2011).

A IX Região de Saúde abrange onze municípios, localizados no alto sertão do Araripe, sendo: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade (OURICURI, 2013).

Quando comparado com os demais municípios pertencentes a IX Região de Saúde, Ouricuri ocupa o primeiro lugar com maior número de casos notificados no SINAN, no ano de 2016 a incidência foi de 15 casos.

4.4 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

No ano de 1941, foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose com o objetivo de estudar o problema, a magnitude e medidas de controle da Tuberculose. Após cinco anos, foi criada a Campanha Nacional Contra a Tuberculose tendo como finalidade coordenar as atividades de controle da Tuberculose e descentralizar os serviços de controle (RUFFINO-NETO, 1999).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) é a estrutura que organiza as ações de controle da Tuberculose no Brasil e surgiu em 1975 no bojo do II Plano Nacional de Desenvolvimento, sendo financiado pelo Ministério da Saúde, INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde, envolvendo os níveis governamentais. Em 1981, a execução do controle da Tuberculose foi transferida para as Secretarias Estaduais (PROCÓPIO, M. J.; HIJJAR, M. A.; PORTO, O. M., 2008; RUFFINO-NETO, 1999).

Em 1990, no governo do Presidente Fernando Collor de Melo, o qual buscando a redução de custos e a descentralização da administração do Programa de Controle da Tuberculose para os estados, fez com que o PNCT sofresse uma desestruturação, extinguindo a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Essa desestruturação a nível Federal resultou no enfraquecimento das coordenações estaduais, na diminuição dos recursos financeiros e das supervisões do Programa (RUFFINO-NETO, 1999).

O Brasil lançou em 1994 o Plano Emergencial de Controle da Tuberculose com descentralização de recursos financeiros para 250 municípios prioritários, responsáveis por 80% dos casos. A partir de então, o Programa de Controle da Tuberculose começa a se reorganizar. Entre as recomendações adotadas no Plano Emergencial estavam: o tratamento diretamente observado (TDO) e a integração da atenção básica (Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia da Saúde da Família) no combate à doença de forma a potencializar o acesso ao diagnóstico e tratamento (SIQUEIRA, 2014, apud HIJJAR et al, 2007).

As ações para controle da Tuberculose são desenvolvidas em todos os Serviços de Saúde do Sistema Único de Saúde, desde os serviços básicos (Equipes de Saúde da Família) até os mais complexos, como os Serviços de Referência que possuem apoio mais sofisticados e especializados no diagnóstico e tratamento (PROCÓPIO, M. J.; HIJJAR, M. A.; PORTO, O. M., 2008).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose pertence a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e é desenvolvido em conjunto com as três esferas de Governo. O controle da Tuberculose é fundamentado na busca de sintomáticos respiratórios (SR), no diagnóstico precoce e adequado e no tratamento supervisionado até a cura, com intuito de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos (BRASIL, 2011).

4.5 O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA

Os Programas de Controle da Tuberculose pactuados nas três esferas de Governo devem fomentar a correta implantação/implementação de condições adequadas: a capacitação para os profissionais, acesso aos exames, insumos e referências em todas as Unidades de Atenção Básica que integram a rede de assistência (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica deve ser a principal porta de entrada e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na Rede. Orienta-se pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade (BRASIL, 2017).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF) é realizada a abordagem de pacientes portadores de Tuberculose dentro do território adscrito, desde a suspeita clínica, passando pelo encaminhamento para a investigação diagnóstica e o acompanhamento dos casos confirmados por meio do tratamento diretamente observado e da coleta de baciloscopia mensal de controle (BRASIL, 2011).

Na grande maioria das vezes, a Tuberculose é um problema que pode ser resolvido na Atenção Primária à Saúde. As Equipes de Saúde da Família, capacitadas, podem intervir de modo positivo nesse problema de saúde, através da investigação dos Sintomáticos Respiratórios; do diagnóstico precoce; do tratamento com esquema básico descentralizado; do acompanhamento das pessoas com TB e de seus contatos; possibilitando o acesso e diminuindo a taxa de abandono do tratamento (BRASIL, 2011).

