

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**CONTROLE DOS COMUNICANTES DE DOENTES DE
TUBERCULOSE: AÇÕES REALIZADAS NO PROGRAMA
DE CONTROLE DA TUBERCULOSE, NO MUNICÍPIO
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP**

CLÁUDIA ELI GAZETTA

**RIBEIRÃO PRETO
2004**

CLÁUDIA ELI GAZETTA

**CONTROLE DOS COMUNICANTES DE DOENTES DE
TUBERCULOSE: AÇÕES REALIZADAS NO PROGRAMA
DE CONTROLE DA TUBERCULOSE, NO MUNICÍPIO
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, inserida na linha de pesquisa Sociedade, Saúde e Enfermagem, para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Tereza Cristina Scatena Villa
Prof^ª. associada ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem.

**RIBEIRÃO PRETO
2004**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta tese, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Central do Campus Administrativo de Ribeirão Preto/USP

Gazetta, Cláudia Eli

Controle dos comunicantes de doentes de tuberculose: ações realizadas no Programa de Controle da Tuberculose, no município de São José do Rio Preto-SP. 2004
175 f.

Tese de Doutorado apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena

1. Tuberculose. 2. Comunicante 3. Controle

ESTA TESE DE DOUTORADO

- Insere-se na linha de pesquisa Sociedade, Saúde e Enfermagem do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e da Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo.

- Recebeu auxílio do Programa Qualificação Institucional (PQI) da Graduação em Enfermagem, convênio firmado pela CAPES/FAMERP n. 00073/03-2

FOLHA DE AVALIAÇÃO

Pesquisadora: Cláudia Eli Gazetta

Título: Controle dos comunicantes de doentes de tuberculose: ações realizadas no Programa de Controle da Tuberculose, no município de São José do Rio Preto-SP. 2004
175 f.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, inserida na linha de pesquisa Sociedade, Saúde e Enfermagem, para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Resultado da Avaliação pela Banca Examinadora: _____

Data da Defesa: ___/___/___

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais, Natal e Eva , pelo amor, carinho,
envolvimento e dedicação apoiando-me em todos os
momentos da minha vida.*

*A minha filha Caroline que é a luz, felicidade, esperança e
inspiração.*

*Ao Marcos, meu irmão, "In Memoriam" que esta sempre
presente nas nossas lembranças.*

HOMENAGEM ESPECIAL

À Prof^ª. Dr.^a Tereza Cristina Scatena Villa, pela confiança, paciência, amizade e orientação na construção deste estudo. Meus sinceros agradecimentos e obrigada pelo apoio e fazer parte desta tese.

Ao Prof. Dr. Antônio Ruffino- Neto, pela oportunidades de aprendizagem e crescimento intelectual, e na socialização dos conhecimentos, valorizando e compartilhando com a enfermagem. Serei eternamente grata.

À Prof^ª Dr.^a Maria Helena Pessini de Oliveira, por acreditar na minha capacidade e ser uma amiga. Obrigada pelo incentivo e a oportunidade de compartilhar esta pesquisa.

À Profa. Dra. Vânia D'Arco Paschoal, pela compreensão, amizade, solidariedade, dedicação as pessoas. Muito obrigada por dividir com os outros as suas qualidades.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Ao Prof. Dr. Pedro Palha pelas sugestões, atenção e colaboração importante para a elaboração deste estudo.

À Profª. Drª. Maria das Graças Bonfim Carvalho, pela sensibilidade, confiança e generosidade que contribuíram para o auxílio desta pesquisa.

À Profª. Drª. Cláudia Bernardi Cesarino, coordenadora do curso de Enfermagem da Faculdade Medicina de São José do Rio Preto, pelo auxílio, estímulo e confiança.

Aos funcionários do Programa de Controle da Tuberculose do Núcleo de Gestão Assistencial 60: Iara, Dra. Elizabete, Ivani, Cida Inês, Francisco, Anaina, Gislaine e todos que direta ou indiretamente auxiliaram nesta pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

Ao Prof. Dr. José Martins Pinto Neto, pela amizade e por fazer parte importante da minha caminhada nesta vida, meu muito obrigada.

À Dr^a. Maria Rita Cury e Dra. Edna Barbosa Meirelles, coordenadoras do Programa de Controle da Tuberculose na DIR- XXII, e Secretaria Municipal de Saúde e Higiene, pela colaboração e atenção durante a coleta de dados.

Aos docentes do Departamento de Enfermagem Saúde Coletiva e Orientação Profissional de Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto: Sílvia, Renilda, Denise, Lourdes, Marilene, Zaida, Vânia, Rose, Gislaíne, Margarete e Sônia pela paciência, amizade, ajuda e dedicação.

Ao grupo de pesquisa da REDE-TB, principalmente ao Grupo de Estudos Operacionais em tuberculose: Aline, Paula, Cinthia, Roxana, Ricardo, Mayra, pela amizade e apoio que compartilharam nos vários momentos deste trabalho.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Jomara Brandini e Prof^a. Mestre Sílvia H. F. Vendramine, pela preciosa amizade, dedicação, companheirismo em todos momentos solicitados. Meus sinceros agradecimentos.

Às colegas do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, pela amizade, apoio e contribuições durante a trajetória da minha vida profissional. Muito obrigada.

À todos aqueles que contribuíram de alguma maneira tornando possível a concretização deste estudo, meus agradecimentos.

Alguma coisa para sempre...

*Tudo flui:
Meu/teu corpo
Meus/ teus pensamentos
Meus / teus sentimentos
Nossos encontros/ desencontros
Nossas construções/ implosões
Nossas utopias/ desilusões.
Amanhã diferente do hoje que distinto já foi ontem
Para o sabor de nossas vidas
Que o viver engrandece.
Neste cenário de total alteração das coisas
Só uma delas não muda,
Permanece
Mesmo uma única coisa sendo,
Inspira confiança
Ela não é um vir- a- ser,
Sempre é ...será
A esperança de mudanças.*

Antonio Ruffino Netto

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	
RESUMO	
SUMÁRIO/ABSTRACT	
RESUMEN	
1 INTRODUÇÃO	17
1.1. CONSTRUINDO O OBJETO DA PESQUISA.....	18
1.1.1 O INTERESSE PELA TEMÁTICA	18
2 OBJETIVOS	21
2.1 Geral.....	22
2.2. Específicos	22
3 QUADRO TEÓRICO	23
3.1 Considerações políticas e epidemiológicas sobre a tuberculose e panorama da mesma no mundo, no Brasil, estado de São Paulo, Direção Regional de Saúde (DIR XXII) e município de São José do Rio Preto.	24
3.1.1 No Mundo	24
3.1.2 No Brasil	32
3.1.3 No Estado de São Paulo	39
3.1.4 Na DIR- XXII e no município de São José do Rio Preto-SP	40
3.2 Considerações sobre o comunicante de doente de tuberculose na cadeia epidemiológica desse agravo.....	43
3.3 A evolução das medidas de controle dos comunicantes de doentes de tuberculose no Brasil de 1984 a 2004.	51
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	70
4.1 Delineamento do estudo	71
4.2 Local do estudo	71
4.2.1. Informações gerais do Município.....	71
4.2.2. Organização da rede de assistência à tuberculose no município	74
4.2.3 Caracterização geral da unidade de saúde onde se desenvolve o Programa de Controle da Tuberculose (PCT)	75
4.3 Considerações éticas e legais da pesquisa.....	76
4.4 - População de estudo.....	77
4.5. Instrumentos de coleta de dados	77
4.5.1 Análise Documental	78
4.5.2 Entrevistas semi-estruturadas	79
4.5.3 Observação Livre	80
4.6 Análise de dados	81
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	83
5.1. Caracterização da estrutura	84
5.1.1 Recursos físicos.....	84
5.1.2 Recursos Materiais	89
5.1.3 Recursos Humanos	91
5.3.3 Rede Laboratorial para a investigação	94
5.2 Caracterização dos casos-índices de tuberculose	95
5.3. Caracterização dos comunicantes de doentes de tuberculose.....	99
5.4 A incidência da tuberculose nos comunicantes registrados como examinados em 2002.....	114
5.5. Aspectos operacionais do sistema de saúde que envolvem o controle dos comunicantes de doentes de tuberculose.....	118
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	145
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
APÊNDICE.....	165
ANEXOS	173

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Algoritmo para investigação de contactantes intradomiciliares	55
Figura 2. Avaliação dos comunicantes domiciliares de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva.....	58
Figura 3. Algoritmo de conduta em crianças contatos de tuberculose.....	63
Figura 4. Pontos para pesquisa operacionais e epidemiológicas.....	115
Figura 5. Distribuição de comunicantes de doentes de tuberculose notificados no Núcleo de Gestão Assistencial 60 no município de São José do Rio Preto no ano de 2002.....	130
Figura 6. Distribuição dos números de comunicantes de doentes de tuberculose examinados com registros, segundo a área de abrangência da Unidade de Saúde no município de São José do Rio Preto em 2002.....	133
Quadro 1. Conduta com as pessoas, contatos de tuberculose segundo os resultados de exames.....	57

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Distribuição dos casos de tuberculose notificados pelo Núcleo de Gestão Assistencial 60 do Programa de Controle de Tuberculose de São José do Rio Preto, no período de 2002, segundo formas clínicas e sexo **96**
- Tabela 2:** Distribuição dos resultados de baciloscopia e cultura de escarro realizadas nos doentes de tuberculose registrados no Programa de Controle de Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial 60 em São José do Rio Preto, no ano de 2002..... **97**
- Tabela 3:** Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial-60 de São José do Rio Preto, segundo a forma clínica do caso-índice no ano de 2002..... **98**
- Tabela 4:** Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial-60 de São José do Rio Preto no ano de 2002, segundo idade e sexo..... **100**
- Tabela 5:** Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial de São José do Rio Preto no ano de 2002, segundo o tipo parentesco com o caso-índice **104**
- Tabela 6:** Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial 60 de São José do Rio Preto, segundo os seus resultados dos exames de baciloscopia e cultura de escarro realizados no ano de 2002 **106**

Tabela 7: Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial 60 de São José do Rio Preto no ano de 2002, segundo resultado do exame radiológico realizado.....	108
Tabela 8: Distribuição dos comunicantes dos doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial-60 de São José do Rio Preto, segundo o resultado do teste tuberculínico, em milímetros, no ano de 2002	111
Tabela 9: Distribuição dos casos de Tuberculose notificados no Programa de Controle da Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial 60 de São José do Rio Preto, segundo o local de origem do encaminhamento no ano de 2002.....	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	(Acquired Immunological Deficiency Syndrome) Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
ATA	American Thoracic Association
BAAR	Bacilo Alcolcoo Ácido Resistente
BCD-ID	Bacilo de Calmette Guerin- intradémico
BCG	Bacilo de Calmette Guerin
CDC	Centers for Disease Control
CTA	Centro de Tratamento Ambulatorial
DAB	Departamento de Atenção Básica
DIR	Direção Regional de Saúde
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAL	Instituto Adolfo Lutz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IUATLD	International Union Against Tuberculosis and Lung Disease
LabTB	Sistema de Vigilância Laboratorial de Tuberculose
MS	Ministério da Saúde
NGA-60	Núcleo de Gestão Assistencial 60
NOAS	Norma Operacional de Assistência
OMS	Organização Mundial Saúde
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PE	Plano Emergencial
PNCT	Programa Nacional de Controle de Tuberculose
PPD	Derivado Protéico Purificado
PSF	Programa de Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Prova Tuberculínica
RNTA	Royal Netherlands Tuberculosis Association
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN	Sistema Nacional de Agravos e Notificação
SMSH	Secretaria Municipal de Saúde e Higiene
TAA	Tratamento Auto- Administrado
TB	Tuberculose
TBMR	Tuberculose Multidrogarresistente
TOD	Tratamento Diretamente Observado
TS	Tratamento Supervisionado
UBS	Unidade Básica de saúde
UDI	Usuário de droga injetável
WHO	World Health Organization

RESUMO

GAZETTA, C. E. **Controle dos comunicantes de doentes de tuberculose: ações realizadas no Programa de Controle da Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial 60 no município de São José do Rio Preto.** 2004. 175 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

O objetivo desta pesquisa foi descrever e analisar as ações de controle dos comunicantes de doentes de tuberculose em relação à área física, recursos materiais, recursos humanos e à rede laboratorial para a investigação da doença. Foram coletados dados das seguintes variáveis: as relacionadas às características dos casos-índice de tuberculose quanto a sexo, faixa etária e forma clínica; os comunicantes registrados e os examinados em relação a sexo, faixa etária, tipo de parentesco com o caso-índice; tipos de exames realizados e a incidência da doença. A população do estudo constituiu-se de 166 comunicantes registrados e examinados na unidade de saúde e 7 profissionais que desenvolvem as ações do Programa de Controle da Tuberculose. Os instrumentos de coleta de dados foram: análise documental, entrevistas semi-estruturadas e registros das observações livres por meio de um diário de campo. Os resultados apontam que a área física não satisfaz as exigências das normas do Ministério da Saúde; são utilizados todos os manuais do Ministério da Saúde para o Programa de Controle da Tuberculose. Dos profissionais que atuam no Programa, 85 % são do sexo feminino e 15%, do masculino; sua faixa etária vai de 32 a 67 anos; o tempo de formação dos profissionais vai de 10 a 42 anos e o período de exercício nesta atividade varia de 8 meses a 18 anos. Dos 112 casos de tuberculose notificados, 77 (68,8%) eram da forma pulmonar e 35 (31,2%) das formas extrapulmonares, predominando o sexo masculino com 62 casos (80,5%); 15 casos (9,5%) para o feminino e 33 (29,5%) eram co-infectados TB/HIV. Nos comunicantes de doentes de tuberculose foram identificados 263 registrados pelo serviço, referente aos 112 casos-índice. Dos 263 comunicantes registrados, verificamos que 166 (63,1%) foram avaliados, pois encontramos anotações em seus prontuários; 147 (88,5%) foram avaliados pelo Programa de Controle da Tuberculose no Núcleo Gestão Assistencial 60, sendo que 19 (12%) deles, por serem menores de 12 anos, foram avaliados em outros serviços de saúde da cidade; os outros 97 (36,9%) não foram avaliados ou foram avaliados, e esta informação não foi registrada nos prontuários, sendo 82 (49,4%) do sexo masculino e 84 (50,6%), do feminino; 42 (25,3%) estão entre 0 e 19 anos, 73 (44%) entre 20 e 49 anos e 44 (25,5%) têm 50 anos ou mais. Dos exames diagnósticos nos comunicantes, 95,8% foram realizados através de raio X de tórax, 12% por baciloscopia de escarro, 7,2% mediante teste tuberculínico e 0,6% por meio de cultura; 3 (1,8%) desenvolveram a doença, perfazendo 2,7% do total dos casos diagnosticados. Os resultados também apontam para a necessidade de que o Programa de Controle da Tuberculose seja revisto, valorizando a vigilância e o monitoramento dos comunicantes, desenvolvendo estratégias através de protocolos sistematizados para os profissionais de saúde e que garantam a continuidade no atendimento desse serviço de forma humanizada e integral com ênfase em ações preventivas.

Palavras-chave: Tuberculose, Comunicante, Controle.

ABSTRACT

GAZETTA, C. E. *Control of communicants of tuberculous people: actions taken in the Program of Tuberculosis Control in the Nucleus of Assistential Administration 60 in the city of São José do Rio Preto*. 2004. 175 f. Doctor's dissertation presented to the Nursing School of Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, State of São Paulo, Brazil, 2004.

This is aimed to describe and analyze the control actions of the communicants of tuberculous people in relation to the physical area, material and human resources, and to the laboratorial net for the investigation of the disease. Data of the following variables were collected: those related to the characteristics of the tuberculous index cases as for sex, age, and clinical form, registered communicants, and those examined as for sex, age, kind of kinship with the index case, types of exams performed and disease incidence. The study population is constituted by 166 communicants registered and examined in the health unity and 7 professionals who develop the actions of the Tuberculosis Control Program. The data collecting tools were: documental analysis, semi-structured interviews and registers of the free observations by means of a field diary. The results indicate that the physical area does not fulfill the regulations of the Health Ministry; all the Health Ministry handbooks for the Tuberculosis Control Program were used. Of the professionals acting in the program, 85% were female and 15%, male; their age range from 32 to 67; the professionals' time from graduation range from 10 to 42 years, and their working time in this activity, from 8 months to 18 years. Of the 112 cases of tuberculosis notified, 77 (68.8 %) were of the pulmonar kind and 35 (31,2 %), of the extra-pulmonar kinds, the male prevailing in 62 cases (80.5 %) over 15 (19.5%) female; 33 (29.5%) were co-infected with TB/HIV. In the communicants of tuberculous people, 263 were identified and registered by the service, as related to 112 index cases. It was verified that, of the 263 registered communicants, 166 (63.1 %) were evaluated as annotations were found in their files; 147 (88.5%) were evaluated by the Tuberculosis Control Program in the Assistance Administration Nucleus 60, 19 (12%) of which, for being under 12, were evaluated in other city health services; the other 97 (36.9%) were either evaluated or not, and this information was not registered in their files, 82 (49.4%) being male and 84 (50.6%), female; as for age, 42 (25.3%) range from 0 to 19, 73 (44%), from 20 to 49, and 44 (22.5%) are 50 or older. Of the diagnostic exams in the communicants, 95.8% performed through thorax X-ray, 12% through mucus bacilloscopy, 7.2 % through tuberculinic test, and 6 % through culture; 3 (1.8 %) developed the disease, completing 2.7 % of the total diagnosed cases. The results also indicate the necessity of revising the Tuberculosis Control Program, emphasizing the surveillance and monitoring of the communicants, developing strategies through systematized protocols for the health professionals to assure the continuity of this assisting service in an integral and human form with emphasis on preventive actions.

Key-words: Communicant; Control; Tuberculosis.

RESUMEN

GAZETTA, C. E. **Control de los comunicantes de enfermos de tuberculosis: acciones realizadas en el Programa de Control de la Tuberculosis en el Núcleo de Gestión Asistencial 60 en el municipio de São José do Rio Preto.** 2004. 175 f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

El objetivo de esta investigación fue el de describir y analizar las acciones de control de los comunicantes de enfermos de tuberculosis respecto al área física, recursos materiales, recursos humanos y la red laboratorial para el estudio de la enfermedad. Se recogieron datos de las siguientes variables: las relacionadas a las características de los casos índice de tuberculosis en cuanto a sexo, franja etaria y forma clínica; los comunicantes registrados y los examinados respecto a sexo, franja etaria, clase de parentesco con el caso índice; clases de exámenes realizados y la incidencia de la enfermedad. La población del estudio se constituye de 166 comunicantes registrados y examinados en la unidad de salud y 7 profesionales que desarrollan las acciones del Programa de Control de la Tuberculosis. Los instrumentos de recogida de datos fueron: análisis documental, entrevistas semiestructuradas y registros de las observaciones libres por medio de un diario de campo. Los resultados señalan que el área física no satisface las exigencias de las normas del Ministerio de Salud; se utilizan todos los manuales del Ministerio de Salud para el Programa de Control de la Tuberculosis. De los profesionales que actúan en el Programa, el 85% es del sexo femenino y 15%, del masculino; su franja etaria va de 32 a 67 años; el tiempo de graduación de los profesionales va de 10 a 42 años y el período de ejercicio en esta actividad varía de 8 meses a 18 años. De los 112 casos de tuberculosis notificados, 77 (el 68,8%) eran de la forma pulmonar y 35 (el 31,2%) de las formas extra pulmonares, predominando el sexo masculino con 62 casos (el 80,5%); 15 casos (el 9,5%) para el femenino y 33 (el 29,5%) eran coinfectados TB/VIH. En los comunicantes de enfermos de tuberculosis se identificaron 263 registrados por el servicio, referente a los 112 casos índice. De los 263 comunicantes registrados, verificamos que 166 (el 63,1%) fueron evaluados, pues encontramos apuntes en sus recetarios; 147 (el 88,5%) fueron evaluados por el Programa de Control de la Tuberculosis en el Núcleo Gestión Asistencial 60, siendo que 19 (el 12%) de estos, al ser menores de 12 años, fueron evaluados en otros servicios de salud de la ciudad; los demás 97 (el 36,9%) no fueron evaluados o fueron evaluados y esta información no se registró en los recetarios, siendo 82 (el 49,4%) del sexo masculino y 84 (el 50,6%), del femenino; 42 (el 25,3%) están entre 0 y 19 años, 73 (el 44%) entre 20 y 49 años y 44 (el 25,5%) tienen 50 años o más. De los exámenes diagnósticos en los comunicantes, el 95,8% se llevó a cabo a través de rayo X de tórax, el 12% por baciloscopia de esputo, el 7,2% mediante prueba tuberculínica y el 0,6% por medio de cultura; 3 (el 1,8%) desarrollaron la enfermedad, arrojando el 2,7% del total de los casos diagnosticados. Los resultados también señalan la necesidad de que el Programa de Control de la Tuberculosis sea revisto, valorizando la vigilancia y el monitoreo de los comunicantes, desarrollando estrategias a través de protocolos sistematizados para los profesionales de salud y que aseguren la continuidad en la atención de ese servicio de forma humanizada e integral con énfasis en acciones preventivas.

Palabras clave: Tuberculosis, Comunicante, Control.

1. CONSTRUINDO O OBJETO DA PESQUISA

1.1 O interesse pela temática

A opção por esse estudo surgiu pelo interesse sobre a **Tuberculose** (TB) que vem sendo construído ao longo da trajetória profissional como enfermeira da Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso do Sul e, nos últimos doze anos, como docente de disciplinas relacionadas à área de Saúde Coletiva de um Curso de Graduação em Enfermagem. Em 2002 inseriu-se no Grupo de Pesquisa Interinstitucional denominado *Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose* (GEOTB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq, sendo esse, introduzido na *Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose-Rede-Tb*, especificamente, na área de Estudos Operacionais

A inquietação com essa e outras questões na área de saúde coletiva, e, especialmente da tuberculose, atrelada à prática profissional, norteou o ingresso no Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública, na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, culminou com a elaboração da dissertação sobre aspectos epidemiológicos da tuberculose, notificados em um hospital escola em São José do Rio Preto (GAZETTA, 1999) e na publicação Gazetta et al. (2003). Os dados obtidos nessa pesquisa, referentes à análise de 604 fichas de notificação da doença na instituição estudada, no período de 1993 a 1998, evidenciaram, entre os resultados principais, o predomínio da doença: em homens na faixa etária, de 20 a 40 anos; pessoas de nível sócio - econômico mais baixo, na forma clínica pulmonar; procura espontânea de atendimento e cerca de 22,2% dos encaminhados estarem relacionados à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida).

De forma geral, essa pesquisa permitiu uma melhor compreensão da realidade epidemiológica da tuberculose no contexto estudado e despertou o interesse em descrever e

analisar as ações de controle dos comunicantes de doentes de tuberculose realizado pelo Núcleo de Gestão Assistencial-60 (NGA 60), em São José do Rio Preto, por considerar que esses desempenham papel importante na epidemiologia da tuberculose.

A propósito, nesta tese, utilizar-se-á as expressões “**controle dos comunicantes**”, “**contatos**”, “**contactantes**” como sinônimos, pois nota-se que os documentos oficiais expedidos pelo Ministério da Saúde (MS) e Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) utilizam tanto a expressão “contatos” como “comunicantes”; as mesmas expressões são usadas por autores nacionais. No I Consenso Brasileiro de Tuberculose realizado em 1997, foi recomendado o uso da expressão “contactante”; já, no II Consenso Brasileiro de Tuberculose, realizado em 2004, o termo utilizado em suas diretrizes foi o de “contato” (I CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1997; II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

Sobre tal assunto, Pereira (1999) define comunicante como a pessoa que tenha mantido contato com doentes ou portadores de agentes infecciosos ou com ambientes onde tais doentes e portadores permaneceram; enquanto o termo contactante foi definido como sendo qualquer pessoa ou animal que esteve em contato com o ambiente contaminado, de modo a ter tido oportunidade de contrair a infecção.

Muitos estudiosos são unânimes em ressaltar que a investigação dos comunicantes contribuiu para o controle da tuberculose, seja de forma direta, por meio da detecção da fonte de infecção, seja indiretamente, por meio da prevenção de ocorrência de novos casos da doença.

Alguns autores, como Alves (1998) e Brasil (2002a), defendem o controle dos comunicantes como um dos meios para o diagnóstico precoce dos casos de tuberculose e para a diminuição da disseminação da doença. No entanto, na prática, observa-se que o controle de comunicantes de doentes de tuberculose não tem sido valorizado como fonte de identificação

de novos casos, apesar dessa estratégia estar recomendada no Programa de Controle de Tuberculose (PCT) (BRASIL, MS, 2004).

Em âmbito de Brasil, encontra-se um razoável número de estudos sobre os contatos como os de Lapa et al. (1984); Sant'Anna (1995); Kritski et al. (1996); Alves (1998); Souza (1999); Lemos (2001); Carvalho, Kritski e Ruffino-Neto (2002). Já em nível internacional, observa-se um grande número de publicações, como as recentemente publicadas em um suplemento no *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease* em 2003 no qual apresenta um editorial e 29 artigos científicos sobre vários aspectos relacionados aos contatos, como os de Richler et al. 2003; Enarson; Seita; Fujiwara, 2003; Rieder, 2003; Funk, 2003; Webb; Holcombe; Pearson, 2003; Wallace et al., 2003; Sprinson et al., 2003; Gerald et al., 2003; Logan et al., 2003; Jereb et al., 2003. Lobato; Royce; Mohle-Boetani (2003).

Pretende-se com esta pesquisa, além de produzir novos conhecimentos de ordem operacional, colaborar para o desenvolvimento do PCT em São José do Rio Preto, cidade que foi escolhida pelo número crescente de notificação dos casos desse agravo e pelas importantes conseqüências sociais da mesma para a coletividade, como também pela experiência da pesquisadora acumulada, na docência, na área de saúde coletiva em um Curso de Graduação em Enfermagem.

Assim, por acreditar na importância do **comunicante** de tuberculose na cadeia epidemiológica da doença, e diante da magnitude desse agravo para a sociedade brasileira, decidiu-se direcionar os esforços para descrever e analisar as ações do controle dos comunicantes de tuberculose, registrados no NGA-60 de São José do Rio Preto, com os objetivos apresentados a seguir.

2.1 Geral

Descrever e analisar as ações de controle dos comunicantes de doentes de tuberculose no Programa de Controle da Tuberculose, no Núcleo de Gestão Assistencial 60, do município de São José do Rio Preto no ano de 2002.

2.2. Específicos

2.2.1 Analisar a estrutura do Programa de Controle da Tuberculose, no NGA-60, de São José do Rio Preto em relação à área física, recursos materiais, recursos humanos e à rede laboratorial para a investigação da tuberculose.

2.2.2 Caracterizar os casos-índices de tuberculose quanto ao sexo, faixa etária, forma clínica, e os comunicantes registrados como examinados em relação ao sexo, faixa etária, tipo de parentesco com o caso-índice, tipos de exames realizados e a incidência da doença nos mesmos.

2.2.3 Analisar aspectos operacionais do sistema de saúde que envolvem o controle dos comunicantes de doentes de tuberculose.

3.1. CONSIDERAÇÕES POLÍTICAS E EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE A TUBERCULOSE E PANORAMA DA MESMA NO MUNDO, NO BRASIL, ESTADO DE SÃO PAULO, DIREÇÃO REGIONAL DE SAÚDE (DIR-XXII) E MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO.

3.1.1 No mundo

No ano de 1964, o Comitê de Peritos da Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou o conceito de Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) a ser implantado nos países membros e cuja aplicação levou em conta os seguintes aspectos:

[...] epidemiologicamente, ter um alcance nacional e planejado em longo prazo; sociologicamente, adaptado às necessidades da população; operacionalmente, estar integrado aos serviços gerais de saúde; economicamente, ser planejado dentro dos recursos disponíveis aos serviços gerais de saúde (HITZE, 1978, p.18).

Exames efetuados pela OMS, no início da década de 80, indicaram que a situação epidemiológica da endemia da TB no mundo havia se estabilizado. Porém, ainda permaneciam diferentes situações em distintas regiões, ou seja, enquanto em alguns países a incidência da doença vinha diminuindo naqueles em desenvolvimento, o risco de infecção continuava elevado.

Nos países desenvolvidos, o risco anual de infecção vinha caindo na ordem de 12 a 14%, dos quais, 7 a 9% eram atribuídos à aplicação de medidas específicas (PIO, 1994). Parte importante dessa queda foi atribuída à tendência natural da doença que mantém relação com o desenvolvimento socioeconômico de cada país (STYBLO; MEIJER, 1978).

A maioria dos países em desenvolvimento apresentaram uma queda muito pequena ou mesmo inexistente de casos, devido aos problemas tanto socioeconômicos como organizacionais, apresentando um risco de infecção anual da ordem de 2 a 5%, o que representa um índice de cerca de 20 a 50 vezes maior que nos países desenvolvidos. Portanto, as medidas de controle desempenham um papel importante, mas estão limitadas ao nível

biológico. Para uma completa intervenção no processo saúde-doença, é preciso que se conheçam todos os determinantes envolvidos, já que os homens não estão homoganeamente expostos às doenças (RUFFINO NETTO; PEREIRA,1982).

Em 1993, a OMS declarou a tuberculose como sendo um problema de saúde de emergência mundial e as principais razões assinaladas para o aumento de incidência da doença foram a pobreza, a grande desigualdade social, a associação com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), envelhecimento da população e grandes movimentos migratórios (RAVIGLIONE; SNIDER; KOCHI, 1995; WHO, 1998; RUFFINO-NETTO, 2004). A OMS reconheceu que sozinha não conseguiria controlar a doença. Criou-se, então o programa “Stop Tb” que reúne instituições de alto nível científico e/ou poder econômico, tais como: a OMS, o Banco Mundial, Centers for Disease Control (CDC) – Atlanta (EUA), International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), Royal Netherlands Tuberculosis Association (RNTA) e American Thoracic Association (ATA) (RUFFINO-NETTO, 2002; RUFFINO- NETTO, 2004).

Uma outra importante preocupação na epidemiologia desse agravo é a co-infecção tuberculose/HIV/AIDS. Esta apreensão existe por parte dos organismos internacionais de saúde, do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, dos gestores da saúde coletiva e dos profissionais de saúde, principalmente, dos clínicos e dos epidemiologistas que se dedicam ao estudo desses males (RUFFINO NETTO, 1995; II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004; BRASIL, MS, 2004; WHO, 2004; FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004).

Hoje as iniciativas mundiais para controlar a tuberculose têm três dimensões diferenciadas, porém superpostas: humanitária, de saúde pública e econômica (OMS, 2002a).

A dimensão humanitária requer um enfoque centrado no paciente para o controle da doença; aliviar a enfermidade, o sofrimento e a morte dos indivíduos causados pela

tuberculose é a principal inquietude. A dimensão da saúde pública inclui o diagnóstico e tratamento adequado dos doentes com tuberculose para reduzir a transmissão da enfermidade dentro das comunidades. Isso requer a elaboração de programas de controle da tuberculose bem organizados, receptivos e adaptáveis à reforma do setor saúde. A tuberculose causa consideráveis custos diretos e indiretos aos indivíduos e a sociedade. A dimensão econômica do controle da doença se relaciona com a redução de custos, diminuição da pobreza e promoção do desenvolvimento.

A análise da situação da tuberculose no mundo, revela que a doença está ligada à pobreza, à má distribuição de renda e à urbanização acelerada, necessitando, segundo as três dimensões acima mencionadas, medidas urgentes de controle.

Os índices estatísticos de casos notificados de tuberculose indicam fortemente a associação da degradação de crises sociais ou a pobreza da população. Esses índices medem não somente a qualidade dos serviços de combate da tuberculose, mas o estágio de desenvolvimento econômico e social do país (OPAS, 2002; BRASIL, MS, 2002a; WHO, 2004).

Nesse contexto, Ruffino-Netto (2004), em um editorial, apresenta uma fórmula para apresentação da carga da tuberculose e coloca que de todos os componentes que utilizou na expressão: “o mais importante é a desigualdade social, pois este gera a pobreza e, como consequência, tem-se má nutrição, más condições de vida, educação, etc, havendo impacto praticamente sobre todos os demais componentes” (p. 308).

A utilização das tendências de notificações de casos para atualizar as estimativas de incidência, realizadas por 210 países em 2003, aponta que, em 2002, foram 8,8 milhões de casos novos de tuberculose, dos quais, 3,9 milhões eram bacilíferos. Nesse período, a taxa mundial de incidência da doença (per capita) cresceu em aproximadamente 1,1%, e o número de casos em 2,4%, por ano (WHO, 2004).

Estima-se que anualmente ocorram 1,9 milhões de mortes por tuberculose, 98% delas, em países em desenvolvimentos, e cerca de 350.000 em casos de associação da tuberculose com a AIDS. Caso a gravidade desse quadro não seja revertida, preve-se que, até 2020, um bilhão de pessoas sejam infectadas, 200 milhões adoeçam e 35 milhões possam morrer (TEIXEIRA, 2002).

Cerca de um terço da população mundial, aproximadamente 1,8 bilhões de pessoas, encontram-se infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Desse total, a grande maioria vive nos países em desenvolvimento, a maior parte dos indivíduos têm entre 15 e 59 anos, representando um grande índice da população economicamente ativa de seus países. Desses, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (BRASIL, MS, 2002a; BRASIL, MS, 2004; WHO, 2004).

De acordo com a WHO (2002), em 22 países do mundo, ocorre 80% dos casos de tuberculose. Esses países são: Índia, China, Indonésia, Bangladesh, Paquistão, Nigéria, Filipinas, África do Sul, Etiópia, Vietnã, Rússia, República Democrática do Congo, Brasil, Tanzânia, Quênia, Tailândia, Myanmar, Afeganistão, Uganda, Peru, Zimbábue e Cambodja.

Para os 22 países com maior carga de tuberculose, o número de casos notificados em 2002, foi de 3.082.593 casos novos. Nesse grupo, a Índia ocupa a 1ª posição com 1.060.951; o Brasil a 15ª com 81.436 e o Myanmar, a última, com 57.012 casos novos. Se classificados pelo coeficiente de incidência, o Zimbábue, que está em 17º lugar em número absoluto, assume a liderança com 461/100.000 habitantes, e o Brasil passa para o 22º lugar com 46/100.000 habitantes (WHO, 2004).

Em relação à distribuição da tuberculose mundial, as Américas representa 7% das notificações uma vez que, em 2001, ocorreram 227.477 casos de TB por todas as formas, o que representou uma diminuição de 2,3% em relação à 2000 (233.519 casos). Quanto a casos de baciloscopia positiva (BAAR+) apresentou uma diminuição de 0,5%; comparando com o

ano de 1999 (1,8%), houve uma pequena diminuição em relação ao ano de 2000. A redução, no número de caso de tuberculose, no continente Americano ocorre principalmente no México, Peru, Estados Unidos da América, Equador e Honduras. Nesses países, ela pode ser explicada por diversos fatores como: uma diminuição da transmissão da infecção, da deficiência do sistema de registros e notificações de casos ou da diminuição das pesquisas ou de problemas com laboratórios para o diagnóstico dos casos (OPAS/OMS, 2002).

Nesse continente, os países com uma maior carga de TB são oito; o Brasil, Bolívia, Equador, Haiti, Honduras, México, Peru e República Dominicana e representam 75% do total de casos. O Brasil e o Peru notificaram 67% do total de casos da América (OPAS, 2002). Convém ressaltar que, em 2001, esses oito países notificaram em 2001, 166.513 casos de tuberculose por todas as formas, com uma diminuição de 2,3% em relação ao ano anterior. O número de baciloscopias positivas (BAAR+), no mesmo período, também teve um declínio, em menor proporção, de 0,6%. Diante dos resultados, a OPS/OMS recomendou aos PCTs do Brasil, Equador, Haiti, Peru e República Dominicana estudar e encontrar uma explicação para a situação (OPAS, 2002).

Em 2002, na região das Américas, foram notificados 233.648 casos de TB por todas as formas de tuberculose, com uma taxa de 27,2 por 100.000 habitantes. Os doentes bacilíferos foram 127.354 com taxa de 14,9 por 100.000 habitantes. Em comparação com o total de casos notificados no ano 2000, observou-se um ligeiro aumento de 0,7%; o número de casos novos, com baciloscopia positiva, foram similares aos do ano 2001 (WHO, 2004).

A tendência de casos e taxas de tuberculose tem mostrado estabilidade durante o período de 1990-1998 e um relativo decréscimo entre 1999 e 2002. Na atualidade, existem somente três países com taxas superiores a 85 por 100.000 habitantes; dois entre 50-85; 10 entre 25-49 e o resto (10 países) com taxas abaixo de 25 por 100.000 habitantes (WHO, 2004).

A OMS vem priorizando, desde 1993, a estratégia Directly Observed Treatment Short-course (DOTS), que envolve cinco componentes: comprometimento político com a implementação e sustentabilidade do programa, detecção de casos pela baciloscopia de escarro entre os sintomáticos respiratório da demanda do serviço de saúde, tratamento de curta duração e diretamente observado, regularidade na manutenção de medicamentos e sistema de informações que permita avaliar a detecção de casos, os resultados do tratamento de casos individuais e o desempenho do programa (WHO, 1999). Nessa estratégia contempla-se diferentes formas de se administrar tratamento, quer seja na unidade de saúde, quer em outro local como na residência do doente ou no seu local de trabalho, de forma que ele seja de curta duração e com a ingestão diária dos medicamentos, por intermédio da observação direta dos profissionais de saúde. Entende-se que o tratamento supervisionado é recomendável como estratégia para aumentar a aderência do doente ao tratamento, bem como diminuir o abandono, elevar as taxas de cura, diminuir o risco de desenvolvimento de resistência às drogas, também, reduzir a transmissão e a contaminação dos contatos, sobretudo, os intradomiciliares.

Em 2002, existiam 180 países com a estratégia DOTS implantada. O PNCTs informaram que, ao final do mesmo ano, 69% da população mundial vivia em países (ou zonas de países) cobertos pela estratégia DOTS. Os programas que utilizaram a estratégia DOTS notificaram 3 milhões de novos casos de tuberculose, dos quais, 1,4 milhões eram bacilíferos. Entre 1995 e 2002, foram tratados pela mesma estratégia 13,3 milhões de pacientes com tuberculose; desses 6,8 milhões eram doentes bacilíferos (WHO, 2004).

Os casos bacilíferos, que representam 1,4 milhões, notificados pelos programas que utilizam a estratégia DOTS em 2002, representam 37% da incidência estimada, ou seja, pouco mais da metade do objetivo proposto que é de 70%. O aumento dos casos bacilíferos notificados com base nos programas com DOTS, entre 2001 e 2002 (214.656), foi maior que

a média de 1995 a 2000 (134.157). As notificações foram maiores com respeito a totalidade de casos que cresceram em 610.228, entre 2001 e 2002, em comparação com o aumento anual de 269.268, no período de 1995 a 2000. No entanto, para alcançar, em 2005, a detecção de 70% dos casos, em cada ano de 2003 a 2005, terá que se encontrar outros 1,04 milhões de casos de tuberculose e 433.000 casos bacilíferos, pois a taxa média de detecção de casos foi de 46% (WHO, 2004).

No caso dessas tendências se manterem, todos os casos notificados à OMS, em 2005, serão por meio de programas, utilizando a estratégia DOTS, e todos os doentes detectados pelos sistemas de saúde pública em todo o mundo receberão o tratamento recomendado, pois o reservatório de tais casos terá se esgotado antes que se alcance a meta da detecção de casos (WHO, 2004).

Em 2003, na IV Reunião do Stop/TB realizada na República Dominicana, o México informou ter cerca de 90% de cobertura da população com a estratégia DOTS. O êxito do México em manter uma acelerada e sustentável extensão de cobertura, deve-se a um trabalho intersetorial bem coordenado, com um importante componente comunitário e um plano estratégico muito bem elaborado digno de difusão para outros países que estão empenhados em envolver o componente comunitário (OPAS, 2003)

As atividades de capacitação, supervisão e avaliação devem ser uma prioridade dos PCT na implantação e extensão do DOTS. Nos vários países, essas atividades foram incorporadas de forma integrada a planos elaborados para vários programas de controle, deixando de ser atividades específicas e com recursos garantidos para o PCT e para a expansão da estratégia DOTS. Com o processo de reforma e a descentralização, as mudanças registradas nas estruturas do setor saúde produziram, em muitos casos, resultados nas atividades mencionadas, ainda que, nesse período, atividades importantes como normas

técnicas e a centralização na compra de medicamentos se mantiveram com a equipe central do PCT (OPAS/OMS, 2001).

O relatório de diagnóstico da tuberculose realizado pela OMS em 2004, segundo Dye (2004), destaca que o Brasil apresenta desempenho fraco no combate à doença, comparado com outros países, devido a falta de investimento, demonstrando resultados piores do que a Índia, Indonésia, Paquistão e até Bangladesh. Salienta, ainda, que a abrangência da estratégia DOTS sobre a população vem caindo nos dois últimos anos, pois, em 2001, atingia 32% da população e, em 2002, o índice caiu para 25%; o fato de estar em queda indica uma negligência no que diz respeito à introdução do DOTS.

A co-infecção TB/HIV constitui-se em um outro aspecto importante, visto que é uma grande ameaça para vários países do mundo. O aparecimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) modificou a epidemiologia da tuberculose e dificultou o seu controle. A OMS calcula que, no mundo, existam atualmente cerca de 5 a 10 milhões de indivíduos infectados pelo HIV. Desses, de 2 a 8% vão desenvolver a AIDS, estimando-se a ocorrência de 500.000 a 3.000.000 de casos novos nos próximos cinco anos (BRASIL, MS, 2002a).

Cerca de um terço dos 36,1 milhões de pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS) no mundo nos finais do ano 2000 estão coinfetadas com o *M. tuberculosis*. Como 68% desses coinfetados vivem na África sub-Sahariana, esta região também suporta o peso da epidemia global da tuberculose associada ao HIV. Contudo, com 22% dos coinfetados, o Sudeste asiático, igualmente, suporta um peso considerável de tuberculose associada ao HIV (OMS, 2002b).

Os países da África sub-Sahariana possuem uma elevada incidência no número de casos, chegando a 300/100.000 habitantes. Mais de 1.8 milhões de mortes ocorreram no ano 2000, e mais de 95% dos casos em países em desenvolvimento. (RAVIGLIONE, 2003).

A progressão sem precedentes da epidemia da tuberculose ligada ao HIV também exige uma ação efetiva e urgente.

Outro aspecto, nesse contexto da epidemiologia da tuberculose no mundo, refere-se à ocorrência de tuberculose multidrogarresistente (TBMR), resistência combinada à rifampicina e à isoniazida, foi avaliada por inquérito mundial promovido pela OMS, no período de 1994 a 1999. No mundo, há focos de TBMR primária extremamente preocupante: na Estônia 14%, e na Rússia (Ivanovo e Tomsk) percentuais próximos a 10%. O Peru e a Argentina apresentaram, no inquérito mundial, percentuais acima de 3% (HIJJAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2001).

3.1.2 No Brasil

Em 1994, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária criou um “Plano Emergencial” (PE), com o objetivo de implementar o diagnóstico bacteriológico e o tratamento da tuberculose. Esse plano visava, fundamentalmente, aumentar a cobertura do programa de controle da doença em todo o país, como descobrir, pelo menos, 90% dos casos existentes e curar 85% dos casos novos descobertos, desenvolvendo uma ação política junto às autoridades de saúde e sociedades representativas na área de saúde pública (BRASIL, MS, 1995).

Em 1998, o Ministério da Saúde formalizou um novo Plano Nacional de Controle da Tuberculose que tinha como metas:

Implantar a cobertura do Programa de Controle da tuberculose (PCT) para 100% dos municípios;
Em três anos (2001) serão diagnosticados pelo menos 92% dos casos esperados e tratados com sucesso, pelo menos 85% dos casos diagnosticados;
Em nove anos (2007), a incidência terá sido reduzida, no mínimo, a 50 e a mortalidade em dois terços (BRASIL, MS, 1999, p. 7).

Além disso, o plano contém novidades, pois implanta a estratégia DOTS recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela OMS. Previa-se o pagamento de um bônus em Reais para o tratamento supervisionado (TS) para o tratamento auto-administrado (TAA), com o propósito de estimular os serviços de saúde para diagnosticar, tratar, curar e devolver o paciente curado à sociedade. Também previa a organização de um mecanismo de informação ágil que serviria, simultaneamente, como indicador epidemiológico, técnico, operacional e para fins administrativos e de controle financeiro, permitindo, assim, o diagnóstico rápido da situação do agravo. Além disso, pressupunha a construção de uma rede de excelência para o controle de tuberculose no país (BRASIL, MS, 1999).

Em 15 de outubro de 2000, foi assinada a Portaria nº 3.739/GM que regulamenta a concessão do bônus. A portaria nº 1.474, de 19 de agosto de 2002, fixa novos valores do incentivo para o controle da tuberculose para a notificação de casos novos; para alta por cura, quando o tratamento for auto-administrado, e para alta por cura, quando o tratamento for supervisionado (BRASIL, 2002b).

Ruffino-Netto (2002), ao examinar esse plano, coloca que o mesmo contemplou os 5 Rs no gerenciamento público, conforme proposto por Jones e Thompson em 2000: reestruturação, reengenharia, reinvenção, realinhamento e reconceitualização.

Na reestruturação, o plano prôpos utilizar melhor a escassa estrutura existente, eliminando aquilo que não agregue valor aos serviços, ou seja, foram suprimidas a burocracia de assinaturas de convênios. A reengenharia pautou-se pela lógica de repasse de recursos financeiros para os municípios, para obtê-los, o serviço de saúde tem que mostrar resultados, isto é, curar pacientes com tuberculose e devolvê-los, efetivamente, curados para a sociedade. Para tal, é preciso uma reengenharia na forma de procurar os suspeitos, identificá-los, tratá-los e obter boa adesão ao tratamento, acrescentando que caberá ao município empenho em

melhorar o seu sistema de informações para notificar casos e notificar as curas. A reinvenção propõe a estratégia do DOTS. No realinhamento e reconceitualização, é apresentado como sendo a incorporação, em 2000, da Área Técnica de Pneumologia Sanitária ao Departamento de Atenção Básica (DAB) da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, e a estrutura do Programa de Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no apoio diagnóstico, no TS e no sistema de registro e monitoramento dos casos.

Em 2000, o Ministério da Saúde lança um novo Plano de Controle da Tuberculose para o período 2001–2005, o qual tem como estratégias:

- Implantar/implementar o bônus para todos os municípios que tenham Unidade Básica de Saúde, desenvolvendo ações de controle da tuberculose;
- Identificar áreas prioritárias em municípios com mais de um milhão de habitantes;
- Capacitar equipes de Saúde da Família e agentes comunitários de saúde ampliando a cobertura para 70% da população brasileira;
- Treinar para gerenciamento e supervisão principalmente em serviço através de visitas de supervisão, durante o período de implantação;
- Priorizar o desenvolvimento da rede de laboratórios;
- Realizar o tratamento supervisionado;
- Manter educação permanente das equipes de Saúde da Família;
- Expandir a implantação das equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários da Saúde;
- Estimular a adesão municipal ao Programa de Controle da Tuberculose; e utilizar o tratamento supervisionado ou tratamento diretamente observado (DOTS ou TOD) (BRASIL, MS, 2000, p. 9).

Esse plano também estabeleceu as seguintes áreas de atuação: promoção à saúde com o objetivo de provocar e modificar os estilos de vida da população e nas condições sociais, econômicas e ambientais que determinam a saúde; a capacitação de recursos humanos, visando a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde; estudos e pesquisas financiados pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária obedecem às orientações de suas áreas de interesse e atendem às propostas de pesquisa aplicada, como requerido pelas diretrizes do SUS (BRASIL, MS, 2000).

Uma das principais atribuições do PCT é a busca ativa de sintomáticos respiratórios na demanda dos serviços de saúde e na comunidade. Essa ação consiste em interrogar a população de forma sistemática a respeito de tosse e expectoração por um período igual ou superior a três semanas. Parâmetros do Ministério da Saúde estabelecem que ao ano 1% da população apresenta sintomas respiratórios. Considerando-se que essa previsão não tem sido alcançada, esforços adicionais devem ser despendidos com o propósito de estimular esta ação (BRASIL, MS, 2002a).

Em novembro de 2001, o Ministério da Saúde lança o Plano Nacional de Mobilização e Intensificação das ações para a Eliminação da Hanseníase e Controle da Tuberculose. O plano é uma parceria do Ministério com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e ONGs e está inserido na proposta da Atenção Básica à Saúde.