Os dados de investigação, diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB são registrados nas Unidades de Saúde em diferentes instrumentos de coleta, como Ficha de Notificação; Livro de Sintomáticos Respiratórios; Livro de Registro e Acompanhamento do Tratamento dos casos, entre outros. Esses dados são inseridos no SINAN (BRASIL, 2011).

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho e Período do Estudo

O atual trabalho insere-se na pesquisa intitulada: “Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias – Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco.

Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada no período de novembro de 2017 a fevereiro de 2018.

5.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado nas Unidades de Saúde da Família do município de Ouricuri/PE.

O município localiza-se na mesorregião do Sertão e na Microrregião do Araripe no Estado de Pernambuco, a uma altitude de 451 m, distante a 623 Km da capital, possui área territorial de 2.381,578 Km², densidade demográfica de 26,56 hab/km² e população de 64.358 hab., segundo IBGE (2010).

Limita-se ao Norte com os municípios de Araripina, Trindade e Ipubi; ao Sul com os municípios de Santa Cruz e Santa Filomena; ao Leste com Bodocó e Parnamirim e ao Oeste como o estado do Piauí. É formado pelos Distritos Sede (Ouricuri) e Barra de São Pedro.

A rede de Atenção Primária à Saúde do município é formada por 26 Estratégias de Saúde da Família, onde 54% apresentam-se alocadas na zona urbana e 46% na zona rural.

5.3 Coleta e Análise dos Dados

Para coleta dos dados foi utilizado o questionário semiestruturado, pertencente a Pesquisa: “Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco”, elaborado pela Equipe Técnica do Programa Estadual de Controle da Tuberculose em Pernambuco.

Foram usados como dados secundários as informações em relação ao Programa Municipal de Controle da Tuberculose disponíveis no banco de dados do SINAN NET versão 5.0.0.0 Potch: 5.2.0.0.

Após aplicação do questionário e acesso ao banco de dados, os dados coletados foram consolidados em planilha no Microsoft Excel 2016 para posterior tratamento, análise e relacionamento dos dados de forma manual.

5.4 Aspectos Éticos

Considerando a Resolução nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, ressalta-se que o presente trabalho faz parte da pesquisa “Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco”, o qual foi devidamente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães, comprovado pelo processo nº: 2.431.473.

Foram respeitados os princípios bioéticos assim como o sigilo e anonimato dos voluntários. Os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O município de Ouricuri-PE no período de 2012 a 2016 registrou 54 casos de Tuberculose no SINAN-net, como apresentado na Tabela 1. Os dados obtidos demonstram uma baixa detecção de casos ao longo dos cinco anos. Mesmo com o aumento do número de casos nos anos de 2015 e 2016, o município tem apresentado uma baixa detecção, uma vez que segundo os parâmetros utilizados, o município deveria detectar cerca de 27 casos/ano. No ano de 2016, o município notificou apenas 15 casos, o que correspondeu a 56% do valor esperado.

Em relação a manifestação clínica, a forma pulmonar foi a mais frequente com 53 casos, apenas 1 caso de TB extrapulmonar foi notificado. Segundo o Guia de Vigilância em Saúde, a forma pulmonar além de ser a mais frequente, sendo responsável por 87% dos casos de Tuberculose em 2015, é também a mais significativa para a Saúde Pública, pois é a principal responsável pela continuidade da cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2017).

Tabela 1. Distribuição de casos de Tuberculose no município de Ouricuri, no período de 2012 – 2016.

Ano	2012	2013	2014	2015	2016
Casos notificados	8	8	8	15	15

Fonte: SINAN, 2017.

A entrada dos casos notificados no SINAN deu-se principalmente pelos casos novos (47 casos), seguidos pelas recidivas (4 casos). Este resultado corrobora com Ignotti, *et al* (2007).