No ano de 2004, o Ministério da Saúde publica o plano para o controle da tuberculose, verifica-se a necessidade de consolidar a atuação dos Estados e Municípios para o combate à tuberculose sob as diretrizes nacionais, reforçando as atividades de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação, nas três esferas, para pronta correção dos desvios que possam ser detectados. Em coerência e conforme estudos que analisam o uso de materiais e estratégias de comunicação e educação em saúde, impõe-se a descentralização de sua produção a fim de que a diversidade cultural e técnico-comunicacional sejam respeitadas e, conseqüentemente, tais ações sejam eficazes (BRASIL, MS, 2004).

Esse mesmo plano também aborda a necessidade de investimentos na qualificação dos serviços de saúde, na capacitação dos recursos humanos para as atividades de vigilância, avaliação e controle, de modo a ampliar a capacidade de diagnóstico por meio da baciloscopia, promover a cura, intensificar a busca do sintomático respiratório e dos contatos dos pacientes, principalmente, nos municípios prioritários para o PNCT. Por conseguinte, esse plano tem como metas, especialmente para os municípios prioritários para o PNCT:

Manter a detecção anual de pelo menos 70% dos casos estimados de TB;
Tratar corretamente 100% dos casos de tuberculose diagnosticados e curar pelo menos 85% dos mesmos;
Manter o abandono de tratamento em percentuais considerados aceitáveis (5%);
Expandir o tratamento supervisionado para 100% das unidades de saúde dos municípios prioritários, e pelo menos para 80% dos bacilíferos destes municípios até 2007;
Manter registro atualizado dos casos diagnosticados e 100% do resultado de tratamento;
Aumentar em 100% o número de sintomáticos respiratórios examinados (2004/2007);
Ofertar teste anti-HIV para 100% dos adultos com TB (BRASIL, 2004, p. 5).

Além da adoção da estratégia do TS, o PNCT reconhece a importância de *horizontalizar* o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, visa a integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Além disso, o PNCT enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não governamentais (ONGs) e de parcerias com organismos nacionais (Universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais de combate à TB, com o objetivo de aumentar o impacto de suas ações de prevenção e controle (BRASIL, MS, 2004).

Dados do MS estimam uma prevalência no Brasil de 58/100.000 casos/habitantes, com cerca de 50 milhões de infectados, com 111.000 casos novos e 6.000 óbitos ocorrendo anualmente (II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004)

De acordo com os dados do Sistema Nacional de Agravos de notificação (SINAN), em 2001, foram notificados 81.432 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 47,2/100.000 habitantes (variando de 29,6/100.000 na região Centro Oeste a 53,1/100.000 nas regiões Nordeste e Sudeste). Com relação ao encerramento do tratamento, 72,2% receberam alta por cura; 11,7% representa abandono de tratamento; 7,0% de óbito e 9,1% de transferência. As metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo

governo brasileiro são de descobrir 70% dos casos de tuberculose estimados e curá-los em 85% (II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

Em relação ao abandono, Ruffino-Netto (2001) salienta que, durante os últimos 20 anos, a taxa de abandono permaneceu em torno de 14%. O autor cita estados da federação, como exemplo a Paraíba, onde a taxa passou de 12% em 1998, para 1,9% em 1999. Exemplos pontuais como Cuiabá, caiu de 50 para 4%. Na cidade do Rio de Janeiro, a região AP4, que corresponde ao bairro Cidade de Deus, caiu de 30 para 5%; no Hospital Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), passou de 30 para 4%. A meta do Brasil, para o caso do abandono, é de 5% em 2005.

A situação da tuberculose no Brasil tem sido medida por parâmetros e variáveis **não seguros** (grifo nosso), pois as estimativas conhecidas variam muito. Exemplo disso é a estimativa da OMS, adotada pelo PNCT, que era de cerca de 130.000 casos em 2000 para 112 mil em 2002, que pode estar superdimensionada em relação aos dados apresentados pelo MS. A falta de consenso sobre esses dados, devem-se a vários fatores: pouca divulgação e discussão a respeito da metodologia empregada nos cálculos e também, em parte, pela base de dados que lhe deu origem. Para tal estimativa, seria fundamental o cálculo de risco anual de infecção, que, por sua vez, é função da prevalência de infecção nas diferentes faixas etárias. Recomenda-se que para se resolver esse problema, devem ser realizados estudos sobre a infecção tuberculose no país (II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

Os fatores relativos às grandes regiões também não expressam o quadro existente em áreas críticas dos Estados, sobretudo nas regiões metropolitanas, há municípios em situação grave, com elevados coeficientes de incidência, traduzindo condições precárias de vida, programas de controle inaptos e, em alguns lugares, associação da tuberculose com a AIDS (BRASIL, MS, 2002a).

A perspectiva de aumento do número de casos de tuberculose em decorrência da integração com a epidemia de AIDS, a possibilidade do aparecimento de cepas resistentes às drogas usuais, devido a tratamentos inadequados ou incompletos, impõem a necessidade de um maior aprimoramento das práticas que vêm sendo utilizadas.

No Brasil, houve grande expansão da epidemia de AIDS, o que acabou refletindo, também, na epidemiologia da tuberculose, pois já dissertou-se "a infecção por HIV é um dos mais importantes fatores de risco para o adoecimento por tuberculose" (II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004, p. 32). No sistema rotineiro de notificação dos casos de tuberculose, observou-se percentuais de associação TB/HIV, muito diversos entre vários Estados da federação, sendo maior na região sul e sudeste e menor nas outras, exceto o Distrito Federal que, situado no Centro-Oeste, apresenta alto percentual. Entre os casos de AIDS, no momento da notificação, observou-se um percentual de associação de tuberculose de todas as formas próximo de 30%, sendo a segunda causa de óbito depois de outras pneumonias (HIJJAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2001).

Quanto à ocorrência, no Brasil, de tuberculose multidrogarresistente (TBMR), resistência combinada à rifampicina e à isoniazida, observou-se que a resistência primária (encontrada nos casos nunca tratados anteriormente) foi de 1,1%, a resistência adquirida de 8,2% e resistência combinada é de 2,2%, números esses considerados baixos (HIJJAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2001).

3.1.3 No Estado de São Paulo

No Estado de São Paulo, em 2002, notificaram-se 20.477 casos de tuberculose por todas as formas e retratamento, dos quais 10.426 da forma pulmonar bacilífera, responsável por manter a cadeia de transmissão, gerando novos casos. Os casos novos por todas as formas foram 17.840 e os casos pulmonares bacilíferos corresponderam a 9.040 casos. O coeficiente

de incidência é em torno de 57,6 casos/100.000 habitantes, semelhante à média do Brasil. (SÃO PAULO, SES, 2002).

Já no ano de 2003, foram notificados 20.501 casos de tuberculose por todas as formas e retratamento, sendo que 10.499 da forma pulmonar bacilífera, responsável por manter a cadeia de transmissão, gerando novos casos. Os casos novos por todas as formas foram de 17.948 e os casos pulmonares bacilíferos corresponderam a 9.202. O coeficiente de incidência é em torno de 45,5 casos por 100.000 habitantes, semelhante à média do Brasil (SÃO PAULO, SES, 2003).

Como um todo, desde 1981 até hoje, no Estado de São Paulo, observa-se uma certa estabilidade na ocorrência dos casos de tuberculose; embora as taxas de abandono tenham diminuído, as taxas de cura continuam próximas de 62% para o total de doentes. Até 1985, havia tendências de declínio quanto à análise da mortalidade por tuberculose no Estado de São Paulo; no entanto, nos últimos anos, há um aumento anual de 1.400 óbitos por tuberculose. Além de não ocorrer de forma semelhante entre os sexos e nas faixas etárias, existe, assim um maior número de casos entre homens de 20 a 49 anos, havendo uma queda entre os menores de 20 anos, com cerca de 10% dos casos (SÃO PAULO, SES, 2002). Convém ressaltar que, ainda neste Estado, a associação TB/HIV que representava 20,4% dos casos de tuberculose notificados caiu para 17,5% do total de casos. No Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS (CRT-DST/AIDS), houve uma queda de 54% no número de casos notificados de TB, pela primeira vez, no serviço, em HIV positivo: 151 casos em 1997, contra 332 em 1996. Tal fato, aliado a uma queda no número de outras infecções oportunistas ligadas à AIDS e a uma queda na mortalidade por essa doença reforça a importância da terapia anti-retroviral de alta potência no arsenal médico (BRASIL, MS, 2002a).

3.1.4 NA DIR- SUS XXII E NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP

Segundo dados estatísticos apresentados pela Direção Regional de Saúde - DIR-XXII, São José do Rio Preto, em 2002, foram notificados 334 casos de tuberculose na região, com o coeficiente de incidência de 26,21 casos/100.000 habitantes. Quanto à forma clínica, na DIR XXII, houve o predomínio da tuberculose pulmonar com 268 casos, que correspondem a 80,2% do total dos casos notificados no período. O coeficiente de incidência da forma pulmonar teve oscilações, com uma média de 19,8/100.000 habitantes (GAZETTA et al., 2003a). A forma extra pulmonar apresentou 66 casos com coeficiente de incidência de 4,9 casos por 100.000 habitantes, correspondendo a 19,8% do total dos casos notificados. Observa-se, na DIR XXII, um elevado número de casos para o sexo masculino. Obtém-se, assim, uma razão de 3 casos de TB no sexo masculino para 1 no feminino, semelhante aos dados do estado de São Paulo (SÃO PAULO, SES, 2002).

No período de 1998 a 2002, o tipo de alta do paciente com tuberculose foi por cura, sendo foi de 68.3% em 2002, apresentando um discreto aumento em relação aos anos anteriores. O abandono que estava em 13%, em 1998, apresentou, em 2002, uma taxa de 3,3%, destaca-se, nesse período estudado, a implantação, no município de São José do Rio Preto, do tratamento supervisionado (TS) (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004). Vale lembrar que o município de São José do Rio Preto é responsável por quase 50% dos casos notificados na DIR XXII. No ano de 2002, foram notificados, no município, 135 casos de tuberculose, desse 108 eram da forma pulmonar e 27 extrapulmonares, com coeficiente de incidência de 34,69 por 100.000 habitantes. A tuberculose é a terceira doença oportunista associada à AIDS notificada no município de São José do Rio Preto (GAZETTA et al., 2003b). Em 2003, a tuberculose foi o terceiro agravo de notificação compulsória no município com 190 casos. O município de São José do Rio Preto é considerado como prioritário no PCT devido a taxa de co-infecção TB/HIV. No período de

1998 a 2002, as proporções de co-infecção variaram entre 29 e 37%. Estas são muito altas, considerando que, em todo o país, a proporção de casos com co-infecção foi de 8% (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004).

Em 1998, a implantação do TS teve início no município de São José do Rio Preto em casos de TB/HIV. No ano 2000, iniciou-se o TS para os doentes de tuberculose. Em 2001 e 2002, obteve-se coberturas próximas a 65% entre os co-infectados. Entre os casos de tuberculose notificados em 2001, o TS era de 20% e, em 2002, elevou-se para 60%. Verificou-se também que, nesse período, ocorreram maiores proporções de cura e diminuição do abandono tanto entre os co-infectados como entre os não co-infectados, que podem estar associadas à estratégia do TS (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004).

Em 2002, estabeleceu-se a obrigatoriedade dos laboratórios clínicos e anatomo-patológicos notificarem mensalmente à Secretaria sobre o número de sintomáticos respiratórios analisados e os positivos encontrados, sendo criada e introduzida a apropriação de dados no programa estadual LAB TB. No final desse ano, estabeleceu-se também a descentralização do TS para as unidades de saúde e supervisão médica, além do diagnóstico, vacinação, busca ativa e acompanhamento do comunicante. Os profissionais de saúde do PSFs receberam treinamento básico em tuberculose, assumindo ações do PCT, supervisionados por profissionais do PCT do NGA-60. Além disso, foram desenvolvidas campanhas educativas sobre TB em jornais, emissoras de rádio e televisão, com divulgação de 60 horas, por três meses, em 2003 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004).

A seguir, apresentar-se-á importância dos comunicantes de doentes de tuberculose na cadeia epidemiológica desse agravo.

3.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O COMUNICANTE DE DOENTE DE TUBERCULOSE NA CADEIA EPIDEMIOLÓGICA DESSE AGRAVO

Para melhor compreender a importância do **comunicante/contato** na cadeia epidemiológica da tuberculose, serão tecidas algumas considerações sobre a etiologia e transmissão desse agravo.

A tuberculose, doença milenar, ainda se constitui em um relevante problema de saúde pública, apesar de importantes progressos obtidos na última década do século XX. Entretanto, os avanços no conhecimento e na tecnologia disponível para o controle não têm sido suficientes para impactar na morbi-mortalidade, principalmente, em países em desenvolvimento como o Brasil (BRASIL, MS, 1995; HIJJAR, 1996; OLIVEIRA, 1996; BARBULHO, 1999). A tuberculose é uma das trinta e cinco doenças de notificação compulsória para todo o território nacional, conforme a Portaria nº 1.943 de 18 de outubro de 2001, em decorrência disso, consta do elenco do SINAN (BRASIL, MS, 2001).

Assim, todo caso suspeito deve ser examinado e, uma vez confirmado o diagnóstico, deve-se proceder à investigação epidemiológica e à adoção de medidas de controle de acordo com a normatização do Ministério da Saúde e/ou da Secretaria de Estado da Saúde. A investigação epidemiológica deve incluir o exame das pessoas que convivem com o doente, com o objetivo de descobrir a fonte de infecção e de conhecer outros casos oriundos do caso-índice.

No Guia de Vigilância Epidemiológica, produzido pelo Ministério da Saúde em 2002, consta que a investigação epidemiológica tem como objetivo:

[...] identificar as possíveis fontes de infecção. Deve ser feita investigação epidemiológica entre os contatos de todo caso novo de tuberculose e, prioritariamente, nos contactantes que convivam com doentes bacilíferos, devido ao maior risco de infecção e adoecimento que este grupo apresenta. No caso de uma criança doente, a provável fonte de infecção será o adulto que com ela convive. No caso dos comunicantes não comparecerem à unidade de saúde para exame, após uma semana de apazamento, recomenda-se que seja feita visita domiciliar (BRASIL, MS, 2002c, p.838).

Freqüentemente, a fonte de infecção é um indivíduo com forma pulmonar da doença, eliminando bacilos para o meio exterior, segundo seu índice (estado) bacteriológico. Calcula-se que durante um ano, numa comunidade, uma fonte de infecção poderia infectar, em média, de 10 a 15 pessoas que com ela tenham tido **contato** (STYBLO, 1978, BRASIL, MS, 2002c).

A fala, o espirro e a tosse de um doente de tuberculose pulmonar lançam no ar gotículas de tamanhos variados. As gotículas mais pesadas se depositam e as mais leves permanecem em suspensão no ar, porque são pequenas ou sofrem evaporação. Os núcleos de Wells com diâmetros de até 5μ e com 1 a 2 bacilos em suspensão podem atingir os bronquíolos e alvéolos e iniciar a multiplicação (BRASIL, MS, 2002a).

Existe um consenso, entre os estudiosos em tuberculose, de que toda vez que uma pessoa tosse, ela joga 3.500 partículas infectantes no meio ambiente e cada vez que espirra, joga um milhão delas (SEPKOWITZ, 1996). Conforme Kritski et al (1997), em uma pesquisa realizada no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), foi demonstrado que o risco de contaminação por tuberculose entre os funcionários do hospital foi de 8,2%, para uma média nacional de 0,8% . Esses resultados deixaram em evidência o problema do risco de contaminação da tuberculose a que os profissionais de saúde estão expostos, nas atividades cotidianas de trabalho.

Fiuza de Mello e Afiune (1995) colocam que quanto mais freqüente e prolongado for o contato com doentes bacilíferos, como no caso de pessoas que convivem no mesmo domicílio, tanto maior será a proporção de pessoas infectadas. Esclarecem esses mesmos autores que vários fatores ambientais reduzem as probabilidades das partículas infectantes serem inaladas, como: as correntes de ar dispersando as partículas no ambiente, a luz ultravioleta e a radiação gama proporcionando uma maior segurança na prevenção da transmissão. Nesse aspecto, muitas unidades hospitalares e vários serviços ambulatoriais, que

atendem pacientes portadores de tuberculose, constituem-se em ambientes de riscos para outros doentes, como os imunodeprimidos, e para os profissionais da área de saúde que ali trabalham. À conta disso, é importante estabelecer medidas especiais de proteção e controle nessas áreas.

Após a primoinfecção, 90% dos indivíduos conseguem bloquear a disseminação da doença, permanecendo o bacilo em estado de latência. Esse equilíbrio pode ser rompido tanto por uma reativação endógena como por reinfecção exógena. A doença que se desenvolve nessas condições é chamada de pós-primária, na qual a forma clínica mais comum é a pulmonar (TARANTINO, 1997).

Normalmente, o organismo é capaz de conter os bacilos no local da implantação após resposta do sistema imunológico. Entretanto, se o desenvolvimento da imunidade celular não ocorre, ou se há desequilíbrio entre a imunidade e o bacilo no local da implantação, ou sistematicamente, estão criadas as condições básicas para o adoecimento. As principais áreas de implantação extrapulmonares são aquelas com maior suprimento sangüíneo e, portanto, com mais oxigênio. Incluem-se o córtex renal, córtex cerebral, as extremidades do crescimento dos ossos longos, vértebras e adrenais, pleura e os gânglios linfáticos.

Os mais comuns tipos de exames diagnósticos utilizados para tuberculose são: o bacteriológico por meio do exame microscópico direto do escarro, cultura para micobactéria, o exame radiológico, a prova tuberculínica e o exame histopatológico. Outras metodologias diagnósticas estão desenvolvidas ou em desenvolvimento como a hemocultura, exames sorológicos o uso de marcadores sorológicos, como a adenosinadeaminase (ADA) e o ácido túberculo-esteárico, além de técnicas de biologia molecular (TARANTINO, 1997, BRASIL, MS, 2002d).

A forma de tuberculose extrapulmonar apresenta maior dificuldade para o diagnóstico devido ao fato de a população bacilar ser muito pequena e a baciloscopia das

secreções ser negativa, sendo obrigatória a utilização de meios de cultura, estudo bacteriológico, anatomopatológico e radiografia do tórax.

Sabe-se que a maior fonte de infecção tuberculose são os indivíduos bacilíferos não tratados. Após o início do tratamento efetivo, o risco de transmissão da tuberculose cai rapidamente, considerando o caso não contagiante. No serviço de saúde, é importante o diagnóstico precoce e tratamento efetivo dos casos considerados contagiantes, e isso deve ocorrer por meio da busca ativa entre os sintomáticos respiratórios, sobretudo, entre os comunicantes.

Vale ratificar que a melhor estratégia de prevenção da doença é a descoberta e cura de casos bacilíferos, sendo a baciloscopia um dos índices epidemiológicos de maior relevância usado atualmente para expressar a magnitude do problema da tuberculose e sua tendência em uma comunidade. Outros pontos importantes são as ações das consultas médicas e de enfermagem, as visitas domiciliares, a proteção dos sadios com a vacina do Bacilo de Calmette Guérin (BCG), a busca ativa dos sintomáticos respiratórios e o controle dos comunicantes, que serão abordadas, posteriormente, segundo as normas atuais do Programa do Controle da Tuberculose (BRASIL, MS, 2002a; BRASIL, MS, 2002c; BRASIL, MS 2002d; BRASIL, MS, 2002e).

Deve-se destacar cinco fatores que influenciam a propagação da tuberculose: o caso fonte; o meio ambiente, incluindo a ventilação; duração e intensidade de exposição; o contato e o próprio bacilo da tuberculose (SEPKOWITZ, 1996). A transmissão da tuberculose está, diretamente, relacionada ao ambiente e de acordo com Veronesi (1991), ela depende da carga de bacilos eliminados pelo doente e da repetição dos contágios. Os doentes que eliminam uma maior quantidade de bacilos são aqueles que se encontram numa fase avançada da doença com lesões exsudativas, caseosas, ou escavadas. Ainda conforme o autor, é nos ambientes sociais e familiares, nos locais de trabalho e nas escolas que a convivência permite

as melhores condições para a repetição de contágios, fator esse também muito importante na propagação da doença. Para evitar a contaminação pelo bacilo da tuberculose, preconiza-se o isolamento do tipo respiratório.

As medidas de isolamento, para prevenir a propagação de doenças, são muito antigas. De acordo com Rodrigues et al. (1997), por volta de 1700, foram abertos, nos Estados Unidos, os “hospitais de febre” para prevenir a transmissão de epidemias, como a da febre amarela. Ao término da epidemia, esses hospitais foram fechados e as primeiras recomendações publicadas em literatura médica sobre isolamentos foram feitas em 1877. Nessa época, apesar da segregação dos pacientes, surgiram os problemas das infecções cruzadas, pois os doentes não eram separados pelo tipo de infecção, já que ainda não se tinha conhecimentos disso.

Em 1910, nos Estados Unidos, as práticas de isolamento foram alteradas pela introdução de “sistemas de cubículos” para o isolamento individual de pacientes, sendo introduzida a utilização de aventais separados, lavagem das mãos com soluções antissépticas e desinfecção dos objetos contaminados pelo paciente.

Em 1950, as enfermarias e hospitais de doenças transmissíveis começaram a fechar, e os pacientes com doenças transmissíveis passaram a ser atendidos em hospitais gerais. No final da década de 60, os hospitais de tuberculose foram sendo, na sua maioria, desativados e os pacientes com doenças transmissíveis começaram a ser internados nos hospitais gerais, em quartos únicos de isolamento ou mesmo em quartos normais e nas enfermarias. Essa mudança está relacionada com o surgimento das drogas anti-bacterianas que à época, conseguiram tratar de modo eficaz a doença.

Em 1976, verificou-se uma microepidemia em que um estudante infectou 64% de seus comunicantes, causando 15 novos casos da doença (REVES et al, 1981). Em outro estudo, Valway et al. (1998) apresentaram um caso em que, em uma pequena área rural dos

EUA, com baixo risco de tuberculose, um paciente contaminou 224 (68%) de 324 comunicantes, sendo que todos os seus comunicantes próximos, 28 pessoas, apresentavam prova tuberculínica positiva. Em dois anos após a infecção, 21 desenvolveram a doença e 13 pacientes através da análise do “finger print DNA” apresentaram amostras positivas. Os autores indagam se a maior virulência dessa cepa é a provável causa do maior poder de transmissão do bacilo, dada a rápida multiplicação desse em camundongos.

No caso específico da tuberculose, uma das formas de controlar a contagiosidade do paciente é submetendo-o, de imediato, à quimioterapia específica, que, em geral diminui, a contagiosidade rapidamente e torna o escarro negativo em algumas semanas, diminuindo, assim, o risco de contágio do comunicante.

Lemos (2001), em sua tese, estudou a prevalência e risco de tuberculose em contatos domiciliares e cita diversos outros estudos que demonstraram que o risco de infecção e de adoecimento por tuberculose, entre os comunicantes intradomiciliares de tuberculose é superior ao de outros comunicantes encontrados na comunidade. Esse autor concluiu que os contatos domiciliares de doentes com tuberculose, com baciloscopia do escarro positiva têm uma alta prevalência de TB-doença e estão expostos a um alto risco de infecção. O pesquisador expressou aspectos interessantes em relação **aos contatos de tuberculose** como se segue:

Na atualidade, a busca ativa de casos novos de tuberculose, através de contatos e de sintomáticos respiratórios, é uma ferramenta a ser usada por um programa de saúde pública, pois é crucial para descoberta e prevenção de novos casos. (...) Na investigação de contato muitas questões devem ser respondidas. A primeira delas é definir o que é um contato. Certamente, contatos são pessoas que estão em situações de risco diferentes, seja porque pertencem a grupos de maior risco-portadores de HIV, UDI, portadores de doenças com maior risco de adoecimento de tuberculose (diabetes, silicose) e crianças-, seja porque estão submetidos a uma exposição maior-contatos domiciliares, sem teto, prisioneiros e trabalhadores da saúde. Ambientes de trabalho (exceto área de saúde), escola e lazer são importantes, porém com menor risco de exposição (LEMOS, 2001, p. 33).

E baseando-se em Vidal (1996) o mesmo autor acrescenta que:

Outras questões a serem respondidas são, onde e quando ocorre a transmissão? Pode a tuberculose ser transmitida através de contato casual? Os pacientes com tuberculose são infecciosos por meses, semanas ou dias? A graduação da positividade da baciloscopia relaciona-se com maior ou menor infectividade? Qual a relação entre CI, o contato, o ambiente, e a combinação destes fatores? (p. 33-34).

Além disso, Lemos (2001, p. 34) afirma que:

Atualmente os programas de tuberculose estão avaliando o valor da investigação de contato. Isto requer considerar diversos aspectos, por exemplo: a) quando a investigação do contato deve ser feita? b) como pode esta investigação ser avaliada do ponto de vista epidemiológico e econômico? c) como fazer a investigação e que novas técnicas podem contribuir? e, d) qual a importância desta investigação na identificação de novas fontes de infecção?