A distribuição por faixa etária (Tabela 2) correspondeu a 4 casos em crianças/adolescentes (0-19 anos), 37 casos em adultos jovens (20-59 anos) e 13 casos em idosos (acima de 60 anos). Dessa forma, o grupo mais acometido por Tuberculose é o dos adultos jovens. Esse fator torna-se relevante, pois representa um comprometimento futuro da produtividade e vida ativa (NUNES, 2014).

Tabela 2. Número de casos de Tuberculose notificados no SINAN-Net segundo faixa etária, no período de 2012 a 2016 no município de Ouricuri-PE.

Faixa Etária	Número de Casos
0 a 19 anos	4
20 a 59 anos	37
Acima de 60 anos	13

Fonte: SINAN, 2017.

Em relação a outros fatores relevantes, o sexo masculino foi prevalente, com 35 casos, representando 65% do total. Com relação a raça/cor, observou-se a predominância da raça parda em 69% dos casos notificados. No tocante ao local de residência, 54% dos casos registrados reside na zona urbana.

Quanto a escolaridade, 22% possui Ensino Fundamental I incompleto, no entanto verificou-se uma alta quantidade de fichas preenchidas como ignorado (11 casos), o que representa 20% do total dos casos. A baixa escolaridade acarreta precariedade na qualificação profissional, limitando possibilidades de inserção no mercado de trabalho, além de influenciar na adesão ao tratamento devido ao menor grau de entendimento da própria patologia (CALIARI; FIGUEIREDO, 2011)

Em relação a aplicação do questionário semi estruturado, foi realizada a pesquisa nas 26 Unidades de Saúde da Família (USF), no entanto, os dados expressos posteriormente referem-se a 25 Unidades de Saúde da Família, uma vez que em uma das USF o profissional de saúde a ser entrevistado tinha sido admitido há apenas um mês e não se sentiu seguro para responder ao questionário.

Em relação a disponibilidade das fichas de notificação e insumos presentes nas Unidades de Saúde da Família, foi observado que em 100% das USF's sempre tem Ficha de Notificação e Investigação de Tuberculose. A notificação e a investigação epidemiológica devem ser registradas no SINAN, com o preenchimento da referida Ficha, nela estão contempladas informações obtidas sobre o paciente, o lugar, a situação clínica e a classificação do caso de acordo com seu tipo de entrada (BRASIL, 2017).

O Livro de Registro de Sintomático Respiratório está sempre disponível em 88% das USF's; o Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do Tratamento dos casos de Tuberculose está presente em 84% das Unidades de Saúde da Família e a Ficha de

Acompanhamento da Tomada Diária da Medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) em 52%.

Em relação as demais Fichas expressas no Quadro 1, estão sempre disponíveis em um intervalo de 36% a 24% nas Unidades de Saúde da Família.

Quanto aos Insumos (potes plásticos para coleta de exame de baciloscopia de escarro e medicamentos), encontram-se sempre disponíveis, respectivamente, em 80% e 16% das Unidades de Saúde da Família.

Pode-se observar um baixo percentual na disponibilidade desses instrumentos de registros para as Unidades de Saúde da Família, o que mostra que não há de fato uma descentralização do Programa de Controle da Tuberculose para Atenção Básica, como relatado no estudo de Cunha et al (2015).

Quadro 1. Disponibilidade de Fichas e Insumos nas 25 Unidades de Saúde da Família do município de Ouricuri no ano de 2017 de acordo com a frequência.

Disponibilidade de Fichas e Insumos	Sempre	Algumas vezes	Não	Não sabe
FICHA DE NOTIFICAÇÃO E INVESTIGAÇÃO DE TUBERCULOSE (SINAN)	100%			
LIVRO DE REGISTRO DE SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO	88%		8%	4%
IMPRESSO DE CONTROLE DE CONTATOS	36%		60%	4%
FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA TOMADA DIÁRIA DA MEDICAÇÃO DO TRATAMENTO DIRETAMENTE OBSERVADO	52%		48%	
FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO LATENTE DA TUBERCULOSE	24%		76%	
LIVRO DE REGISTRO DE PACIENTES E ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE	84%		12%	4%
POTES PLÁSTICOS PARA COLETA DE EXAMES DE BACILOSCOPIA DE ESCARRO	80%	8%	12%	
FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE ÓBITO	24%		76%	
FICHA DE CASO SUSPEITO DE TUBERCULOSE	28%		72%	
FICHA DE ENCAMINHAMENTO PARA REFERÊNCIA SECUNDÁRIA/TERCIÁRIA	28%		72%	
ESQUEMA BÁSICO PARA TRATAMENTO DE TB	24%		76%	
ISONIAZIDA PARA TRATAMENTO DA ILTB	16%		84%	

No tocante ao diagnóstico, a oferta de baciloscopia de escarro na oportunidade da consulta é realizada em 60% das Unidades de Saúde da Família. Há variação quanto ao tempo de espera para o resultado, podendo ser de 3 a 7 dias. Existe fluxo de recolhimento de amostra em 60% das USF's, onde é estabelecido que os profissionais das Equipes são responsáveis por entregar as amostras no laboratório. Segundo o Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, a baciloscopia de escarro deve ser realizada em, no mínimo, duas amostras, sendo uma por ocasião da primeira consulta e outra, independente do resultado da primeira, na manhã do dia seguinte, preferencialmente ao despertar (BRASIL, 2011).

Em 72% das Unidades de Saúde da Família, é solicitada baciloscopia de escarro de controle para os pacientes com Tuberculose.

A baciloscopia de escarro, quando realizada corretamente em todas as suas fases, permite detectar de 60% a 80% dos casos de tuberculose pulmonar, o que é importante do ponto de vista epidemiológico, uma vez que os casos bacilíferos são os responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão (BRASIL, 2011).

Em relação ao conhecimento dos critérios para solicitação de cultura, 56% dos Profissionais de Saúde das USF's relatam conhecer e 32% deles afirmam não saber com quanto tempo recebe o resultado da cultura. A soma dos que não sabem com os que não responderam a essa questão resulta em 60% do total. Todos os Serviços de Saúde precisam ter acesso ao exame de cultura, sendo necessário haver disponibilidade deste em cada Unidade (BRASIL, 2011).

O município de Ouricuri dispõe para todas as USF's o serviço de Raio X, o resultado é disponibilizado nas 24hs após a realização do exame, porém sem laudo. A radiografia de tórax deve ser solicitada para todo o paciente com suspeita clínica de TB pulmonar (BRASIL, 2011).

Todas as Unidades de Saúde da Família solicitam teste de HIV aos pacientes, no entanto 84% destas não possuem o teste rápido de HIV implantado. É competência da Atenção Básica oferecer o teste anti-HIV a todos os doentes de Tuberculose independentemente da idade, realizando o aconselhamento pré e pós-teste (BRASIL, 2011).

Quanto a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO) dos pacientes em acompanhamento, 56% das Unidades de Saúde da Família realizam. Para todo caso de tuberculose (novo ou retratamento) deve-se realizar o TDO, pois não é possível prever os casos que irão aderir ao tratamento (BRASIL, 2011).

A consulta de acompanhamento do paciente é mensal em 72% das Unidades de Saúde da Família. Está expresso no Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no

Brasil que, o paciente deve ser consultado em intervalos regulares de 30 dias, em que será estimulada adesão e o monitoramento clínico de efeitos adversos (BRASIL, 2011).

O acompanhamento de contatos é realizado em 68% das Unidades de Saúde da Família, em 44% das USF's não utilizam o formulário de controle de contatos. A atividade de controle de contatos deve ser considerada uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa nesta população, e deve ser priorizada pelos Programas de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2011 apud WHO, 2008).

O controle de contato deve ser realizado fundamentalmente pela Atenção Básica. Os Serviços devem se estruturar para que esta prática de grande repercussão para o controle da Tuberculose seja otimizada (BRASIL, 2011).