E esse autor também complementa que se pode definir **investigação de contato**

[...] como uma intervenção ativa, realizada por profissionais de saúde, dirigida para a detecção de tuberculose infecção e doença, em pessoas que têm estado expostas a pacientes com uma forma contagiosa de tuberculose. Os contatos expostos a casos de tuberculose pulmonar recentemente diagnosticados são os mais susceptíveis e facilmente identificados como um grupo de alto risco para tuberculose (LEMOS, 2001, p. 34).

Nos países desenvolvidos e que possuem baixa prevalência de tuberculose a avaliação dos comunicantes é uma prioridade do programa, sejam eles domiciliares ou não. Nos EUA e Holanda é utilizada a abordagem do círculo concêntrico, modelo descrito como "stone-in-the-pond", em que o caso índice se localiza no centro do círculo e os seus comunicantes são divididos em níveis mais próximos ou mais distantes do centro, de acordo com o grau de intimidade (VEEN, 1992 apud LEMOS, 2001).

Dalley (2004), coloca que a genotipagem molecular revolucionou as habilidades para localizar as cepas de *M. tuberculosis* como se espalham na comunidade. A investigação ou o rastreamento de contato é uma das principais prioridades dos PCTs, ficando atrás da descoberta do caso e o tratamento. O autor ainda afirma que se os métodos de genotipagem

forem rápidos e as entrevistas de contatos, provavelmente, tornar-se-ão um elemento muito importante das atividades de controle e prevenção da tuberculose no futuro.

No entanto os países mais pobres, como já vimos, concentram o maior número de casos da doença, e onde o controle dos comunicantes e a adoção de medidas preventivas deveriam beneficiar um maior número de pessoas, prioriza-se os escassos recursos, apenas, para a detecção e tratamento dos bacilíferos.

Portanto, cada país adota suas normas específicas para o controle da tuberculose, incluindo nelas o controle dos comunicantes, que é uma atividade fundamental e deve fazer parte da rotina de todas as unidades de saúde que atendem tuberculose, sobretudo, as que são referências para essa atividade.

3.3. A EVOLUÇÃO DAS MEDIDAS DE CONTROLE DOS COMUNICANTES DE DOENTES DE TUBERCULOSE NO BRASIL DE 1984 A 2004.

Os PCTs incluem medidas de busca de casos, diagnóstico e tratamento, quimioprevenção (QP) e medidas de prevenção e vacinação com Bacilo de Calmette Guérin-intradérmico (BCG-ID) dos indivíduos sadios, mediante o uso de ações adequadas dos conhecimentos técnicos e científicos e dos recursos disponíveis, tendo por objetivo o controle da doença. A seguir, apresentar-se-á a evolução das medidas de controle dos comunicantes no período estabelecido.

O manual de normas para o controle da tuberculose do Ministério da Saúde de 1984 definia comunicantes ou contatos como sendo "todas as pessoas, parentes ou não, que coabitam com o paciente tuberculoso" (BRASIL, MS. 1984, p. 23). Segundo esse manual, eles deveriam ser submetidos aos seguintes exames:

Exame de escarro – quando sintomático respiratório; prova tuberculínica – quando não vacinados com BCG-ID, menores de 5 anos; exame radiológico, quando possível (BRASIL, MS, 1984, p. 11).

Dependendo dos resultados dos exames, deveriam ser adotadas as seguintes medidas em relação aos **comunicantes de doentes de tuberculose**:

[...] positivos à baciloscopia: **submeter a tratamento**; negativos à baciloscopia com qualquer resultado de prova tuberculínica, portador de imagem radiológica sugestiva de tuberculose: **estudo clínico do caso**; apenas reator forte à prova tuberculínica, de 0 a 4 anos de idade (não vacinados com BCG): **quimioprofilaxia**; apenas reator forte com mais de 4 anos de idade (não vacinados com BCG): **orientação para procurar a unidade de saúde em caso de surgimento de sintomatologia respiratória**, não reator de 0 a 4 anos: **vacinação BCG intradérmica** (BRASIL, MS, 1984, p. 11).

Quanto à prova tuberculínica (PT), ela estava indicada como método auxiliar de diagnóstico da tuberculose, em pessoas não vacinadas com BCG-ID. A PT positiva, isoladamente, não diagnostica a doença tuberculose. A tuberculínica utilizada no Brasil é PPD-RT 23, aplicada por via intradérmica, empregada na dose de 0,1mL equivalente a 2 UT. A leitura, preconizada por meio da medida da endureção, de 72 a 96 horas após aplicação, deve ter o resultado registrado em milímetro, sendo classificado como:

[...] não reatores, menos de 5 mm de endureção; reatores fracos, entre 5 e 9 mm; reatores fortes, 10 mm e mais de endureção. Consideram-se: não reatores, indivíduos não infectados pelo bacilo da tuberculose, analérgicos ou apresentando reações inespecíficas; reatores fracos, indivíduos infectados pelo bacilo da tuberculose ou por outras micobactérias; reatores fortes, indivíduos infectados pelo bacilo da tuberculose doente ou não (BRASIL, MS, 1984, p. 9-10).

A quimioprofilaxia consistia na administração de isoniazida na dose de 10 mg/kg de peso diariamente por 6 meses; era indicada para os comunicantes de bacilíferos, menores de 5 anos, reatores (não vacinados com BCG) à prova tuberculínica, normais aos raios X e sem sintomatologia clínica compatível com tuberculose (BRASIL, MS, 1984).

Em 1989, o Ministério da Saúde publicou outro Manual de Normas para o Controle da Tuberculose, confirmando que, em relação ao controle dos comunicantes, mantêm-se as condutas preconizadas em 1984, conforme já foram mencionadas (BRASIL, MS, 1989).

Em 1994, com na publicação do "Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço", **comunicante** foi definido como "qualquer pessoa que conviva com o caso-índice (o doente descoberto) no lar ou em outro ambiente, preferencialmente fechado, por período longo, diariamente" (BRASIL, MS, 1994, p. 48). No entanto, nesse mesmo material, comunicante também foi compreendido como "todas as pessoas, parentes ou não, que coabitam com um paciente com tuberculose" (BRASIL, MS, 1994, p. 94). Nesse manual, consta que os comunicantes de doentes bacilíferos têm maior risco de adoecer de tuberculose e que se deveria seguir as seguintes normas: baciloscopia do escarro, quando fosse sintomático respiratório, PT quanto tivesse menos de cinco anos não vacinados com vacina BCG e exame radiológico quando houvesse disponibilidade deste recurso. Ainda, no mesmo, há uma descrição do controle dos comunicantes como se segue: inicialmente, o exame dos comunicantes deveria incluir a pesquisa da existência de sinais e sintomas que indicassem a presença de infecção. Também, consta que em menores de 5 anos, portadores de sinais e sintomas, deveria ser feita uma radiografia do tórax, sempre, que houvesse essa possibilidade. As crianças não vacinadas com vacina BCG-ID deveriam fazer a PT. Os reatores fortes, assintomáticos, com RX normal, deveriam ser submetidos à quimioprofilaxia. Os não reatores poderiam ser vacinados com BCG-ID imediatamente, como poderiam ser novamente testados com PT após 20 dias. Se no segundo teste fosse não reator, então, eles seriam vacinados com a vacina BCG, já as crianças vacinadas e com RX normal e assintomática deveriam ser levadas à unidade de saúde caso apresentasse qualquer alteração. As crianças sintomáticas e/ou com alterações radiológicas deveriam ser tratadas caso o diagnóstico da tuberculose fosse confirmado. Os sintomáticos, cujos exames não sugerissem doença em atividade, deveriam ser reavaliados quando necessário. Os maiores de cinco anos deveriam ser examinados clinicamente e, quando fosse necessário, ser submetidos a exames complementares: no caso de sintomático respiratório, deveria fazer a baciloscopia do escarro;

quando a baciloscopia fosse repetidamente negativa, deveria ser feito os RX de tórax. Além disso, os assintomáticos deveriam ser orientados e acompanhados pela unidade de saúde.

Com a perspectiva de aumento do número casos de tuberculose em decorrência da interação com a epidemia da AIDS e o aparecimento de cepas resistentes às drogas utilizadas para o controle da tuberculose, o PNCT recomendou a quimioprofilaxia para indivíduos soropositivos para HIV, nos casos de PT reator assintomático (PT com + 5mm de endureção) e PT não reator – acompanhar sob exames laboratoriais imunológicos, sempre que possível com contagem de CD-4 (BRASIL, MS, 1994).

Em relação à vacina BCG, o Brasil mantinha as recomendações da OMS de:

[...] vacinar todas as crianças assintomáticas independentemente de serem soro positivas ou soro negativas para HIV ou filhos de mãe soro positivas. A vacina BCG está contra-indicada apenas em crianças soropositivas para HIV que apresentem sinais e sintomas de SIDA/AIDS (BRASIL, MS, 1994, p. 119).

Quanto à quimioprofilaxia primária, estava indicada nos recém-nascidos, comunicantes bacilíferos, que não podiam ser afastados do domicílio. Então, a isoniazida era utilizada por 3 meses e, após esse período, estando a fonte de infecção negativa, fazia-se a PT. Se a PT fosse reatora, mantinha-se a isoniazida até completar os 6 meses; se não fosse reatora, suspendia-se a isoniazida e aplicava-se a vacina BCG-ID. Já a quimioprofilaxia secundária era indicada, entre outras situações, para crianças menores de cinco anos comunicantes de bacilíferos, assintomáticas, não vacinadas com BCG-ID, RX de tórax normal reator forte ou fraco a PT (BRASIL, MS, 1994).

No ano de 1995, o PNCT foi submetido à nova avaliação, ocorrendo modificações para o controle do comunicante. No novo Manual de Normas para o Controle da Tuberculose, manteve-se a segunda definição apresentada no manual anterior, sendo redigida no singular e substituindo a palavra "paciente" para "doente". Em relação ao controle dos comunicantes, colocava que todos deveriam comparecer à unidade de saúde

para exame; quando fosse sintomático respiratório, deveria ser aplicado a rotina prevista para o diagnóstico da tuberculose. Assim como deveria ser realizado RX de tórax em todos os comunicantes assintomáticos quando houvesse disponibilidade desse recurso. Quanto às condutas frente aos comunicantes menores de 5 anos e ou maiores de 5 anos e mais foram mantidas consoante a norma de 1994. Quanto à vacinação com BCG, esse manual a recomenda para os "trabalhadores de saúde não reatores à prova tuberculínica que atendem, habitualmente, tuberculose e AIDS" (BRASIL, MS, 1995, p.25). Em relação à quimioprofilaxia dos comunicantes de bacilíferos menores de 5 anos e de recém-nascidos coabitantes de foco bacilífero, o manual manteve as mesmas recomendações daquele de 1994. Já em relação aos indivíduos soropositivos para HIV, a quimioprofilaxia estava indicada para os seguintes casos:

[...] comunicantes intradomiciliares ou institucionais de pacientes bacilíferos, independentemente de prova tuberculínica; reatores ao PPD (induração de 5 mm ou mais) e assintomáticos; não reatores ao PPD (induração menor de 5 mm) com CD4 menor que 350 células/mm³ ou linfócitos totais menor que 1000 células/mm³; e portadores de lesões radiológicas cicatríciais ou com registro documental de ter sido reator ao PPD. Imunodeprimidos por uso de drogas ou por doenças imunossupressoras e comunicantes intradomiciliares de bacilíferos, sob criteriosa decisão médica (BRASIL, MS, 1995, p. 27).

Em 1996, por ocasião do lançamento do Plano Emergencial (PE) para o Controle da Tuberculose para os 230 municípios prioritários, estavam previstas, em relação aos comunicantes, as seguintes condutas:

[...] implementação da busca de casos, a partir da identificação de sintomáticos respiratórios da demanda espontânea ou referenciada para consulta na unidade;
implantação da busca de casos pelo exame bacteriológico de todos os sintomáticos respiratórios;
implementação da busca de casos, pelo exame de comunicantes de casos de tuberculose de todas as formas (BRASIL, MS, 1999, p.33).

Em 1997, durante o I Consenso Brasileiro de Tuberculose, a maioria dos participantes decidiu substituir a denominação "comunicante" para "contactante". Nesse

evento, discutiu-se três questões sobre os contactantes: 1) Qual o conceito de contactante? 2) Quais seriam os contactantes prioritários para ações dos programas de tuberculose? 3) Como operacionalizar o controle e aderência dos contactantes? (I CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1997, p. 336). Contactante foi definido como "toda pessoa que convive com um doente de tuberculose" (I CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1997, p. 337). E esse foi classificado em:

Intradomiciliar: toda pessoa que coabita com um doente de tuberculose;
Extradomiciliar: toda pessoa que compartilha com o doente de tuberculose de ambientes comuns, sejam ambientes de lazer ou trabalho (escola, escritório) ou ambientes institucionais (presídios, manicômios, hospitais) (I CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1997, p. 337).

Quanto à prioridade na avaliação de contactantes:

a) Contactantes intradomiciliares sintomáticos de pacientes com tuberculose pulmonar bacilífera; b) menores de 15 anos e maiores de 60 anos; c) contactantes portadores de condições predisponentes ao adoecimento (infecção pelo HIV, diabetes, outras imunodeficiências); d) comunicantes extradomiciliares institucionais (I CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1997, p. 337).

Em relação à investigação dos contactos intradomiciliares ou outros em situação de risco eles:

- são subdivididos em 2 grupos: igual ou maior de 15 anos e menor de 15 anos;
- cada subgrupo é subdividido segundo a presença ou ausência de sintomas;
- Os assintomáticos > de 15 anos são observados. Nos < de 15 anos verifica-se se têm ou não cicatriz vacinal de BCG. Se presente, permanecem em observação; e se ausente, fazem o teste tuberculínico e seguem a sequência recomendada no algoritmo. A quimioprofilaxia no contactante assintomático, que não usou BCG e apresenta PPD não reator, poderá ser indicada com duas finalidades: prevenir o adoecimento e favorecer a aderência nos três meses seguintes;
- Os contactantes sintomáticos de qualquer idade serão investigados para tuberculose (I CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1997, p. 337-338).

Assim, ficou estabelecido o algoritmo para investigação de contactantes intradomiciliares:

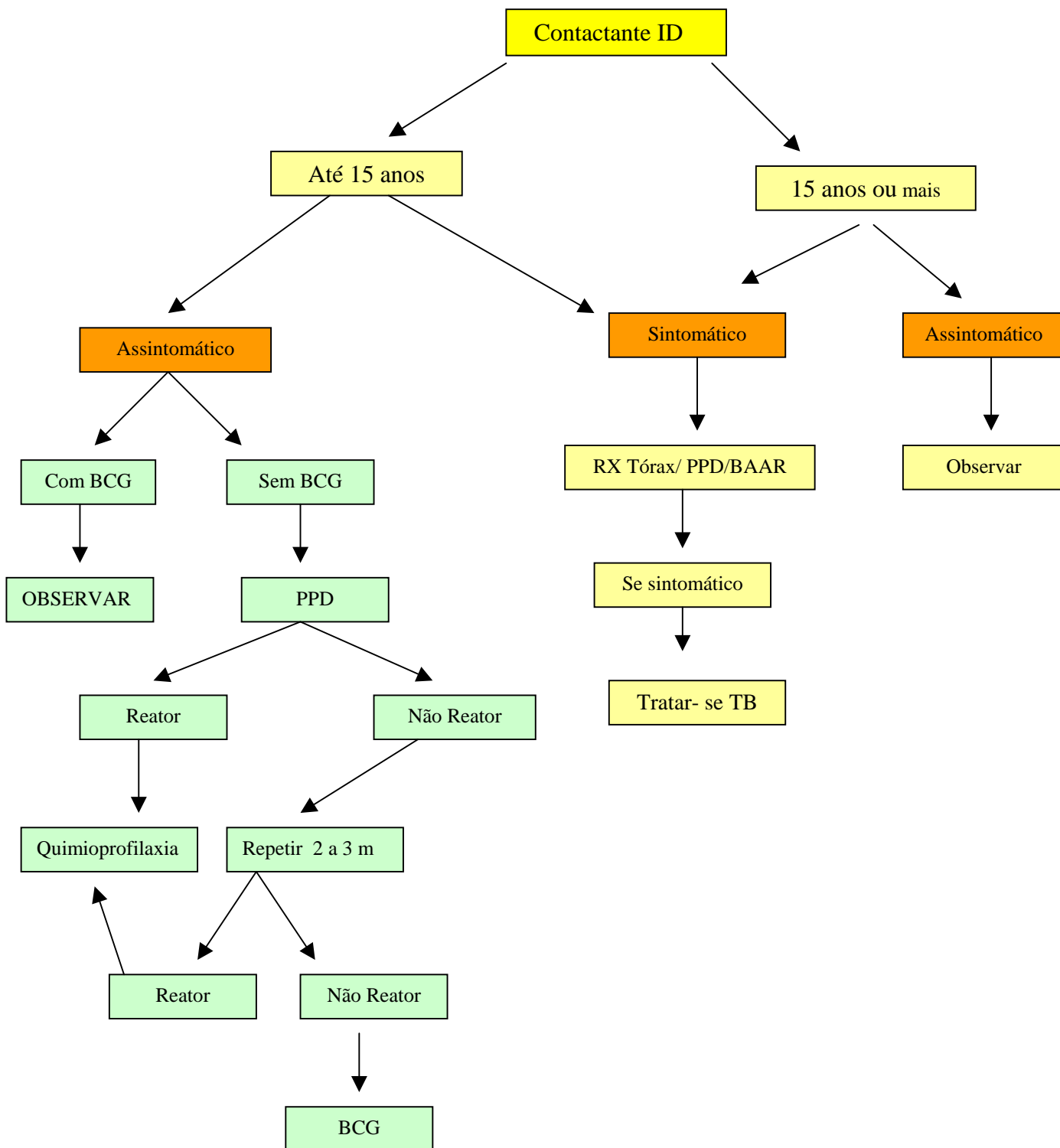


Figura 1. Algoritmo para investigação de contactantes intradomiciliares

Fonte: I Consenso Brasileiro de Tuberculose. *Jornal de Pneumologia*, v. 23, n.6, p. 338. 1997.(I CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1997, p. 338)

Em 1998, como já citamos, foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, o qual, em relação aos **comunicantes**, menciona que na procura de casos deveria:

Identificar o sintomático respiratório entre consultantes.
Examinar com baciloscopia os sintomáticos respiratórios identificados.
Identificar e examinar os comunicantes do caso de Tuberculose.
Examinar os sintomáticos respiratórios com baciloscopias repetidamente negativas com Raio-X e/ou cultura de escarro (BRASIL, MS, 1999, p. 41).

Neste plano, também, estava preconizada a proteção dos sadios com a vacina BCG e a quimioprofilaxia.

Em 2002, o Ministério da Saúde publica vários documentos sobre tuberculose (BRASIL, MS, 2002a; BRASIL, MS, 2002c; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e), os quais constituem-se em importantes instrumentos de pesquisa para os profissionais de saúde, destacando a importância da vigilância dos comunicantes/contatos, como serão apresentadas a seguir.

O Manual de Controle da Tuberculose – Uma Proposta de Integração Ensino - Serviço (BRASIL, MS, 2002a), quanto à definição de comunicante de doentes de tuberculose, mantém-se as definições dos manuais de 1984 e 1995.

O quadro abaixo dispõe as condutas com as pessoas, contatos de tuberculose de acordo com os resultados de exames utilizados para o diagnóstico de tuberculose:

QUADRO I: Conduta com as pessoas, contatos de tuberculose segundo os resultados de 0 exames.

Resultados de exames	Conduta
Rx tórax sem alteração PPD não reator Sem escarro e/ou BAAR negativo	Aplicar vacina BCG-ID em menores de 15 anos não vacinado Risco de TB* - aplicar vacina BCG-ID Orientar sobre aparecimento de sintomático respiratório
Rx tórax sem alteração PPD reator Sem escarro e/ou BARR negativo	Quimioprofilaxia: Menor 15 anos não vacinado com BCG-ID Pessoa HIV positiva*** Grupo de risco para TB****
Rx tórax com alteração PPD reator Sem escarro e /ou BAAR negativa	Contato de TB: Diagnóstico de probabilidade: Quimioterapia Não contato de TB***** Esclarecer diagnóstico
Rx tórax com alteração PPD não reator Sem escarro e/ou BAAR negativo	Esclarecer diagnóstico
Rx tórax com alteração PPD reator ou não reator BAAR positivo	Quimioterapia

*Risco de TB: trabalhador de saúde, albergados, asilados. Fazer a sorologia para HIV antes da vacina.

**Avaliar o custo-benefício: idade, uso álcool, uso de drogas hepatotóxicas, adesão ao tratamento.

***reator fortet para HIV positivo, para fins de quimioprofilaxia, considerar 5 mm ou mais.

**** Diabéticos, uso de drogas imunossupressoras.

***** Avaliar tuberculose passada e possibilidade de ser residual.

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5 ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 178 p. (BRASIL, MS,2002a, p.67).

O Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2002c, p. 843) coloca que:

[...] o controle de contactantes, é indicado prioritariamente para os contatos que convivam com doentes bacilíferos, especialmente os intradomiciliares, por apresentarem maior probabilidade de adoecimento, e nos adultos que convivam com doentes menores de cinco anos, para identificação da possível fonte de infecção.

Veja-se, a seguir, o algoritmo de avaliação de contatos domiciliares de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva conforme consta nesse guia:

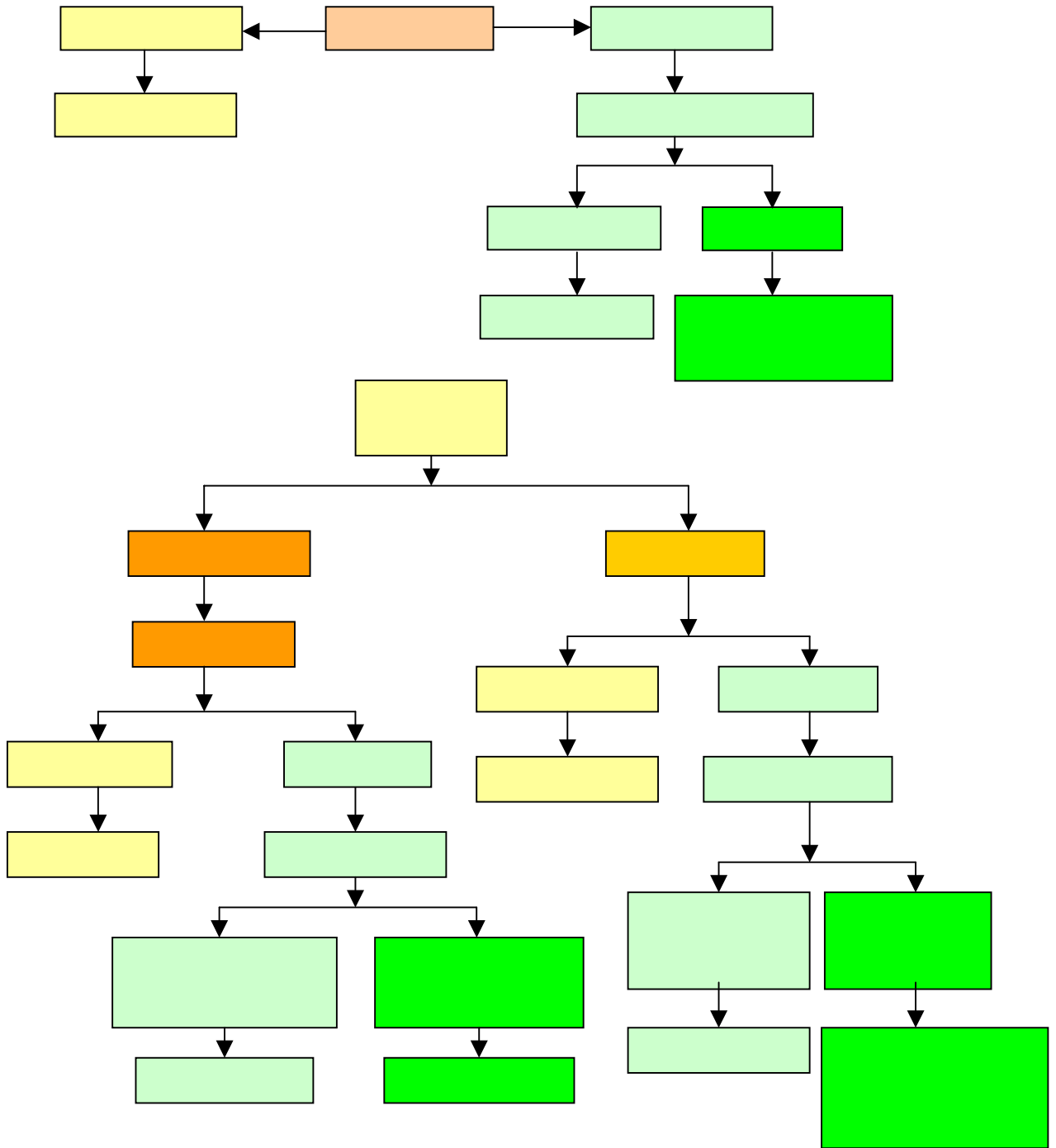


Figura 2. Avaliação dos comunicantes domiciliares de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília 2002. (BRASIL, MS, 2002d, p.37)

Nesse algoritmo, verificamos que em caso de crianças com até 15 anos, não vacinadas, devem realizar a PT. Se a PT for não reator, deve ser feita a vacinação com o BCG. Sendo reator, é solicitado telerradiografia de tórax que, se sugestivo de TB e com sintomas clínicos deve ser encaminhado para tratamento. Crianças com raios-x normal e sem sintomas clínicos devem ser encaminhadas para quimioprofilaxia. Crianças vacinadas assintomáticas devem receber, apenas, orientação. Crianças com cicatriz vacinal sintomáticas, quando houver escarro, deve ser realizada baciloscopia e solicitado raios-x de tórax que, quando sugestivo de TB e com sintomas clínicos, devem ser encaminhadas para tratamento. Em caso de raios/x normal e sem sintomas clínicos, devem ser orientadas com medicação sintomática e acompanhamento. Para avaliação de comunicantes adultos, as diretrizes preconizam que quando assintomáticos, se possível, realizar raios-x de tórax e fazer orientação e quando sintomáticos, realizar baciloscopia. No casos de comunicantes adultos com baciloscopia negativa, devem ser orientados e com baciloscopia positiva, encaminhados para tratamento.

Assim, podemos verificar que as indicações da quimioprofilaxia foram mantidas para os recém-nascidos coabitantes de foco bacilífero, conforme já constava no Manual de Normas para o Controle da Tuberculose (BRASIL, MS, 1995), havendo, apenas, uma modificação, pois enquanto nele constava a indicação da quimioprofilaxia para crianças menores de cinco anos, no novo material, a indicação passou a ser para crianças menores de 15 anos, não vacinadas com BCG, que tiveram contato com um caso de tuberculose pulmonar bacilífera, sem sinais compatíveis de TB-doença, reatores à PT de 10 mm ou mais. Na eventualidade de contágio recente, a sensibilidade à tuberculina pode não estar exteriorizada, sendo negativa a resposta, devendo-se, portanto, repetir a PT em 40 a 60 dias. A maioria das outras indicações de quimioprofilaxia não eram mencionadas nos manuais anteriores.

Quanto à quimioprofilaxia, esta deve ser administrada a pessoas infectadas pelo *M. tuberculosis*, com a isoniazida na dosagem de 10 mg/Kg de peso, com total máximo de 300mg, diariamente, durante seis meses. Em recomendações dos manuais anteriores, a dosagem máxima da isoniazida era de 400 mg. As indicações da quimioprofilaxia são:

- a) Recém-nascidos coabitantes de foco bacilífero. A isoniazida é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a prova tuberculínica. Se a criança for reatora, mantém-se a isoniazida até completar 6 meses; se não for reatora, suspende-se a droga e aplica-se a vacina-se com BCG.
- b) Indivíduos com viragem tuberculínica recente (até 12 meses), isto é, que tiveram um aumento na resposta tuberculínica de, no mínimo, 10 mm.
- c) População indígena. Neste grupo, a quimioprofilaxia está em todo o contato de tuberculose bacilífero, reator forte ao PPD, independente da idade e do estado vacinal, após avaliação clínica e afastada a possibilidade de tuberculose-doença, através de baciloscopia e do exame radiológico.
- d) Imunodeprimidos por uso de drogas ou por doença imunodepressoras e contatos intradomiciliares de tuberculosos, sob criteriosa decisão médica.
- e) Reatores fortes à tuberculina, sem sinais de tuberculose ativa, mas com condições clínicas associadas a alto risco de desenvolvê-la, como: alcoolismo, diabetes, insulino dependente, silicose, nefropatias graves, sarcoidose, linfomas, pacientes com uso prolongado de corticoesteróide em dose de imunodepressão, pacientes submetidos à quimioterapia anticoplásica, pacientes submetidos a tratamento com imunodepressores, portadores de imagens radiográficas compatíveis com tuberculose inativa, sem história de quimioterapia prévia. Estes casos deverão ser encaminhados a uma unidade de referência para a tuberculose.
- g) Co-infectados HIV e *M. tuberculosis* - este grupo deve ser submetido a prova tuberculínica, sendo de 5 mm em vez de 10 mm, o limite da reação ao PPD, para considerar-se uma pessoa infectada pelo *M. tuberculosis* (BRASIL, 2002c, p. 844-45).

A quimioprofilaxia para tuberculose em pacientes HIV deve ser realizada, segundo indicações abaixo:

[...] com radiografia de torax normal – 1) reação ao PPD maior ou igual a 5 mm; 2) **contados intradomiciliares** de tuberculose bacilífera; 3) com PPD não reator ou com endureção entre 0-4 mm, com registro de ter sido reator ao teste tuberculínico e não submetido a tratamento ou quimioprofilaxi; com radiografia de tórax anormal: presença de cicatriz radiológica de tuberculose sem tratamento anterior – afastar a possibilidade de tuberculose ativa através de exames de escarro e radiografias anteriores – independentemente do resultado do teste tuberculínico (BRASIL, MS, 2002c, p. 845).

O Guia de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose (BRASIL, 2002d, p. 11) define contatos como "toda pessoa que coabita com um doente de tuberculose", constituindo-se um grupo para o qual se recomenda uma atitude de busca ativa.

Quanto ao controle dos contatos, este guia preconiza que todos os contatos, prioritariamente dos pacientes pulmonares positivos, devem comparecer à unidade de saúde para exame. Concordando em grande parte com o Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2002c, p. 41), acrescentando o uso de quimioprofilaxia para crianças menores de 15 anos.

[...] sem sinais compatíveis com tuberculose ativa, contato de tuberculosos bacilíferos, não vacinadas com BCG e reatoras à tuberculina de 10 e mais mm; crianças vacinadas com BCG, mas com resposta tuberculínica igual ou superior a 15 mm.

No Manual Técnico para o Controle da Tuberculose de 2002 (BRASIL, MS, 2002e, p. 34) está preconizado que:

Todos os contatos dos doentes de tuberculose, especialmente os intradomiciliares, devem comparecer à unidade de saúde para exame: os sintomáticos respiratórios deverão submeter-se à rotina prevista para o diagnóstico de tuberculose; os assintomáticos deverão realizar radiografia de tórax quando houver disponibilidade desse recurso.

Desse modo, esse documento contém as recomendações para o controle dos contatos domiciliares de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva que consta no Guia de Vigilância Epidemiológica de Tuberculose de 2002 (BRASIL, MS, 2002d), assim como, mantém a normatização quanto à quimioprofilaxia, diferindo apenas na sua indicação em crianças menores de 15 anos, pois, nesse documento, ela tem a seguinte redação:

Crianças menores de 15 anos, não vacinadas com BCG, que tiverem contato com um caso de tuberculose pulmonar bacilífera, sem sinais compatíveis de tuberculose doença, reatoras à tuberculina de 10 mm ou mais (BRASIL 2002e, p. 37).

Em julho de 2004, realizou-se, em Brasília, o 1º Congresso Brasileiro de Tuberculose, promovido pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. A programação trouxe discussões sobre o controle dos comunicantes; tal assunto foi abordado desde a sessão de abertura, permeando as apresentações de algumas conferências, mesas redondas e temas livres, sendo considerado fundamental ou importante por diversos palestrantes.

A II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose, elaboradas pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) em 2004, baseou-se nas recomendações do I Consenso Brasileiro de Tuberculose de 1997, na publicação do manual: “Controle da Tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço” (BRASIL, MS, 2002a) e nas normas estabelecidas no Guia de Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde de 2002 (BRASIL, MS, 2002d).

A proposta de conduta em crianças comunicantes de doentes de tuberculose preconizada é que, na criança, pode ser realizado o diagnóstico a partir de exame clínico, achados radiológicos e a prova tuberculínica, independente, de cicatriz vacinal. A história de contato com adulto doente de TB, bacilífero ou não, deve ser valorizada, principalmente, nas crianças até a idade escolar, pelo maior tempo de exposição com o foco transmissor. Apresentado no algoritmo abaixo:

5. Implantar cultura de escarro com teste de sensibilidade às drogas para: os casos de retratamento; para os pacientes infectados pelo HIV, pacientes suspeitos de TB e negativos à baciloscopia;
6. Oferecer o teste sorológico anti-HIV a todo paciente com diagnóstico confirmado de tuberculose, e garantir o aconselhamento pela própria equipe quando não for possível encaminhar para o CTA;
7. Implantar a baciloscopia em todas as UBSs com PCT que não desenvolvem estas atividades, principalmente nos municípios prioritários e certificar laboratórios colaboradores;
8. Implantar a investigação estratégica de busca ativa de TB na demanda de hospitais de urgência e emergência nos grandes centros urbanos, em grupos de maior risco, tais como indígenas, albergados, alcoólatras, população prisional, moradores de rua e de áreas de risco da adscrição territorial das unidades de saúde e em todos os comunicantes de pacientes bacilíferos; e
9. Intensificar o exame de comunicantes de todos os pacientes de TB (BRASIL, MS, 2004, p.6).

Após todas essas considerações, é preciso esclarecer que a expressão “Controle de Comunicantes” deve ser entendida de uma forma bem ampla e deve incluir a proteção desses quanto à possibilidade de transmissão do bacilo da tuberculose. Essa proteção deve envolver o uso de medicamentos, como é o caso da quimioprofilaxia com isoniazida, com também a ação específica da equipe de saúde.

A medida mais eficaz para a prevenção da tuberculose, tanto no adulto quanto na criança, é a busca sistemática de casos, uma ação capaz de realizar um diagnóstico oportuno e, assim, reduzir a disseminação de bacilos na comunidade. Os grupos prioritários para a busca de casos são os comunicantes de doentes com tuberculose, pessoa soro-reativas para HIV, indivíduos com sintomas respiratórios há mais de 3 semanas, pessoas que vivem em instituições e os trabalhadores da saúde que deverão realizar exames, como baciloscopia, teste tuberculínico e radiografia de tórax para descobrir os casos novos e tratá-los, identificando, assim, as pessoas com maior risco de adoecimento, para as quais estão indicadas a quimioprofilaxia ou a vacina BCG (NATAL, 2000).

Outra questão importante é a descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose para todos os serviços de saúde, integrando-as nos serviços básicos de saúde, ou seja, modificando o modelo tradicional verticalizado do programa, horizontalizando-o. De

acordo com Mendes (2001), a descentralização do serviço de saúde apresenta fortalezas e debilidades. As fortalezas são a maior eficiência alocativa pela influência dos usuários locais, inovação e adaptação às condições locais, maior qualidade, transparência, responsabilidade e legitimidade derivadas da participação da população no processo de tomada de decisão, maior integração entre agências governamentais e não governamentais e melhoria das atividades intersetoriais. Por outro lado, as principais debilidades apresentadas no processo de descentralização mostram que ela não tem sido capaz de concretizar os objetivos da equidade no acesso, no aumento da eficiência, na melhoria da qualidade, dificuldade de coordenação e desestruturação de programas verticais de saúde pública.

Ruffino-Netto (2002, p. 57), ao analisar o controle da tuberculose no Brasil, aponta:

Há problemas sérios na área da saúde pública. O primeiro deles é a continuidade dos programas. O segundo, a adequação das propostas. Às vezes, as propostas focalizam o problema da tuberculose como se ele representasse apenas um somatório das tuberculososes existentes, mas na realidade, o problema inclui fundamentalmente a área social. Para o tuberculoso, a solução implica o uso de esquemas terapêuticos eficazes (tipo RMP + INZ + PZA). Para a tuberculose, a solução exige programas que visem uma qualidade de vida mais adequada.

Esse autor defende o diálogo entre as universidades e os serviços de saúde pública sobre a tuberculose. Segundo ele, caberia à universidade colaborar com orientação metodológica e apontar novos caminhos para o problema, novas técnicas diagnósticas, ampliar estudos epidemiológicos para enfrentar os novos desafios neste novo século: "diagnósticos mais rápidos, MDR, estudos sobre custo/benefício, adesão ao tratamento, novas vacinas, novas estratégias pós-genomas, novos modelos explicativos para a doença"(RUFFINO- NETTO, 2002, p.57). Quanto ao Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde, caberiam apoiar as universidades, com recursos financeiros para as pesquisas operacionais. Acredita-se que seja oportuno refletir sobre o ensino da tuberculose, nas faculdades de enfermagem e medicina, para o sucesso do controle da tuberculose como parte

integrante dos serviços gerais de saúde e para aumentar o conhecimento sobre a mesma nos serviços de saúde.

No Brasil, o processo de integração das ações de controle da tuberculose, ainda, evolui lentamente. De acordo com o Ministério da Saúde, a cobertura geográfica é abrangente, pois partiu de 17% dos municípios na década de 70 para cerca de 80%, atualmente. No entanto, em 1998, apenas 27,6% dos estabelecimentos do sistema público integravam o PCT, sendo, em sua maioria, Centros de Saúde. O próximo passo, que já está em processo de implantação, é o da integração das atividades de controle da tuberculose para todos as unidades de saúde, principalmente, por meio das equipes de saúde da família (BRASIL, MS, 2002a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípio central a integralidade das ações, assegurando a todo brasileiro que a complexidade de seu problema será resolvido em todos os aspectos. A estratégia para melhor cumpri-los é o da descentralização de recursos para os municípios, onde as pessoas vivem e trabalham. A outra estratégia é a da hierarquização tecnológica e científica, de modo a garantir o acesso dos indivíduos aos benefícios do avanço da ciência e tecnologia. A referência e contra-referência, na qual todo indivíduo que demanda serviços básicos, que cuidam, permanentemente, de sua saúde, terá garantido o acesso a recursos mais complexos, devendo retornar, uma vez resolvidos seus problemas.

A recomendação feita pelo PNCT defende a utilização dos princípios do SUS acima citados, mas o que se observa, na prática dos serviços de saúde, em relação ao controle da tuberculose, é a dificuldade de descentralização das ações para toda rede básica de saúde. Os municípios que enfrentam dificuldades na descentralização das ações do PCT para a rede básica desenvolvem as atividades, nas unidades ambulatoriais que prestam serviços de médio ou alto grau de complexidade, os Centros de Referência Regional.

Na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), instrumento normativo da descentralização do Sistema Único de Saúde, consta um elenco de ações do PCT a serem desenvolvidas na Atenção Básica, entre elas, a **pesquisa de comunicantes** (BRASIL, MS, 2002f).

A seguir, deverá ser apresentada a trajetória metodológica dessa pesquisa reconhecendo que a historicidade acima descrita sobre as medidas de controle dos comunicantes de doentes de tuberculose não pode ser entendida como definitiva, podendo ser complementada de acordo com a evolução das normas que vierem a ser expedidas pelos órgãos oficiais de saúde do país ou do Estado de São Paulo. Nesta tese, ela serve como parte do quadro teórico que beneficiará a análise dos dados.

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Esse é um estudo de natureza epidemiológica, descritiva e retrospectiva, realizado com base em um levantamento de análise documental, de observação livre, e entrevista semi-estruturada com os profissionais que atuam no PCT no NGA-60 de São José do Rio Preto.

O estudo epidemiológico é descritivo e explicativo, utilizado em pesquisas que visam conseguir informações sobre um determinado fenômeno em função do tempo, espaço e de fatos circunstâncias, determinando os aspectos relacionados, o ponto central da questão e a magnitude do problema, de forma a obter subsídios para proposição de ações de intervenção (ROUQUAYROL, 1994; PEREIRA, 1999; MEDRONHO, 2002).

4.2. LOCAL DO ESTUDO

4.2.1 INFORMAÇÕES GERAIS DO MUNICÍPIO

O município de São José do Rio Preto localiza-se ao norte do Estado de São Paulo, a cerca de 452 km da capital do Estado. Classificado como município de médio porte, registra uma população de 378.780 habitantes, onde 48,7% são do sexo masculino e 51,3% do feminino; a população economicamente ativa é de 141.876, quase metade da população com uma renda de 1 a 3 salários mínimos (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2002).

A raça negra constitui 15,27% da população, 12,24% são mestiços, 0,9% são da raça amarela e 71,59 é branca, constituída de descendentes portugueses, italianos, libaneses e espanhóis. Observou-se que, nas últimas décadas, não foram registradas grandes variações populacionais, sendo que a taxa de crescimento está em declínio uma vez que passou dos 3,76% ano, na década de oitenta, para os atuais 2,61%, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (IBGE, 2000).

A taxa de natalidade anual é de 1,50% de modo que o contingente migratório é pequeno. A taxa de analfabetismo, para maiores de 5 anos, é de 9,20% da população. Com um

alto nível de urbanização (95%), a cidade conta com 99.238 residências domiciliares, sendo 88.971 ocupadas, portanto, há 3,7 habitantes por residência (IBGE, 2000).

A cidade é sede da 8ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, que envolve 96 municípios. Cerca de 13 mil habitantes de Rio Preto moram na zona rural. A cidade abriga, ainda, um contingente flutuante de, aproximadamente, 2 milhões de pessoas. Também é sede da Direção Regional de Saúde (DIR-XXII) que abrange 101 municípios. Está entre as cidades brasileiras com melhor qualidade de vida. O município está entre os 30 mais dinâmicos do Brasil, conforme pesquisa da Gazeta Mercantil. Seus indicadores sócioeconômicos e de qualidade de vida estão acima da média da maioria das cidades brasileiras e sua renda “per capita” é superior a R\$ 10 mil/ano, o que é semelhante a renda de países desenvolvidos (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2002).

A cidade está subdividida em 14 áreas administrativas e os Distritos de Engenheiro Schmidt, Talhados e Ipiгуá. O município tem sua economia direcionada, principalmente à agropecuária, ao comércio atacadista e varejista, à prestação de serviços, pequenas e médias indústrias, além de ser um centro universitário.

O abastecimento de água tratada ocorre em 99,57%, escoamento sanitário em 99,24%, a coleta de lixo em 99,26% (IBGE/SEPLAN- Estimativa e Projeção, 2002). O índice de esperança de vida ao nascer é 0,7703 e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,8742 (IBGE, 2000) considerado muito bom comparando com outros municípios do Brasil.

A localização privilegiada no sistema viário regional e sua consolidação urbana fez com que São José do Rio Preto assumisse a posição de cidade pólo. Esse fato também trouxe vários problemas típicos da metropolização como: crescimento disperso em áreas limítrofes à cidade, com precárias condições de estrutura e de vida, além de surgir nos municípios vizinhos “cidades dormitórios que, por esse motivo, tem geração de empregos mais lentos.

O município adotou a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde no processo de descentralização, de acordo com a Norma Operacional de Assistência (NOAS 01/2002). O Sistema Municipal de Saúde é formado por uma rede básica ambulatorial composta por 22 Unidades de Saúde, sendo 17 Unidades Básicas e 5 Unidades de Saúde da Família. Cabe esclarecer que 6 Unidades Básicas de Saúde contam com pronto atendimento 24 horas e 1 Pronto Socorro localizado na região central da cidade; sendo agregados, segundo regionalização utilizada pela Secretaria Municipal de Saúde, em 5 pólos.

O atendimento de especialidades de complexidade secundário do Sistema Único de Saúde é oferecido principalmente no NGA-60, no Ambulatório do Hospital de Base, no Ambulatório da Santa Casa de Misericórdia e seguido de outros hospitais conveniados ao SUS.

A rede hospitalar é composta por quatro hospitais da rede privada, sendo três gerais e um especializado, um hospital universitário e dois filantrópicos. Com exceção de um hospital geral, todos os demais são conveniados ao Sistema Único de Saúde.

São José do Rio Preto se destaca no atendimento médico dado à sua população e a pessoas oriundas de vários Estados, como Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás. A cidade é referência, também, na produção de tecnologia de ponta em materiais cirúrgico-hospitalares, exportando equipamentos médicos para várias partes do mundo.

Possui o Conselho Municipal de Saúde, em que representações partidárias se reúnem mensalmente, juntamente com o Secretário Municipal da Saúde e representantes dos prestadores de serviço e usuários. A maioria das unidades de saúde da rede já constituíram o Conselho Local de Saúde.

4.2.2 ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ASSISTÊNCIA À TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO

A municipalização da saúde no município de São José do Rio Preto aconteceu no final de 1999. Esse fato trouxe uma significativa ampliação da rede básica. As ações de vigilância epidemiológica, anteriormente de competência do Estado, passam a ser assumidas, gradativamente, pelo município; porém, o grande avanço é percebido a partir de 2000, com uma ampliação ainda maior da rede, observando-se também uma reorganização do sistema municipal de saúde, contribuindo de forma decisiva na ampliação do número de equipes de saúde da família no município.

O PCT, no entanto, não avançou, na mesma proporção. O município possui uma referência para o tratamento da doença, o NGA-60. As demais UBSs detectam o sintomático respiratório (SR), algumas diagnosticam, outras encaminham para diagnóstico no serviço de referência, e todas referenciam para tratamento no NGA-60. A exceção é feita por algumas Equipes de Saúde da Família e o Ambulatório de DST/AIDS (SAE - Serviço de Assistência Especializada de São José do Rio Preto), que realizam o tratamento supervisionado. O que se observa é uma centralização do atendimento de tuberculose no município, dificultando o acesso do doente ao local de tratamento.

O tratamento supervisionado (TS), proposto pelo PCT, foi implantado no NGA 60 no ano 2000, quando um agente de saúde foi contratado para realizar tal modalidade de assistência na unidade de referência.

4.2.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA UNIDADE DE SAÚDE ONDE SE DESENVOLVE O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT)

O PCT de São José do Rio Preto funciona no prédio do NGA-60, chamado anteriormente de Ambulatório Regional de Especialidades; tem sua origem na década de 70

como Posto de Assistência Médica – INAMPS, considerado, naquela época, como posto modelo no Estado de São Paulo. As instalações físicas estavam de acordo com as normas vigentes naquela ocasião: prédio plano, com salas e consultórios suficientes para acomodar profissionais, serviços oferecidos e atividades realizadas, existiam normas e rotinas, material permanente e de consumo para a realização dos procedimentos. Os funcionários eram admitidos por concurso público federal e chefias eram determinadas por "mérito".

Em 1989, a unidade passou a ser de responsabilidade do Estado, que se responsabilizou pelo gerenciamento dos recursos financeiros e humanos.

Em 1993, por determinação judicial de despejo, o Ambulatório Regional de Especialidades mudou-se para o atual endereço, onde funcionava o Centro de Saúde Central com o serviços de atenção básica, dermatologia e tisiologia. Em 1998, ocorreu a municipalização e inclusão de novos recursos humanos.

O PCT, conta atualmente com um profissional pneumologista, que atende ao programa cinco vezes na semana, de segunda à sexta-feira, no período da manhã das 7 às 13 horas, em um espaço físico a ele destinado, juntamente com outros programas de moléstias infecto-contagiosas; admitidas estão uma enfermeira, três auxiliares de enfermagem; sendo duas exercendo a função de visitadoras sanitárias de saúde, uma atendente de recepção e uma visitadora sanitária. A equipe tem apoio de dois motoristas e duas viaturas que estão disponíveis no período das 8 às 12 horas para o PCT e no período da tarde para o grupo de vigilância epidemiológica do município.

Esse serviço é responsável pelo atendimento de pacientes com tuberculose de todo município, exceto os co-infectados que são atendidos no SAE, as crianças que são atendidas no Ambulatório do Hospital de Base, e os doentes que pertencem às áreas cobertas pela Saúde da Família.

Os pacientes têm seus atendimentos anotados em prontuários individuais, sendo que aqueles com tuberculose são registrados em livros em que constam: o nome, número de prontuário, data da notificação e retorno, forma clínica e relação de comunicantes. Todos aqueles os inscritos no PCT são notificados no SIINAN em fichas oficiais que, posteriormente, são encaminhadas para a equipe de vigilância epidemiológica, conforme fluxograma estabelecido no município.