Em 56% das Unidades de Saúde da Família recebem o boletim de acompanhamento. Este é o instrumento de coleta dos dados de acompanhamento do tratamento para digitação no SINAN. Esse formulário deverá ser emitido pelo primeiro nível informatizado e enviado às Unidades de Saúde mensalmente, as Unidades de Saúde atualizarão os dados de acompanhamento dos pacientes listados no referido boletim e os enviará para digitação ao primeiro nível informatizado do SINAN (BRASIL, 2011).

Dos profissionais de saúde das Unidades de Saúde da Família entrevistados, 56% afirmaram conhecer os critérios para solicitação de Teste Tuberculínico (PPD). Segundo o Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil, o Teste Tuberculínico é indicado na investigação de infecção latente no adulto e na investigação de infecção latente em crianças (BRASIL, 2011).

A notificação de Infecção Latente de Tuberculose (ILTb) é realizada em apenas 40% das Unidades de Saúde da Família. O tratamento da infecção latente deve ser notificado em ficha específica (BRASIL, 2011).

Em 76% das Unidades de Saúde da Família há busca ativa de sintomáticos respiratórios, no entanto, ao perguntar sobre o conhecimento da estimativa de sintomático respiratório da USF, 56% dos Profissionais de Saúde relatam não conhecer. A busca ativa de SR é a principal estratégia para o controle da Tuberculose, uma vez que permite a detecção precoce das formas pulmonares, devendo ser realizada permanentemente por todos os Serviços de Saúde. Este procedimento tem sido uma estratégia recomendada internacionalmente. A estimativa de casos refere-se ao número de sintomáticos respiratórios que se espera encontrar em um determinado período de tempo (BRASIL, 2011).

A identificação dos SR para o controle da Tuberculose pode parecer um simples procedimento, contudo, caracteriza-se como uma ação complexa que necessita de

conhecimentos que vão além de habilidades técnicas específicas e precisa de reforço e monitoramento constante, para que não se configure numa ação pontual, mas sim numa rotina a ser incorporada nos Serviços de Saúde pelos Profissionais de Saúde (RODRIGUES; CARDOSO, 2010).

Em 68% das Unidades de Saúde da Família é realizado a busca ativa de faltosos. Essa atividade é importante ser realizada a fim garantir a continuidade do tratamento.

No tocante as ações de Informação, Educação e Comunicação, em 52% das Unidades de Saúde da Família são realizadas atividades educativas com os usuários e a comunidade e em 40% apenas com a comunidade, abordando temas relativos à prevenção e controle da Tuberculose. A frequência de realização dessas atividades é em sua maioria (56%) de 2 a 3 vezes ao ano, utilizando como estratégia educativa atividade em grupo com distribuição de materiais educativos sobre Tuberculose.

As atividades de educação e sensibilização devem estar incluídas diariamente no Serviço de Saúde, onde os profissionais de saúde devem fornecer informações, ouvir os usuários e buscar com eles caminhos para resolver as dificuldades (BRASIL, 2011).

Em relação aos dados de 2012 a 2016 disponíveis no SINAN Regional, tem-se que 22 Unidades de Saúde da Família notificaram casos de Tuberculose, somando 48 casos. O Hospital Regional Fernando Bezerra notificou 4 casos e a Policlínica 2 casos.

Do total de 54 casos, 89% realizaram a primeira baciloscopia de escarro e 43% a segunda, vale ressaltar que 57% das que realizaram a segunda baciloscopia não preencheram o referido campo na ficha de notificação.

Apenas 30% realizaram cultura de retratamento; 69% Raio-X e 83% realizaram teste de HIV. O percentual de realização de cultura encontra-se muito abaixo da meta do Programa de Controle de Tuberculose (70%) e a realização de testagem Anti-HIV está dentro do estabelecido pelo PCT (75%).

No tocante ao acompanhamento de contatos, 100% destes são examinados nas USF. O Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi realizado em apenas 33% dos casos notificados no SINAN. Quanto a baciloscopia de escarro de controle para os pacientes, observou-se que é solicitado durante os 6 meses de tratamento.

Confrontando os dados extraídos do SINAN Regional com os obtidos na aplicação do questionário, em relação a série histórica do período estudado, observou-se uma diminuição na realização da primeira baciloscopia de escarro na oportunidade da consulta nas Unidades de Saúde da Família; diminuição no acompanhamento de contatos. Houve um discreto aumento na realização do Tratamento Diretamente Observado, no entanto, o valor encontra-se

muito abaixo da meta estabelecida para o Programa de Controle da Tuberculose que é de 70%, e foi verificado aumento na realização da testagem Anti-HIV.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades de Saúde da Família do município de Ouricuri-PE permitiu identificar questões relevantes, fornecendo meios para o aperfeiçoamento das ações do Programa neste local.

A partir do exposto, recomenda-se estimular os Profissionais de Saúde a realizarem a busca ativa em cima da estimativa de SR; realizar os exames para diagnóstico, como a baciloscopia e a cultura na rotina do serviço, conforme o preconizado; assegurar o Tratamento Diretamente Observado; acompanhar os contatos e a busca ativa dos faltosos. Faz-se necessário a disponibilidade de todas as fichas e insumos do PCT para as Unidades de Saúde da Família.

Assim, entende-se que é fundamental fortalecer o monitoramento e a supervisão das ações do PCT nas Unidades de Saúde da Família, do referido município, com o objetivo de assegurar a realização de todas as atividades relacionadas ao diagnóstico, acompanhamento e tratamento da Tuberculose.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Tuberculose – Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2002. p. 102.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. 7. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. p 813.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 288.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Tuberculose na Atenção Primária à Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. p. 132.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde**. Volume Nº 43 – 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. p. 706.
- BRASIL. Portaria GM nº 2. 436, de 21 de Setembro de 2017.
- CALIARI, J. S.; FIGUEIREDO, R. M. Tuberculose: perfil de doentes, fluxo de atendimento e opinião de enfermeiros. **Revista Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 1, p. 42 – 47, 2012.
- CUNHA, N. V. et al. Estrutura, organização e processos de trabalho no controle da Tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Revista Interface**. v. 19, n. 53, p. 251 – 263, 2015.
- HIJJAR, M. A. et al. Retrospecto do controle da Tuberculose no Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 41, Supl. 1, p. 50 – 58, 2007.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico, 2010.
- IGNOTTI, E. et al. Análise do Programa de Controle da Tuberculose em Cárceres, Mato Grosso, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família. **Revista J. Bras Pneumol**. v. 33, n. 3, p. 287 – 294, 2007.
- NUNES, E. M. **Aspectos Epidemiológicos e de Gestão do Tratamento Supervisionado no Controle da Tuberculose**. 2014. 90 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)— Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Campina Grande, 2014.
- OURICURI. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Análise Situacional da IX Região de Saúde Pernambuco**. Ouricuri, 2013. p. 228.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização**. Pernambuco, 2011. p. 20.

PROCÓPIO, M. J.; HIJJAR, M. A.; PORTO, O. M. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)**. In: PROCÓPIO, M. J. Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008. P. 348.

RUFFINO-NETTO, A.; SOUZA, A. M. A. F. Reforma do Setor Saúde e Controle da Tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**. v. 8, n. 4, p. 35 – 51, 1999.

SAINT-EXUPÉRY, A. de. **O Pequeno Príncipe**. 48 ed. Rio de Janeiro: Editora Agir, 2009. p. 93.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Revista Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 389 – 97, 2009.

SIQUEIRA, A. S. P. **Determinantes socioeconômicos da produção da Tuberculose: um estudo no município de Itaboraí, Região Metropolitana do Rio de Janeiro, no período de 2000 a 2011**. 2014. 126 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública)— Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2016**. Geneva: World Health Organization, 2016 [cited 2017 Feb 16]. Disponível em <http://www.who.int/tb/publications/globalreport/em>. Acesso em 11 de Fevereiro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes**. Geneva: World Health Organization, 2008.