A partir do ano 2000, o serviço estudado implementou a estratégia de terapia diretamente supervisionada pelo DOTS, que, basicamente, caracteriza-se pela observação e monitorização da administração dos medicamentos, como já citamos.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS DA PESQUISA

Por se tratar de uma pesquisa no campo da saúde coletiva e que envolveu falas dos funcionários, zelar-se-á pelo cumprimento da Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10 de outubro de 1996 e das Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Desta forma, antes de dar início à operacionalização dessa pesquisa solicitou-se a autorização à Diretoria Municipal de Saúde e ao responsável técnico do NGA-60. O projeto de pesquisa foi submetido, previamente, à apreciação do já referido Comitê e Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, conforme protocolo número 0343/2003 (APÊNDICE A; APÊNDICE B; ANEXO A).

As entrevistas foram realizadas mediante esclarecimento aos sujeitos da pesquisa sobre os objetivos da mesma, solicitação de sua participação e consentimento, garantindo o sigilo dos dados coletados, além de ter sido informado a respeito de sua liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo. Após ter tido

ciência do exposto acima, o sujeito que consentiu em participar desta pesquisa assinou um Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (APÊNDICE C).

4.4. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população deste estudo foi constituída por sete (7) profissionais que atuam no PCT, no NGA-60, e por 166 comunicantes de doentes de tuberculose registrados e examinados no ano de 2002 nesse serviço e que residiam no município de São José do Rio Preto.

Em relação aos dados dos comunicantes de doentes de tuberculose, foi necessário iniciar-se com o conhecimento do número e identificação de cada um deles mediante as iniciais do nome, faixa etária, sexo, grau de parentesco com o doente, exames realizados, valendo-se do caso-índice e o número de comunicantes que adoeceram. Todos os casos de tuberculose, notificados no serviço no ano de 2002, receberam um número de matrícula, abriu-se um prontuário para que os comunicantes sempre fossem registrados no mesmo.

Dos 112 casos-índices (doente de tuberculose) notificados pelo serviço, no período compreendido entre janeiro a dezembro de 2002. Estavam registrados 263 comunicantes; desses, apenas 166 foram avaliados pelo NGA 60 (63,1%), cuja fonte de dados dessa população é secundária.

4.5. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para atingir o objetivo dessa investigação, elegeu-se como instrumentos de coleta de dados: análise documental, entrevistas semi-estruturadas e registros das observações livres, por meio de um diário de campo, buscando verificar algumas características dos profissionais que atuam no PCT, as ações desenvolvidas e o fluxo de atendimento.

Esclarecendo cada um dos instrumentos:

4.5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

- Formulário para observação da estrutura física (APÊNDICE D) do PCT foi comparado com normas e padrões de construção e instalações de serviços de saúde (BRASIL, MS, 2001, I SEMINÁRIO DE BIOSSEGURANÇA, 2001).
- Fichas de Notificação de Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto - SP, padronizada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, cujos dados são digitados e armazenados no Banco de dados EPI - TB da Divisão de Epidemiologia da Secretaria Municipal e Estadual da Saúde.
- Prontuários e outros registros dos pacientes no NGA-60 de São José do Rio Preto - SP.
- Planilhas de acompanhamento dos comunicantes de tuberculose.
- Instrumento previamente testado para coleta de dados dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados nos prontuários dos caso-índice (APÊNDICE E)
- Cabe mencionar que, nesse estudo, também foi utilizado o georeferenciamento para analisar a relação entre endereço de moradia do comunicante de doente de tuberculose e a área de abrangência da UBS do município.

Convém ressaltar que os instrumentos existentes e disponibilizados no município de São José do Rio Preto foram utilizados, como por exemplo, o Sistema de Informações Geográficas (SIG) do serviço de saúde local, que possibilitou o monitoramento dos endereços dos comunicantes de pacientes com tuberculose residentes nesse município, registrados no serviço.

4.5.2 ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Dentre as modalidades de entrevista, optou-se pela entrevista semi-estruturada que, para Minayo (2004, p.108), “combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”. A opção por essa modalidade de entrevista também decorre da colocação de Triviños (1995) quando aborda que ela, simultaneamente, valoriza a presença do pesquisador e oferece perspectivas para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a pesquisa.

Nessa pesquisa, procurou-se realizar a entrevista semi-estruturada com os profissionais de saúde do PCT do NGA-60, utilizando um gravador portátil com fitas micro-cassetes, após a aquiescência dos sujeitos efetuados, por meio da assinatura do Termo de Consentimento (APÊNDICE C). As questões fechadas eram anotadas na frente do informante. Posteriormente, as falas dos sujeitos entrevistados foram transcritas e digitadas na íntegra pela pesquisadora. No formulário, constam questões que caracterizam os dados de identificação do funcionário, algumas características da formação (categoria profissional, tempo de formado, tempo de serviço, atividades desenvolvidas e treinamentos recebidos para realização das atividades no PCT). As questões norteadoras desta pesquisa foram:

- O serviço presta atendimento ao comunicante de doente de tuberculose? Quais são as ações desenvolvidas?
- Qual o tempo entre o diagnóstico do caso-índice e a consulta dos seus comunicantes?
- O que é feito quando o comunicante não comparece à consulta?
- Você encontra facilidades para desenvolver as atividades com os comunicantes? Se sim, quais são elas?
- Você encontra dificuldades para desenvolver as atividades com os comunicantes? Se sim, quais são elas?

- Na sua opinião, o controle dos comunicantes realizado por esse serviço é adequado? Por quê? O que poderia ser melhorado? (APÊNDICE F)

As entrevistas foram realizadas nas dependências físicas do NGA-60 no PCT, após contato prévio com os sujeitos escolhidos para participar desse estudo, sendo que as mesmas foram agendadas conforme a disponibilidade dos mesmos.

4.5.3 OBSERVAÇÃO LIVRE

É uma técnica que não significa apenas olhar para o ambiente ou a situação. De acordo com Gil (1989), a observação constitui-se na utilização dos sentidos com a finalidade de adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano. A opção pela observação livre se deu por se acreditar que ela permite abranger informações importantes que possam surgir durante o processo de trabalho de campo. Assinale-se, ainda, que os registros de observação livre foram realizados de março a junho de 2003, durante acompanhamento do PCT, no NGA-60, pela pesquisadora.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

Primeiramente, foram analisadas a adequação de instalações e equipamentos à disponibilidade do programa comparadas aos PCTs preconizados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

Foram analisados dados quanto ao número viaturas (horas/dia) e o número de salas para o uso do PCT, os equipamentos, os recursos humanos quanto ao número e qualificação de profissionais disponíveis para realização do PCT e os tipos de incentivos usados. Quanto ao perfil da população de comunicantes em à caracterização sócio-demográfica, forma clínica, tipo de entrada e agravos associados; a cobertura de comunicantes na unidade de saúde quanto ao número de atendimentos em 2002 e o controle da evolução dos

mesmos quanto ao número de consultas médicas (CM), baciloscopias de controle; periodicidade do acompanhamento com relação a tempo, dias de início do controle pós-diagnóstico do caso-índice, intercorrência no acompanhamento de comunicantes, intercorrências clínicas, intercorrências sociais e controle de registros e exames clínicos e diagnósticos.

Os dados quantitativos foram armazenados em um banco de dados por meio do programa *Excel for Windows* e analisados no programa *Epi-Info*, versão 6.04.

Mediante uso de ferramentas do programa Mapinfo e do mapa vetorial com eixos de ruas disponibilizados pela Prefeitura Municipal, foi possível georeferenciar os comunicantes de pacientes com tuberculose, na área urbana do município, que foram agrupados segundo os 432 setores censitários.

Os fragmentos das falas dos sujeitos entrevistados foram utilizados para o enriquecimento do estudo em questão. Os dados resultados obtidos foram apresentados números absolutos e percentuais.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos primeiramente serão descritos em relação à estrutura do PCT, no NGA-60, do município de São José do Rio Preto, analisando as instalações, os equipamentos e os recursos humanos.

Na seqüência, serão apresentadas as informações obtidas junto aos dados epidemiológicos dos casos diagnosticados de tuberculose e dos comunicantes no ano de 2002. Nessa análise, considerou-se os aspectos demográficos, tipo de relacionamento com o caso-índice, a periodicidade e o tempo de início da primeira avaliação dos comunicantes após o diagnóstico do doente. Posteriormente, analisar-se-ão aspectos operacionais do sistema de saúde que envolvem o controle dos comunicantes e doentes de tuberculose realizadas pelo PCT do NGA-60.

5.1. CARACTERIZAÇÃO DA ESTRUTURA

5.1.1 Recursos físicos

Localiza-se na região central do município, próximo à estação rodoviária e o terminal de ônibus urbano, considerado de fácil acesso para à população. O setor de tisiologia, onde é realizado o PCT, fica no pavimento superior do prédio, não possuindo acesso facilitado para deficientes físicos.

O PCT no NGA-60 possui:

- 1 (um) consultório médico;
- 1 (uma) sala para pré e pós- consulta;
- 1(uma) copa;
- 1(uma) sala de recepção junto ao Programa de Eliminação da Hanseníase;
- 1 (um) corredor com bancos de espera;
- 1(uma) sala de Raios X;
- 1 (uma) sala de Enfermagem e 2 (dois) banheiros para funcionários (ANEXO B)

A sala de recepção, consultório médico e sala de enfermagem são exclusivas para o PCT, possuem janelas de vidro de 4 metros de comprimento com 2 metros de altura, com

boa iluminação natural e artificial e pouca ventilação. As paredes são pintadas com tinta acrílica e o piso é lavável, encontravam-se em boas condições de higiene. A limpeza do setor é realizada todos os dias após o atendimento ao público, por funcionárias de uma empresa terceirizada.

É importante destacar que a sala de pré e pós-consulta funciona no mesmo local, sendo utilizada para atendimento do caso de tuberculose confirmado em tratamento ou do caso suspeito encaminhado das UBSs, hospitais e ambulatórios e para os comunicantes dos doentes de tuberculose.

O corredor para circulação das pessoas serve como sala de espera com bancos de madeira para os doentes de tuberculose e de hanseníase, assim como para comunicantes e outros usuários. O corredor tem aproximadamente 2 metros de largura por 10 de comprimento, sem janelas, com duas portas de madeira de cada lado, que dão acesso de um lado, para a UBS Central; de outro, para o NGA-60. Isso provoca grande fluxo de pessoas, o que sugere a facilidade do acesso de estranhos ao serviço, aumentando o risco de furtos e dificultando o controle dos materiais existentes.

A sala de radiodiagnóstico fica próxima à sala de espera e da recepção dos pacientes. Anualmente, é realizado o controle do serviço para proteção radiológica e garantia da qualidade do serviço; a inspeção é feita pelo Medical Support Comercial – Assessoria em Radioterapia situado na cidade de Ribeirão Preto - SP. Segundo laudo emitido por essa empresa em 2003, a instalação não está segura sob o ponto de vista de proteção radiológica. O mesmo sugere as seguintes recomendações: revestir a porta de acesso à sala com uma manta de 1,0 mm de chumbo, dispor de sinalização luminosa vermelha acima da face externa da porta de acesso e posicionamento do comando e biombo não adequado (RIBEIRÃO PRETO, 2003).

Atualmente, a OMS propõe que, mesmo em países em desenvolvimento, medidas de controle da transmissão da tuberculose sejam adotadas em unidades de saúde, cujo ambiente proporcione elevado risco de infecção pelo bacilo da tuberculose de doentes para doentes, de doentes para indivíduos sadios ou de doentes para profissionais de saúde (BRASIL, MS, 2001).

Apesar da tuberculose, no Brasil, apresentar uma transmissão mais comunitária, vários estudos, presentemente, vêm mostrando a elevada taxa de transmissão de TB em escolas médicas, em hospitais universitários, em prisões e em casas de saúde psiquiátricas (SILVA, 2002; OLIVEIRA, 2004).

Quaisquer medidas que visem o combate da transmissão da tuberculose devem levar em conta toda a unidade de saúde em três grupos: administrativas, ambientais (ou de engenharia) e de proteção respiratória (BRASIL, MS, 2002a). As medidas dependem do grau de risco de transmissão, em unidades com riscos menores do tipo 1 e 2. Pode-se implantar apenas medidas de controle administrativas, enquanto, nas unidades de saúde do tipo 3, o plano deve prever, além das medidas administrativas, as de controle ambiental e de proteção respiratória. As medidas administrativas são as mais importantes e consistem: a Comissão de controle de infecção, identificação das áreas de risco, treinamento dos profissionais de saúde, identificação e diagnósticos precoces, educação do paciente, coleta de escarro, triagem e avaliação dos suspeitos de tuberculose, na demanda da unidade de saúde, hospitalização e áreas especiais de risco.

As medidas de controle ambiental dependerão de uma avaliação prévia como da localização, do número e do fluxo dos pacientes suspeitos e confirmados, dos setores de atendimentos, dos setores de atendimento, das áreas consideradas de risco de transmissão do *M. tuberculosis*, da arquitetura, da unidade de saúde e dos recursos financeiros disponíveis. As precauções de proteção respiratória consistem no uso de máscaras especiais e é

considerada como uma providências de controle complementar às anteriores (BRASIL, MS, 2002a).

Na última década, a literatura norte-americana tem demonstrado diminuição na taxa de conversão tuberculínica com a adoção de medidas de controle de transmissão nosocomial de TB. Essas precauções foram normatizadas, em 1.994, pelos CDC, em três níveis: administrativas, de engenharia e de proteção respiratória pessoal (uso de respiradores tipo N95) como discutidas anteriormente. Com adoção das medidas administrativas, nos EUA, os resultados, mostraram eficazes, havendo uma redução nas taxas de conversão tuberculínica (CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 1994; BLUMBERG et al., 1995).

Nos últimos anos, como já mencionado, várias normas, guias e manuais de controle de tuberculose foram publicadas sobretudo pelo Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 2001; BRASIL, MS, 2002a; BRASIL, MS, 2002c; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e; BRASIL, MS, 2004). Entretanto, faltam ações mais efetivas e legislação específica que priorizem em esfera federal, estadual e municipal a implantação de medidas de biossegurança, nas dependências da unidade de saúde, com a criação de comissão específica para o controle da infecção da tuberculose, com elaboração de planos.

O Guia de Vigilância Epidemiológica para o Controle da Tuberculose (BRASIL, MS, 2002c) sugere que para o atendimento ambulatorial de pacientes com tuberculose pulmonar, confirmada ou sob suspeita:

- Os profissionais de saúde orientem os sintomáticos respiratórios para uso de máscaras cirúrgicas ao entrarem na unidade de saúde e durante o tempo em que nela permanecerem;
- Os profissionais de saúde, que estejam na mesma sala de tais pacientes, devem usar máscaras especiais (respiradores N95), desde que não haja ventilação adequada no local;

- Na medida do possível, deve-se evitar acúmulo de pacientes nas salas de espera. Isso pode ser obtido pelo escalonamento das consultas ao longo do turno, ou com consultas com hora marcada. Deve-se evitar o atendimento em salas contíguas de pacientes sob suspeita de tuberculose junto com outros pacientes portadores de imunossupressão, ou mesmo, criança com menos de cinco anos de idade. Caso essa conduta seja impossível, deve-se propor ao paciente imunodeprimido, enquanto estiver no local, o uso de máscara especial.

Nas entrevistas realizadas, as dificuldades referentes à área física, foram assim expressas:

... porque nós não temos área física adequada para recebermos crianças... (entr. 1)

... o fluxo de cliente... corredor que não tem ventilação nenhuma... (entr. 2)

O local não é arejado, não tem ventilação, o prédio é muito errado... (entr.3)

O exposto deixa claro que no que tange à área física destinada a essa atividade, o PCT do NGA-60 não atende as exigências recomendadas pelas normas do MS necessitando, com brevidade, constituir uma comissão de profissionais com experiência na área de tuberculose e engenharia, com a finalidade de elaborar propostas e planos para reestruturação da referida unidade.

5.1.2 Recursos Materiais

Conta com 1 (uma) viatura para a realização do TS de segunda à sexta-feira e 1 (uma) outra viatura na segunda e quinta-feira. Eventualmente realiza-se visita domiciliária

para outras finalidades além do TS. A média de visitas feitas são de oito a cada duas horas, isso depende do percurso, tempo da visita em cada domicílio. São duas visitadoras sanitárias que realizam tais visitas para o TS, fazem entrega de cesta básica e de impressos de solicitação de exames. Os passes de ônibus e a cesta básica para os doentes são fornecidos pela SMHS. Os comunicantes não recebem passe de ônibus para fazer o controle, o mesmo é oferecido excepcionalmente.

O consultório médico possui como mobiliários: 1 (uma) mesa, 2 (duas) cadeiras, 1 (um) armário de aço para arquivo, 1 (uma) pia, 1 (um) porta papel-toalha, 1(uma) maca com escada e um (negatoscópio)

A sala de recepção possui 1 (um) balcão de madeira, 2 (duas) cadeiras, 2 (duas) estantes de aço para arquivos de prontuário, 1 (uma) mesa e 1 (um) banco.

Na sala de pré e pós-consulta existem 3 (três) mesas, 4 (quatro) cadeiras, 1 (uma) balança antropométrica para adultos, 2 (dois) fichários de aço, 1(uma) estante de aço, 1 (uma) pia e 1 (um) porta papel-toalha.

Na sala de enfermagem, há 1 (uma) mesa, 3 (três) cadeiras, 2 (dois) armários de aço, 1 (um) banco, 1(um) aparelho de televisão e 1 (um) vídeo-cassete.

O computador e a impressora, utilizados para digitar e armazenar os dados coletados, ficam na sala de pré e pós-consulta de hanseníase, estando disponível para os dois programas.

No corredor, estão distribuídos 6 (seis) bancos para acomodar doentes de tuberculose e hanseníase, assim como, para os comunicantes e outros usuários.

Possui 1 copa com 1 (uma) pia, 1 (uma) geladeira e 1 (um) fogão. Há 2 (dois) banheiros para funcionários (masculino e feminino) com 1 (um) vaso sanitário e 1 (uma) pia em cada um deles.

A sala de Raios-X contém 1 (um) aparelho de Raios-X, 1 (uma) mesa, 1(uma) maca com escada, 1(um) biombo.

Verificou-se, ainda que os mobiliários são muito antigos, com precária conservação, necessitando de reposição de vários deles.

Veja-se os depoimentos dos sujeitos entrevistados a respeito dos recursos materiais:

... nós não temos uma viatura própria, é uma viatura que trabalha como qualquer outra lá da secretaria de saúde... (entr. 2)

... a informatização aqui pode ser considerada na idade da pedra é tudo muito difícil... Raio-X é muito limitado, quebra com facilidade... (entr. 3)

... temos dificuldades com viatura, gostaria que tivesse uma viatura só para o serviço de tuberculose, com motorista com perfil para trabalhar com tuberculose... (entr. 6)

Em relação aos impressos, observa-se que todos eles são preconizados pelo PCT. O livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose ("Livro Preto") é diariamente atualizado, com letra legível, por uma funcionária. As fichas de notificações/investigação dos casos de TB são feitas pelo médico e enfermeira; depois, elas são digitadas no Programa EPI-TB e encaminhadas para a Secretaria Municipal de Higiene e Saúde de São José do Rio Preto. As fichas de agendamento estão dispostas em ordem alfabética rigorosa, atualizadas e completas e ficam arquivadas para o acompanhamento dos pacientes, controle e convocação de faltosos.

Os prontuários e os envelopes com os resultados de Raios-X dos doentes de tuberculose em tratamento ficam guardados em caixas de papelão, em cima de uma mesa, na sala de pré e pós-consulta; os dos que não estão em tratamento são guardados na sala da recepção, onde estão, também, os prontuários dos doentes atendidos pela dermatologia sanitária (hanseníase).

Os casos de tuberculose recebem um cartão de atendimento com número da matrícula e agendamentos. Há também os impressos para solicitação de exames e de encaminhamento para outras especialidade.

Durante o período dessa pesquisa, a Unidade de Saúde fez uso de um impresso com o nome, idade, grau de parentesco, forma clínica do caso-índice de tuberculose para o acompanhamento dos comunicantes. Os dados ficavam no prontuário do caso-índice e na ficha de agendamento do paciente.

Observou-se que todos os impressos são suficientes para a execução das ações de controle da tuberculose.

5.1.3 Recursos Humanos

A equipe de profissionais que atuam no PCT, no NGA-60, é composta de sete funcionários: 1 (uma) médica pneumologista, 1(uma) enfermeira, 1(uma) visitadora sanitária, 3 (três) auxiliares de enfermagem, sendo que 2 (duas) são visitadora sanitária e uma atendente de recepção. Cabe destacar que os 2 (dois) motoristas das viaturas não são exclusivos do PCT e prestam serviço, também, para Secretaria Municipal de Saúde e Higiene (SMSH) de São José do Rio Preto.

Dos profissionais que atuam no PCT, 85 % são do sexo feminino e 15% são do sexo masculino. A faixa etária deles variou entre 32 a 67 anos. O tempo de formado alterou entre 10 e 42 anos. Quanto ao período em que esses trabalham nessa atividade, observou-se que possuíam de 8 meses a 18 anos. Cabe destacar que duas funcionárias, a visitadora sanitária e a atendente de recepção, entraram com processo para solicitação de aposentadoria. A primeira trabalha no programa há 10 anos e a segunda há 9 anos.

O tipo de contrato dos funcionários mais antigos são por meio da Lei 500/74 (admitido em regime temporário e CLT); os funcionários mais novos são estatutários

municipal em regime de 40 horas e 30 horas semanais. Os funcionários estatutários municipais, com contrato de 40 horas, realizam 20 horas no PCT e as outras 20 horas na Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene (SMHS) de São José do Rio Preto - SP. Dos sete funcionários, três têm desvio de função. Cabe destacar que as auxiliares de enfermagem foram contratadas pela SMHS de São José do Rio Preto para fazer o TS nos domicílios.

Quanto aos treinamentos, os profissionais, com maior tempo no PCT, receberam uma única capacitação em 1999. A enfermeira realizou, em um período de três anos, cinco atualizações. Isso pode ser justificado por ser esse profissional o responsável pela equipe de enfermagem e dos visitantes sanitários. O treinamento e atualização são muito importantes para o desenvolvimento das ações do PCT; acredita-se que pode estar ocorrendo falta de oferta de cursos e capacitações para esses e outros profissionais tanto por parte de esferas estadual como municipal.

Alguns depoimentos dos funcionários do PCT relatam essa preocupação em relação ao recursos humanos:

Equipe bem entrosada; aqui funciona em função da pessoas... somente os profissionais adequados para função é que ficavam, os outros saiam espontaneamente... os profissionais não vêm prontos, precisa de 5 a 7 anos para formar uma pessoa para este programa (entr. 1)

A equipe é entrosada todas elas eu entrei aqui há pouco tempo ...o pessoal empenha, o paciente não sai daqui sem medicação ou agendamento...o doente chega aqui é verificado sinais vitais, preenche todas as fichas, agenda os comunicantes, explica tudo para ele...(entr.2).

... a equipe é muito importante a equipe é muito coesa, todos falam a mesma língua um com o outro envolve a assistente social a enfermeira toda equipe (entr.4).

Equipe que trabalha aqui a enfermeira tem colaboração do pessoal que sempre está me ajudando me orientando, quanto à equipe eu não tenho o que reclamar todos os respaldo que eu preciso da equipe (entr. 5)

A formação de recursos humanos para o PCT, na América Latina, possui limitações importantes, em vários países, devido a freqüente rotação de recursos humanos capacitados para a gerência do programa em qualquer nível de organização de saúde, sendo com maior assiduidade em nível regional e local. As mudanças políticas que acontecem amiudamente afetam de modo sistemático o pessoal técnico administrativo responsável pelas ações de Programa de Controle (WHO, 2004).

O Programa Regional de Capacitação de Recursos Humanos tem se apoiado em quatro cursos internacionais: Chile, Cuba, Nicarágua e Peru que, com caráter subregional, tem se encarregado da capacitação dos pessoal do programa, em diferentes níveis de saúde. Nos últimos sete anos, foram capacitados mais de 1.500 pessoas, médicos generalistas, enfermeiros e técnicos de laboratório (OPAS/OMS, 2003).

A política atual de recursos humanos para o PNCT segue a diretriz de atender às necessidades e demanda do SUS. Para assistência, tem-se como princípio que toda a equipe das unidades de saúde deve ser treinada e atualizada para oferecer a melhor assistência ao paciente com tuberculose (BRASIL, MS, 2002a; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e, WHO, 2004).

Merhy (1997) afirma que a reorganização dos serviços de saúde deve ser pautada na necessidade de alteração do modo como os trabalhadores em saúde se relacionam com seu

objeto de trabalho, a vida e o sofrimento dos indivíduos e da coletividade. A necessidade da reorganização dos serviços de saúde está centrada no pressuposto de que dentro, da lógica atual, os serviços não dão respostas às necessidades internas sentidas pelos trabalhadores em saúde e, por conseguinte, das necessidades da população.

Outro aspecto importante a ser assinalado para que ocorra uma mudança na prática dos serviços, de maneira a sistematizar o controle dos comunicantes, seria o desenvolvimento e implementação de programas de formação e capacitação dos profissionais que já ingressaram no serviço de saúde, com permanente integração ensino-pesquisa e serviço, de maneira a colaborar em estratégias de formação de profissionais de saúde para o ensino sobre o tema de forma mais abrangente.

5.3.3 Rede laboratorial para a investigação da tuberculose

O município é sede de um laboratório regional de referência (Instituto Adolfo Lutz - IAL) mantido pelo Estado, tem convênio com laboratórios privados, além dos laboratórios dos hospitais. As solicitações de exames laboratoriais para o diagnóstico da tuberculose oriundas da demanda da rede básica de saúde são encaminhadas para o IAL ou para os laboratórios conveniados. Mensalmente, o IAL e/ou outros laboratórios disponibilizam, no sistema de informação, os resultados dos exames por meio de planilhas para o Núcleo de Vigilância Epidemiológica da SMHS de São José do Rio Preto. Esses resultados são encaminhados para o PCT que confere os dados com os casos notificados. Os casos de TB detectados nesses exames e que, ainda, não estejam registrados no serviço são convocados por meio de visitas domiciliares. O tempo de demora, em média, entre o pedido de baciloscopia de escarro e o resultado é de uma semana, e o da cultura é de dois meses. Os laboratórios conveniados avisam a SMHS dos casos positivos dos exames para o diagnóstico da tuberculose. Diariamente um funcionário do PCT do NGA-60 se desloca até o laboratório

Adolfo Lutz, localizado próximo ao serviço, para buscar os resultados das baciloscopias, culturas e outros exames para agilizar e facilitar o serviço no diagnóstico para o tratamento dos casos com resultados positivos.

Young e McCarthy (1999) apud Mendes (2001), comentam que em Portland, nos Estados Unidos da América, ocorreu a integração de laboratórios de patologia clínica porque era um conjunto de laboratórios desarticulados e dispersos por vários hospitais sem que houvesse a mínima comunicação entre eles e/ou com a rede de pontos de atenção. Então, integraram-se à circulação de material coletado, o sistema de informação à padronização dos procedimentos e à centralização dos processamento dos exames. Os resultados foram satisfatórios tanto em qualidade como em custos, e as razões deste sucesso foram a boa gerência, liderança na condução dos serviços, gerência de conflitos, descentralização da coleta de materiais, centralização do processamento de exames e bom sistema de informação.

5.2. CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS- ÍNDICES DE TUBERCULOSE

A Tabela 1 refere-se aos casos de tuberculose notificados, no PCT no ano de 2002, dos 112 casos de tuberculose, 77 casos (68,8%) eram da forma pulmonar e 35 casos (31,2%) das formas extra-pulmonares. Em relação ao sexo, 87 casos (77,7%) eram masculinos e 25 casos (22,3%) femininos. Do total de casos, 33 (29,5%) eram co-infectados TB/HIV.

Tabela 1: Distribuição dos casos de tuberculose notificados pelo Núcleo de Gestão Assistencial 60 do Programa de Controle de Tuberculose de São José do Rio Preto, no período de 2002, segundo formas clínicas e sexo.

Formas clínicas de Tuberculose	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino		N	%
	N	%	N	%		
Pulmonar	62	55,4	15	13,4	77	68,8
Ganglionar	6	5,4	4	3,6	10	8,9
Outras	8	6,6	3	2,7	11	9,8
Pleural	2	1,8	2	1,8	4	3,6
Óssea	2	1,8	-	-	2	1,8
Meningítica	1	0,9	-	-	1	0,9
Vias Urinárias	1	0,9	1	0,9	2	1,8
Genital	1	0,9	-	-	1	0,9
Intestinal	1	0,9	-	-	1	0,9
Pele	1	0,9	-	-	1	0,9
Miliar	1	0,9	-	-	1	0,9
Laringe	1	0,9	-	-	1	0,9
TOTAL	87	77,7	25	22,3	112	100,0

A maior incidência de tuberculose na forma pulmonar é destacada na literatura de vários pesquisadores (DESORMEAUX et al., 1996; OLIVEIRA et al., 1996; BUCHILLET; GAZIN, 1998; WHO, 1998; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e), coincidindo com nossos achados.

No Estado de São Paulo, dentre as formas clínicas mais frequentes, a pulmonar apresenta cerca de 80% do total de casos notificados, destacando-se também que entre os pacientes de forma pulmonar, maiores de 15 anos, aparecem, a cada ano, cerca de 18% a 24% de baciloscopias não realizadas (SÃO PAULO, 1998).

Com respeito às formas extrapulmonares, a mais encontrada nesse estudo foi a ganglionar com 10 casos (8,9%), o que está em consonância com os resultados encontrados por outros autores (SLUTSKER et al. 1993; REGO et al., 1995).

É importante ressaltar que a proporção de casos com co-infecção TB/HIV, no município, variou de 29% e 37%, entre os anos de 1998 a 2002; com isso, tem influenciado muito a determinação da distribuição da tuberculose no município de São José do Rio Preto (GAZETTA, 1999, FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004)

A Tabela 2 refere-se aos resultados de exames de baciloscopia e cultura de escarro dos casos-índices no ano estudado.

Observou-se, nesta Tabela, que a proporção de baciloscopia positiva realizada foi de 51,0% e das culturas positiva foi de 20,3% do total. Vários estudos confirmam que o paciente com tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva são mais contagiosos do que os pacientes com cultura positiva.(RIEDER, 1999; CARVALHO; KRITSKI; RUFFINONETTO, 2002; SPRINSON, 2003)

Tabela 2: Distribuição dos resultados de baciloscopia e cultura de escarro realizadas nos doentes de tuberculose registrados no Programa de Controle de Tuberculose, no Núcleo de Gestão Assistencial 60, em São José do Rio Preto, no ano de 2002.

Exames Realizados	Positivo		Negativo		Não realizado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Baciloscopia de Escarro	55	51,0	16	14,8	12	17,6	83	76.8
Cultura de escarro	22	20,3	3	2,8	-	-	25	23.2
Total	77	71,3	19	19,6	12	17,6	108	100.0

A pesquisa bacteriológica é o método prioritário para o diagnóstico e controle do tratamento da tuberculose, além de permitir a identificação da principal fonte de infecção que é o paciente bacilífero. Esse exame, quando executado corretamente e de acordo com a prevalência local, permite detectar 50 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar na comunidade (CONDE, 1999; ANGEY et al., 2000; BRASIL, MS, 2002a; BRASIL, MS,

2002c; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e; II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

Lippo (1993), em um estudo na Finlândia durante dois anos, acompanhou os comunicantes de pacientes com tuberculose com baciloscopia positiva e negativa; dos 609 comunicantes de 134 casos índices, quatro desenvolveram tuberculose durante o período seguido, todos eles haviam sido contatos de 69 casos com baciloscopia positiva.

A prevalência de tuberculose infecção (TB-infecção) é 30 a 50% maior entre comunicantes domiciliares de caso índice com baciloscopia positiva e controle na mesma faixa etária (BRASIL,MS,2002a). O estudo de Sepkowitz (1996) demonstrou uma prevalência de resposta tuberculínica positiva 5% acima da observada na comunidade em comunicantes de caso índice com baciloscopia negativa e cultivo positivo.

A Tabela 3 apresenta os comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados pelo PCT, no NGA-60, conforme a forma clínica do caso-índice.

Tabela 3: Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose, no Núcleo de Gestão Assistencial-60, de São José do Rio Preto, segundo a forma clínica do caso-índice, no ano de 2002.

FORMA CLÍNICA	TOTAL DE COMUNICANTES	
	N	%
Pulmonar	145	87.3
TB pleural	6	3.6
Pulmonar + ganglionar + HIV	6	3.6
HIV + Pulmonar	4	2.4
Pulmonar + ganglionar	3	1.8
TB ganglionar	1	0.6
TB urinária	1	0.6
TOTAL	166	100.0

Verificou-se nessa tabela, que 87,3% casos dos comunicantes convivem com doentes de tuberculose cuja forma clínica é pulmonar.

As informações sobre as características clínicas do caso índice é de extrema importância para se avalie as possibilidades do comunicante infectar-se. Vários estudos realizados confirmam o risco dos casos de tuberculose pulmonar bacilíferos transmitir a doença aos comunicantes (SEPKOWITZ, 1996; TOPLEY, 1996; MENZIES, 1997; MENEZES, 1998; SOUZA, 1999; CARVALHO; KRITSKI; RUFFINO-NETTO, 2002).

Entre as crianças, os grupos de maior risco são os comunicantes de casos de tuberculose pulmonar positiva e as que vivem em precárias condições sócio-econômicas. (NATAL, 2000).

Segundo o estudo de Caldeira (2004), comunicantes de criança e adolescente de pacientes com tuberculose pulmonar em relação à baciloscopia de escarro do caso-índice, em 163 (88,6%) apresentavam baciloscopia direta positiva no escarro e seis (3,3%) negativas.

Assim, fazendo uma análise dos dados dos casos de tuberculose notificados em 2002, conclui-se que é necessário conhecer os casos-índices dos comunicantes, pois o serviço em estudo inicia-se por esse atendimento as atividades de investigação dos comunicantes, não existindo, portanto, a busca ativa na comunidade para identificação de possíveis contatos próximos dos casos de TB pelos profissionais de saúde.

Na próxima unidade, trabalhar-se-á a caracterização dos comunicantes dos doentes de tuberculose registrados como examinados em relação ao sexo, faixa etária, tipo de parentesco com o caso-índice, tipos de exames realizados e a incidência da doença nos mesmos.

5.3. Caracterização dos comunicantes de doentes de tuberculose

Identificou-se 263 comunicantes registrados pelo serviço referentes aos 112 casos índices de tuberculose, notificados pelo PCT no NGA-60. Dos 263 comunicantes registrados, percebeu-se que 166 (63,1%) foram avaliados, pois foram encontradas anotações em

prontuários. Desses, 147 (88,5%) foram avaliados pelo PCT, no NGA-60, e 19 (12%) deles por serem menores de 12 anos, foram avaliados em outros serviços de saúde da cidade. Os outros 97 (36,9%) não foram avaliados, ou se foram essa informação não foi registrada nos prontuários.

A média entre a primeira consulta do doente de tuberculose no PCT e a consulta dos seus comunicante foi de aproximadamente 30 dias, destacando-se que os manuais, preconizam que o controle dos comunicantes sejam o mais rápido possível após o diagnóstico de TB, sobretudo os pacientes com a forma pulmonar com baciloscopia positiva (BRASIL, MS, 2002a ; BRASIL, MS, 2002c; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e).

Costa e Saho (1988) estudaram a porcentagem de comunicantes que não compareceram para o controle, em dois Centros de Saúde estudados, em Salvador (Bahia), que foi de 59,17%. Os argumentos apresentados pelos pacientes para justificar o não comparecimento dos comunicantes ao exame de controle foram: falta de contato direto do paciente com o comunicante; medo de perder o emprego; falta de interesse dos familiares; falta de funcionamento do serviço de radiologia.

A Tabela 4 apresenta a idade e o sexo dos 166 comunicantes registrados como examinados no PCT.

Tabela 4: Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial-60, de São José do Rio Preto, no ano de 2002, segundo idade e sexo.

IDADE	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
> 1 ano	1	0,6	-	-	1	0,6
1 a 9	8	4,8	10	6,0	18	10,9
10 a 19	12	7,2	11	6,6	23	13,8
20 a 29	14	8,4	11	6,6	25	15,1
30 a 39	11	6,6	9	5,4	20	12,1
40 a 49	13	7,8	15	9,0	28	16,9

50 a 59	10	6,0	14	8,4	24	14,4
60 e mais	8	4,8	12	7,2	20	12,0
Ignorado	5	3,0	2	1,2	7	4,2
Total	82	49,4	84	50,6	166	100,0

Comprovou-se que 82 (49,4%) eram do sexo masculino e 84 (50,6%) eram do sexo feminino. Observou-se que dos 166 comunicantes, 42 (25,3%) estão entre 0 e 19 anos e 44 (25,5%) tem 50 anos e mais. Verificou-se também que 73 (44%) dos comunicantes examinados estão na faixa etária de 20 a 49 anos.

Diferentes dados foram encontrados por Souza (1999), em um estudo realizado no Rio de Janeiro, averiguou que o número de comunicantes examinados eram 65 (54%) mulheres e 55 (46%) homens.

Em 2002, período da coleta de dados desse estudo, havia uma norma do serviço do PCT que seriam avaliados, apenas, os comunicantes acima de 12 anos e que os menores seriam encaminhados para consulta com pediatra, em unidades básicas de saúde, e com o clínico em unidade saúde da família da área de abrangência do domicílio do caso-índice. No entanto, o teste tuberculínico é realizado no NGA-60.

O serviço de referência para o tratamento de tuberculose em menores de 12 anos é realizado no Ambulatório do Hospital de Base de São José do Rio Preto por um pneumologista infantil. No entanto, em 2002, o medicamento da quimioprofilaxia era entregue pelo NGA-60.

As informações das avaliações das 19 crianças comunicantes menores de 12 anos foram trazidas para os profissionais do NGA-60 pelos doentes. Os dados foram registrados, na ficha de controle dos comunicantes dos casos-índices, principalmente, quanto ao resultado do exame radiológico.

Alguns depoimentos dos funcionários do PCT relatam essa preocupação em relação à criança:

As crianças são encaminhadas para o pediatra porque é uma conduta minha; primeiro, porque nós não temos área física adequada para recebermos criança e segundo, o pediatra precisa saber que a criança é um comunicante... a mãe traz esse exame para nós, de maneira que se a criança não tem nada, o pediatra está ciente. (entr.1)

Quando é criança, é uma maratona. Tem que ir no postinho marcar consulta, depois que marcou consulta tem que marcar a radiografia de tórax na Santa Casa, buscar os Raios- X, marcar consulta com o pediatra e levar essa criança de novo no pediatra. (entr. 2)

Caldeira (2004), em um estudo realizado no Rio de Janeiro com 184 crianças e adolescentes de 0 a 15 anos de idade, comunicantes de doentes de tuberculose no período de março de 1995 a março de 1997, submetidos à avaliação clínica-radiológica, teste tuberculínico e baciloscopia de escarro, mostrou que das 181 crianças em que foi realizado o teste tuberculínico, 110 (59,8%) foram reatoras fortes, e dessas, foram consideradas infectadas 76 crianças, das quais, 54 foram submetidas à quimioprofilaxia com isoniazida por seis meses. Essa indicação foi mais freqüente em crianças menores de cinco anos. O autor também cita que 75% dos comunicantes estavam assintomáticos e foi possível, com base da investigação do contato, a identificação de 25 (13,6) casos novos de TB.

Estudo realizado por López et al. (1990), em Madri, mostra que em 149 casos de TB em crianças, 38,2% foram diagnosticados por história de contato com adulto tuberculoso e alterações radiológicas, porém estavam assintomáticas.

O número de casos de tuberculose na criança, em menores de 5 anos, está diretamente relacionado com a prevalência de tuberculose do adulto. Por conseqüência, se o PCT não diagnosticar e tratar precocemente a tuberculose do adulto, não se reduzirá a tuberculose da criança.

Segundo Starke (2003), a investigação de crianças e adolescentes que convivam com TB é muito importante para se detectar novos casos ou identificar pessoas infectadas pelo *M. tuberculosis* e que poderiam ser protegidas pela quimioprofilaxia. Para o autor, essa estratégia sanitária é o controle de comunicantes. A abordagem dos comunicantes deve ser feita, sempre, que se diagnostica um caso-índice. Assim, todas as pessoas que tenham convívio próximo ao caso-índice devem ser submetidas à exame clínico, radiológico e à prova tuberculínica, no caso de crianças, considerando-se como grupo prioritário para tal investigação os menores de cinco anos.

Rieder (2003) salienta que a investigação de comunicantes crianças, menores de 5 anos, que vivem na mesma casa de doente com tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva é importante utilizar terapia preventiva com isoniazida; primeiramente esses são os contatos identificados como mais frágeis, segundo, são particularmente propensos à progressão da doença e de se infectarem; em terceiro, nessa idade, a resistência emergente da droga é pouca.

Como já citados, os manuais de normas para o controle da tuberculose mais recentes (BRASIL, MS, 2002a; BRASIL, MS, 2002c; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e) afirmam que as crianças e os adolescentes menores de 15 anos, não vacinados com BCG, e os recém-nascidos, comunicantes de foco bacilífero, são motivos de grande preocupação. Devido à idade, eles são mais suscetíveis a serem infectados pelo bacilo da tuberculose, sendo indicada a quimioprofilaxia após a realização de exames clínicos, radiológicos e do teste tuberculínico. Os algoritmos, apresentados nos manuais e transcritos nesta tese, mostram as condutas do controle dos comunicantes em crianças de até 15 anos.

A associação da idade dos casos à produção de infecção de grupo se deve tanto ao maior número de contatos como ao maior risco de infecção desses últimos, associado à idade da fonte. O papel da idade na infecciosidade é aspecto que necessita ser melhor estudado, podendo até vir em a ser modificados alguns conceitos sobre a importância do estado bacteriológico das fontes de infecção; entre as várias hipóteses explicativas, estaria a de que esse efeito da idade pode ser atribuído ao comportamento diferente das diversas faixas etárias, determinado culturalmente ou não a algum fator biológico (SNIDER et al., 1985, RIEDER, 2003).

5.3.2 Caracterização do tipo de parentesco do comunicante com caso-índice de tuberculose

Na Tabela 5, apresenta-se o tipo de parentesco do comunicante com o caso-índice de tuberculose.

Tabela 5: Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose, no Núcleo de Gestão Assistencial 60, de São José do Rio Preto no ano de 2002, segundo o tipo parentesco com o caso-índice.

TIPO DE PARENTESCO	TOTAL	
	N	%
Filhos (as)	41	24.7
Companheiro (esposa/esposo)	29	17.5
Irmão(as)	22	13.2
Mãe	15	9.1
Amigos (as)	14	8.4
Sobrinho (as)	12	7.3
Pai	8	4.8
Netos (as)	8	4.8
Cunhados (as)	5	3.0
Primos (as)	2	1.2
Sogra (o)	2	1.2
Genro	2	1.2
Nora	1	0.6

Tia	1	0.6
Avó	1	0.6
Vizinha	1	0.6
Ignorado	2	1.2
Total	166	100.0

Verificou-se que 41 (24,7%) comunicantes examinados são filhos(as); 29 (17,5%) são companheiros(as); 22 (13,2%) são irmãos(ãs) e 15 (9,1%) são mães. Portanto, o estudo identificou um número expressivo de pessoas que, devido à sua proximidade com o foco tem um risco grande de serem infectados, como os filhos e os casados ou em união consensual, têm maior chance de se contaminarem.

Bethlem (1995), em seu estudo, mostrou que o risco de adoecimento de uma pessoa cujo cônjuge é doente de tuberculose, é de duas a quarenta vezes maior que a população em geral, permitindo concluir que a proximidade do contato é um dos aspectos importantes a considerar na transmissão do bacilo.

De acordo com Melo e Afiune (1993, p. 20):

O tempo de exposição necessário para uma infecção bem sucedida foi calculado por probabilidade, entre 200 e 400 horas, dependendo das características do foco e a intensidade do contato. A proximidade (mesa, cama, mesmo quarto, mesma casa) e o parentesco (mãe, pai, irmãos e outros parentes) guardam relação direta e estatisticamente significativa com a infecção e a doença entre os comunicantes. Hospitais que internam tuberculosos constituem ambientes de riscos para outros doentes, especialmente os imunodeprimidos, bem como para os profissionais que aí trabalham, sendo necessário estabelecer medidas especiais de proteção e controle.

Um estudo de detecção da doença ou infecção tuberculosa, em comunicantes crianças e adolescentes do Rio de Janeiro, apresentou a identificação de 25 (13,6%) casos de TB, taxa elevada quando comparada a outros estudos no Brasil. Desses casos, 23 eram comunicantes intradomiciliares, o que ressalta a importância da proximidade do contato para o risco de infecção (CALDEIRA; SANT'ANA; AIDÉ, 2004).

Rose et al. (1979) mostram que comunicantes intradomiciliares de pacientes bacilíferos apresentam maior risco de se infectar (46,0%) em relação aos comunicantes extradomiciliares (34,0%); as características do contato, bem como as características bacteriológicas do paciente com tuberculose influenciam na incidência de infecção dos seus comunicantes. Esses autores, estudando a quantidade de bacilos no escarro do caso-índice e o grau de intimidade do comunicante, observaram uma prevalência de resposta tuberculínica positiva de 46,4% em comunicantes domiciliares de casos-índices com baciloscopia positiva contra 34% de comunicantes não domiciliares. Em baciloscopia negativa a prevalência em comunicantes domiciliares foi de 28%.

A intensidade do contato é uma das condições que fazem com que a tuberculose esteja associada à população de baixa renda, onde famílias numerosas convivem muito proximamente em casas pequenas, com pouca ventilação e úmida.

A investigação do comunicante de doente de tuberculose, segundo os manuais citados, preconizam examinar todos os contatos dos doentes de tuberculose, prioritariamente, dos pacientes pulmonares positivos que com ele coabitam. A proximidade do caso-índice com o comunicante, sobretudo a criança, é muito importante para se detectar novos casos ou identificar pessoas infectadas pelo *M. tuberculosis* e que poderiam ser protegidas pela quimioprofilaxia (BRASIL, MS, 2002a; BRASIL, MS, 2002c; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e; II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

Wallace et al. (2003) ressaltam que a investigação dos comunicantes intradomiciliares ou extadomiciliares devam ser investigadas pois essa estratégia é a mais apropriada para interromper a transmissão e o desenvolvimento subsequente de TB. No estudo, os autores mostram que um dos problemas da investigação é as circunstâncias diferentes que cada doente de TB vive, os profissionais da saúde devem transformar a sua

prática de trabalho para cada situação: as entrevistas detalhadas devem conter informações específicas para as populações com cultura, fatores de risco e hábitos diferentes, assim como a aproximação junto a esta coletividade não deve ser padrão para superar as barreiras específicas de populações diferentes.

Na Tabela 6, são apresentados os resultados dos exames de baciloscopia e/ou cultura de escarro realizados nos comunicantes de doentes de tuberculose.

Tabela 6: Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose, no Núcleo de Gestão Assistencial 60, de São José do Rio Preto, segundo os seus resultados dos exames de baciloscopia e cultura de escarro, realizados no ano de 2002.

Exames Realizados	Positivo	Negativo	Ignorado	Total	
	N	N	N	N	%
Baciloscopia de Escarro	-	15	1	16	80,0
Baciloscopia de escarro e cultura de escarro	-	2	-	2	10,0
Baciloscopia outro material	1	-	-	1	5,0
Cultura de escarro	-	1	-	1	5,0
Total	1	18	1	20	100,0

Comprovou-se que do total de 166 comunicantes examinados, em apenas 20 (12%) deles foram solicitados exames de baciloscopia e/ou cultura de escarro. Foram realizadas baciloscopia de escarro em 16 (9,6%) comunicantes, sendo que, desses, 15 amostras foram negativas e uma baciloscopia teve o resultado registrado como ignorado no prontuário. Apenas um resultado de baciloscopia de outro material foi positivo.

Entre os exames utilizados para investigação diagnóstica de tuberculose, a baciloscopia é que permite a confirmação do diagnóstico, tendo como inconveniente o fato de necessitar de grande quantidade de bacilos no material examinado, aproximadamente 5.000 bacilos por milímetro de amostra; conseqüentemente, apenas lesões pulmonares

razoavelmente extensas podem apresentar resultado positivo ao exame direto (BRASIL, MS, 2002a).

Estudo de Lemos (2001) analisou as características laboratoriais de 10 casos de tuberculose entre os contatos e nove tiveram alguma sintomatologia respiratória, só que a tosse foi a sintomatologia mais freqüente com 85,7% seguido da expectoração em 71,4%, e a baciloscopia de escarro foi positiva em 33,3%. Nesta mesma pesquisa, 70% dos casos de TB nos contatos fizeram parte do grupo de contatos sintomáticos, e desses, apenas, em dois foi feito exame direto de escarro apresentado positivo. No entanto, três casos de TB foram diagnosticados no grupo de contatos assintomáticos. Esses fatos merecem à atenção dos serviços de saúde, no sentido de usar mais a propedêutica radiológica na busca ativa de casos novos de tuberculose para com isso aumentar o número de casos diagnosticados e diagnosticar a doença em fase menos contagiosa.

Coelho et al. (1999) salientaram que apesar da baciloscopia representar o principal recurso diagnóstico da tuberculose por demonstrar a presença do agente etiológico da doença e identificar os casos bacilíferos para serem tratados, acrescido de seu baixo custo e simplicidade, demandam a realização de cultura. A baciloscopia e cultura de escarro na pesquisa em questão, teve um baixo rendimento (12%) entre os exames para diagnóstico utilizados nos comunicantes de doentes de tuberculose no serviço estudado, isso deve-se, principalmente, aos seguintes fatores: o comunicante não apresentar material biológico para investigação (escarro) ou sem sintomatologia de tuberculose pulmonar.

Na Tabela 7, apresentados os comunicantes de doentes de tuberculose que foram submetidos a exames radiológicos.

Tabela 7: Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose, no Núcleo de Gestão

Assistencial 60, de São José do Rio Preto no ano de 2002, segundo resultado do exame radiológico realizado.

Resultado do Raio X	Total	
	N	%
Normal	148	89,1
Suspeito de Tb	2	1,2
Suspeito de outras afecções	9	5,4
Não realizado	2	1,2
Ignorado	5	3,0
Total	166	100,0

Pode-se observar que dos 166 comunicantes, 159 (95,8%) foram submetidos a exame radiológico. Desses, em 148 (89,1%) a radiografia de tórax foi normal, 2 (1,2%) a suspeita foi de TB e 9 (5,4%) a suspeita foi de outras afecções. Convém lembrar que no NGA-60, existe equipamento para exame radiológico que foi o procedimento diagnóstico mais utilizado para o controle dos comunicantes.

O estudo radiológico de tórax é indicado como método auxiliar em várias situações, entre elas, nos comunicantes de pacientes bacilíferos de todas as idades, intradomiciliares ou institucionais com ou sem sintomatologia respiratória. Esse tipo de exame radiológico permite a identificação de pessoas portadoras de imagens sugestivas de tuberculose ou de outras patologias. O resultado da radiografia deverá obedecer a seguinte classificação: Normal - não apresentam imagens patológicas nos campos pulmonares; Sequela – imagens sugestivas de lesões cicatriciais; Suspeito - imagens sugestivas de processo de TB ativa; Outras doenças- imagens sugestivas de pneumonia não tuberculosa (BRASIL, MS, 2002a, BRASIL, MS, 2002c; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e; II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

Cabe destacar que todas as radiografias de tórax dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados no PCT são arquivadas com o número do prontuário do caso-índice, na sala de recepção, do NGA-60. Após serem examinados e não sendo constatado tuberculose

doença, os comunicantes são orientados a procurarem a unidade de saúde mais próxima de sua residência, em caso do aparecimento de sintomatologia respiratória.

Dos 166 comunicantes examinados, apenas, 12 (7,2%) realizaram a PT. O teste tuberculínico também faz parte dos métodos de diagnóstico da tuberculose e está indicado como método de triagem, uma vez que o resultado positivo dessa prova isoladamente indica a presença de infecção e não é suficiente para o diagnóstico. A leitura da PT deve ser realizada de 72 a 96 horas após a sua aplicação, medindo-se com régua milimetrada o maior diâmetro transversal da área de endurecimento palpável. O resultado é registrado em milímetros e classifica-se como: de 0 a 4 mm - não reator: indivíduos não infectados pelo *M. tuberculosis*, ou com contato recente (< 2 semanas) com hipersensibilidade reduzida; de 5 a 9 mm - reator fraco: indivíduo vacinado com BCG, ou infectado pelo *M. tuberculosis*, ou por outras micobactérias; de 10 mm ou mais - reator forte: indivíduos infectados pelo *M. tuberculosis*, que pode estar doente ou não, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos. Em indivíduos infectados pelo HIV, considera-se reator aquele que apresenta endurecimento de 5 mm ou mais, e não reator aquele com endurecimento entre 0 e 4 mm. Para pacientes não reatores e em uso de terapia anti-retroviral, recomenda-se fazer o teste 6 meses após a terapia devido a possibilidade de restauração da resposta tuberculínica. Nos indivíduos vacinados com BCG, principalmente entre aqueles imunizados há até dois anos, a PT deve ser interpretada com cuidado, pois, em geral, apresentam reações de tamanho médio, podendo alcançar 10mm ou mais. Outras situações podem interferir no resultado como doenças imunodepressoras, vacinação com vírus vivos, gravidez, tratamento com corticóides; imunodepressores, crianças menores de dois meses de idade e pessoas com mais de 65 anos (BRASIL, MS, 2002a, BRASIL, MS, 2002c; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e; II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004).

Souza (1999) mostrou que dos 87% dos comunicantes submetidos à PT, 12% foram não – reatores, 17% reatores fracos e 58% reatores fortes. Constatou-se existir um número alto de comunicantes já infectados pela doença por meio desse método. A PT é indicada em todos comunicantes, independente da presença da cicatriz vacinal do BCG, e deverá ser realizada na primeira consulta do contato e em alguns serviços de saúde como no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O PT é repetido após quatro meses, caso o resultado inicial seja negativo (menor que 10 mm) para verificar ocorrência de viragem tuberculínica indicativa de infecção recente (KRITSKI, 2000).

Como apresentado anteriormente nesse estudo, a PT é indicada para crianças menores de 15 anos não vacinadas com BCG (BRASIL, MS, 2002c, BRASIL,MS, 2002d, BRASIL, MS, 2002e), no entanto, no II Consenso Brasileiro de Tuberculose (2004), considera-se importante realizar a PT em todas crianças que tenham convívio próximo com adultos com TB; ainda se concebe como prioritário para essa investigação crianças menores de cinco anos, como apresentado no algoritmo.

Considerando a importância do controle dos comunicantes crianças de doentes tuberculose, observa-se que o serviço não tem realizado a investigação desse contato, pois isso é uma preocupação dos gestores locais já que o diagnóstico de tuberculose na infância é complexo , dependendo de métodos diagnósticos, tais como escarro induzido, broncoscopia, punções e até mesmo biópsia pulmonar por toracotomia (MORRONE; SOLHA, 1983; CARREIRA; SANT’ANNA, 2000; NASCIMENTO; LOBATO, 2003; LOBATO; ROYSE; MOHLE-BOETANI, 2003; II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE 2004).

Na Tabela 8, apresenta-se os resultados da PT dos 12 comunicantes que a realizaram.

Nessa tabela nota-se que dos 12 comunicantes que foram submetidos à PT, 9 (75%) apresentaram não reator à PT, 1 (8,3%) reator fraco e 2 (16,7) reator forte.

Tabela 8: Distribuição dos comunicantes dos doentes de tuberculose registrados como examinados no Programa de Controle de Tuberculose, no Núcleo de Gestão Assistencial-60, de São José do Rio Preto, segundo o resultado do teste tuberculínico, em milímetros, no ano de 2002.

Valor do Prova Tuberculínica(mm)	Total	
	N	%
0	7	58,3
2,0	1	8,3
3,0	1	8,3
6,0	1	8,3
8,0	2	16,7
Total	12	100,0

Marks (2000) investigou comunicantes de pacientes com tuberculose nos Estados Unidos e observou que, em uma população de 1.080 pacientes com baciloscopia positiva, foram relatados 6.225 comunicantes, com uma média de 4 comunicantes por paciente. Dos comunicantes identificados, 88% fizeram o teste tuberculínico. Desses, 36% apresentaram o teste positivo, sendo que 74% iniciaram tratamento para infecção latente de TB e, apenas, 56% completaram o tratamento. O estudo concluiu que devido ao alto número de comunicantes identificados e a falta de definição dos tipos de contato faz-se necessário que novas políticas e procedimentos sejam tomados nos programas de controle da tuberculose para se alcançar a efetividade da investigação dos comunicantes, como treinamento da equipe de TB, uso de novo currículo de treinamento de investigação de comunicantes e oferecimento de cursos aos centros de controle.

O programa de controle de tuberculose do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, ao implementar o atendimento dos comunicantes intradomiciliares de paciente bacilífero, adotou a repetição da prova

tuberculínica, após 12 semanas do primeiro teste, para comunicantes com enduração inicial inferior a 10 mm, baseando essa recomendação na elevada taxa de viragem tuberculínica (21%) dos comunicantes observada em estudo prospectivo de 2 anos, realizado no mesmo hospital. Esse estudo apresentou prevalência de infecção tuberculosa, detectada entre os comunicantes de 33% após o primeiro PPD, elevando-se para 44%, quando considerada a viragem tuberculínica (enduração > 10 mm), após a repetição do teste (CARVALHO et al., 2001).

Os recursos diagnósticos para a avaliação da presença de infecção e doença tuberculosa, entre os comunicantes, classicamente se baseiam no exame clínico, uso de prova tuberculínica e da radiografia de tórax. No entanto, nos últimos anos, novos métodos diagnósticos têm sido propostos: a análise por meio de biologia molecular, como o restriction fragment length polymorphism (RFLP), também conhecido como DNA *fingerprinting*, que permite comparação de cepas de *M. tuberculosis* e a avaliação da dinâmica da transmissão da doença dentro de uma população específica (II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2004). No entanto, a utilização do RFLP como estratégia a ser utilizada rotineiramente na investigação de comunicantes não é factível na maior parte dos países em desenvolvimento, aqueles com elevado número de casos de tuberculose (CARVALHO; KRITSKI; RUFFINO-NETTO, 2002). Em razão disso, a definição da melhor estratégia a ser adotada e dos testes diagnósticos a serem utilizados, na avaliação dos comunicantes, depende dos recursos financeiros de cada programa de controle da tuberculose e das condições epidemiológicas de cada região.

O desenvolvimento de técnicas laboratoriais, baseadas na análise de material genético, tem possibilitado esclarecer algumas dúvidas consideradas insolúveis anteriormente. É o caso do esclarecimento da transmissão dos bacilos da tuberculose em indivíduos que convivem em uma mesma área. Essa situação permite estimar taxas de transmissão para indivíduos com supostos riscos elevados de infecção e, ao mesmo tempo conhecer as cadeias de transmissão e suas características. A possibilidade de realizar tais estudos justifica o caráter

prioritário designado aos estudos da epidemiologia molecular sobre a tuberculose. A técnica do "finger print", já realizada em alguns laboratórios nacionais, possibilitará esclarecer os riscos de infecção e adoecimento entre comunicantes dos casos bacilíferos de tuberculose (BRAGA, 1999).

5.4. A INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NOS COMUNICANTES REGISTRADOS COMO EXAMINADOS EM 2002.

No ano de 2002, dos 166 comunicantes registrados como examinados, apenas, 3 (1,8%) desenvolveram a doença, perfazendo 2,7% do total dos casos diagnosticados (112 casos).

Vale ressaltar que vários estudos mostram a importância de um a dois anos do acompanhamento clínico e radiológico dos comunicantes de pacientes bacilíferos e, sobretudo, com condições sócio-econômica desfavoráveis. Teale et al. (1991) ressaltam que em 7 (54,0%) comunicantes a doença foi diagnosticada até dois anos após o início do tratamento do caso-índice, o que vem ao encontro de nosso estudo.

Segundo Alves (1998), em sua pesquisa, o diagnóstico de tuberculose entre os 179 comunicantes que compareceram à consulta médica foi de 8,9%, considerando o período de até dois anos antes e dois anos após o diagnóstico do caso índice, de 3,9% considerando, apenas, o ano estudado e até um ano após o diagnóstico, e de 6,7% considerando-se o ano estudo e até dois anos após o diagnóstico.

Esse mesma autora identificou que dos 184 indivíduos bacilíferos, 137 (74,5%) apresentavam o número de seus comunicantes anotados, porém, descontando-se 14 doentes que não tinham comunicantes, esse valor relativo aumenta para 80,6%, entretanto deveria ser 100%.

Para Alves (1998), em um estudo de 488 casos-índice, apenas 369 comunicantes foram identificados; menos de um comunicante por caso, dado que a média esperada de comunicantes por caso seja de, aproximadamente, 4 pessoas. Dos 369 identificados, apenas 189 (51,3%) passaram, pelo menos uma vez, por uma consulta de enfermagem. O que mostra,

conforme a autora, ter havido falha em um ou mais dos seguintes pontos: pós-consulta de Enfermagem; médicos; setor de convocação; recursos destinados ao setor de convocação (aerograma, telefones, viatura para visitas domiciliares).

Arantes et al. (1995), em São Paulo, afirmam que a descoberta de casos de tuberculose, entre os comunicantes nas unidades de saúde, representava uma pequena parcela de 2 a 3% do total de casos diagnosticados.

No estudo de Marks et al.(2000), o resultado de investigação de comunicantes de doentes com tuberculose com dados registrados dos CDC das clínicas públicas de saúde nos EUA, encontrou uma média de quatro comunicantes próximos por doentes, sendo que 2% de todos os comunicantes tinham TB ativa, este tipo de contato era mais provável de serem comunicantes intradomiciliares e crianças menores de seis anos.

Em algumas entrevistas, o controle dos comunicantes de doentes de tuberculose não é prioridade para o PCT, no NGA-60, como consta no depoimento abaixo:

*... tem que ver o risco-benefício; o número de comunicantes que adoecem não são tão importante assim. Um ou dois caso por ano...
(entr. 1)*

Ruffino-Netto (2000) enfatiza reflexões pertinentes às dificuldades na implantação do PCT, nos serviços de saúde no país e propõe um modelo de análise do impacto sobre a magnitude da tuberculose. Onde se tem uma população P, em que existem X1 casos de tuberculose espalhados pela comunidade, desses casos, apenas X2 demandam assistência médica num serviço de saúde. Essa procura é determinada por fatores geográficos, políticos, econômicos, educação em geral, antropológicos, conhecimento popular, entre outros. Dos pacientes que requerem assistência médica, serão atendidos pelo sistema, apenas X3, esta absorção depende da organização dos serviços e políticas; X4 serão diagnosticados como portadores de tuberculose para que X5, efetivamente, inicie o tratamento, pois depende da agilidade dos serviços de saúde; com isso, X6 são os pacientes que chegam ao final do tratamento (Figura 4).

Transportando esse modelo para o controle dos comunicantes de pacientes com tuberculose observa-se que em uma população de São José do Rio Preto de 382.173 habitantes a estimativa é de 230 números de casos de tuberculose.

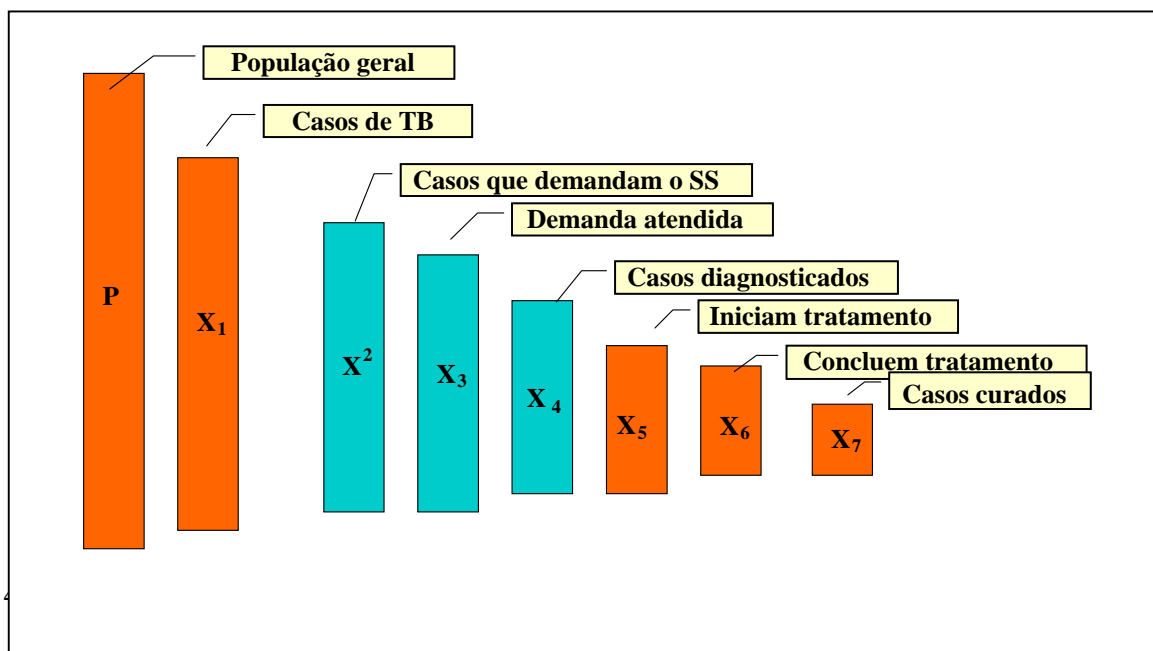


Figura 4

Fonte: Rummo- Netto. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. *Jornal de Pneumologia*, v.26, n.4, p. 159-162, 2000. Editorial

As normas do MS recomendam que todos os comunicantes de doentes de tuberculose, prioritariamente os dos pacientes pulmonares positivos, sejam examinados pelo serviço de saúde (BRASIL, MS, 2002a, BRASIL, MS, 2002c; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e; BRASIL, MS, 2004).

Estudo realizado por Rieder (1999) estima uma média de quatro comunicantes para cada caso diagnosticado de tuberculose, sendo assim, o serviço analisado teria que examinar 448 comunicantes. Nesse serviço de saúde, como relatado, 263 foram registrados e desses, apenas 166 foram examinados. Se levar em consideração o esperado, teria uma cobertura de, apenas 37,0% de exames em comunicantes. Em virtude dessas considerações percebe-se que o controle dos comunicantes de doentes de tuberculose, no município, não vem sendo incorporada pelo PCT de forma sistemática em uma população considerada de alto risco.

Pesquisa feita por Van Deutokom et al (2004), por meio de estudos epidemiológicos genotipagem, destaca que os casos de tuberculose agrupados em lugares como o norte da Holanda representa infecção recente, e o rastreamento de contato identifica somente uma pequena proporção de casos de tuberculose em 1 a 2 % dos contatos, e a maioria dos comunicantes extradomiciliares ou contatos casuais eventuais representam uma oportunidade limitada para a intervenção de controle.

Os dados apresentados em relação à organização do serviço mostram que não há uma sistematização do serviço em relação ao monitoramento do controle dos comunicantes de pacientes com tuberculose. A atenção, ainda, fica centrada no indivíduo doente isoladamente, com as ações parciais sobre o comunicante, com pequena valorização das ações preventivas.

Em 2003, Dye et al., estudaram a estratégia DOTS em 148 países e verificaram que, apenas, 27% de todos os doentes estimados com exame de escarro positivo foram notificados; os autores destacam que, em 22 países com a maior carga da doença que correspondem a 80% dos casos novos diagnosticados de TB anualmente, a detecção de casos novos em exame de escarro positivo foi de 40 a 50%. Estratégias são necessárias como a busca de casos novos e métodos de gerenciamento a fim de detectar casos novos atuais e o que é pretendido, expandir a rotina de vigilância de forma constante no acompanhamento das famílias e dos doentes de TB.

As ações de vigilância, na comunidade, caracterizam-se por um sistema passivo por meio da fonte de informação, a notificação espontânea do caso-índice de tuberculose; porém, esse tipo de vigilância é menos sensível e mais vulnerável à subnotificação (WALDMAN, 1998). Na realidade, é necessário a ampliação da visão epidemiológica no serviço de saúde pelos profissionais para implementação de práticas de vigilância e monitorização, não como meramente coleta de dados e análise das informações, mas de elaborar as bases técnicas para oferecer subsídios aos serviços de saúde, na elaboração e

implementação das ações de saúde com a agilidade na identificação de problemas e a oportuna intervenção para seu controle.

A organização da atenção ao comunicante de tuberculose é uma preocupação em responder aos indicadores para monitorar a assistência prestada pelo serviço e sua qualidade, destacando uma ação de saúde que é a prevenção. Existe a necessidade do serviço incorporar a vigilância epidemiológica, ou seja, identificar o comunicante, fazer os exames, monitorar o seu acompanhamento de forma preventiva. No entanto, os dados mostram que o serviço não aprimora a viabilidade das medidas de prevenção, ou melhor, elas não são incorporadas na prática do cotidiano da equipe de saúde do PCT de forma sistemática e contínua.

De acordo com Ruffino-Netto (2000), há necessidade de ampliar a visão biológica e reducionista do agravo para uma visão mais holística. O impacto sobre a epidemiologia da doença será obtido com base na implementação da demanda, atendimento, diagnóstico, agilizando o serviço e aumentando a adesão.

5.5. ASPECTOS OPERACIONAIS DO SISTEMA DE SAÚDE QUE ENVOLVEM O CONTROLE DOS COMUNICANTES DE DOENTES DE TUBERCULOSE

Para discutir o acesso do comunicante de doentes de tuberculose ao PCT no NGA, foi necessário apresentar como os doentes de TB são encaminhados para esse serviço.

Na Tabela 9, é possível verificar os casos de tuberculose notificados no PCT no NGA-60, de acordo com o local de origem do encaminhamento.

Tabela 9: Distribuição dos casos de Tuberculose notificados no Programa de Controle da Tuberculose, no Núcleo de Gestão Assistencial 60, de São José do Rio Preto, segundo o local de origem do encaminhamento, no ano de 2002.

Local de Encaminhamento	Total	
	N	%
Hospital Público	44	39,3
Hospital Filantrópico e Privado	16	14,3
Ambulatório Público	25	22,3
Unidades de Saúde	12	10,7
Consultório Particular	7	6,2
Sistema Penitenciário	8	7,2
Total	112	100,0

Averiguou-se que o local de origem do encaminhamento dos doentes de tuberculose foi por meio dos Hospitais e Ambulatório Público com 69 casos (61,68%).

Gazetta (1999), quanto à procura não espontânea pelo serviço, obteve um total de 290 casos (40%), destacando-se, dentre esses motivos, a doença AIDS que apresentou 134 casos (22,2%) e outros motivos com um percentual de 13%. Os encaminhados por outros serviços de saúde foram 71 casos (11,%), o que demonstrou uma baixa resolutividade das UBSs do município e da região em fazer a descoberta de casos pela baciloscopia de escarro em sintomáticos respiratórios, que é uma das ações mais básicas e importantes do programa, concomitante ao tratamento e controle.

Estudo realizado por Meirelles (2003) apontou que o município de São José do Rio Preto, no período compreendido entre 1995 a 1999, apresentava a distribuição de casos de tuberculose com alta porcentagem de diagnóstico ocorrido em referência terciária (hospitais) – 428 casos (60,0%), principalmente no Hospital de Base – 345 casos (48,6%), contrapondo com apenas 55 casos – 7,7% em Unidades Básicas de Saúde.

As taxas acima apontadas demonstraram a baixa resolutividade na rede de atenção primária do município, no período estudado, em fazer a descoberta de casos pela baciloscopia de escarro em Sintomáticos Respiratórios, que é uma das ações básicas e importantes do PCT.

Acredita-se que esteja ocorrendo um importante viés no sistema de saúde, em que 10,7% dos casos são encaminhados pelas UBS, seja pela dificuldade de acesso aos serviços, ou por não estarem integradas ao programa de controle, fazendo com que os pacientes procurem o hospital, algumas vezes, em condições clínicas extremamente afetadas.

Observa-se, ainda, que 44 (39,3%) dos casos foram encaminhados por hospitais públicos e 16 casos (14,3%) por hospitais filantrópicos e privados. Isso se justifica devido ao

fato do Hospital de Base ser referência para a região no acompanhamento de portadores de HIV.

Com base nos princípios que norteiam as diretrizes do Sistema Único de Saúde, como universalidade, equidade e integralidade, considera-se que todo cidadão possui direitos iguais perante o SUS, devendo ser atendido conforme as suas necessidades, cabendo, também, à organização de serviços de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente e disposto em uma área geográfica delimitada (MENDES, 2001).

Por oferecer uma maior complexidade de assistência à saúde, o Hospital de Base encaminha os pacientes de tuberculose para as unidades de saúde de nível primário ou secundário de atendimento do município e da região a fim de dar continuidade ao tratamento e acompanhamento dos casos.

Ochoa et al. (1995) descrevem, em estudo realizado em Cuba, que existe um aumento de tuberculose nos infectados por HIV em muitos países, destacando a importância de fortalecer os mecanismos de vigilância epidemiológica dos programas de controle dessas enfermidades.

Styblo (1990), que vem estudando modelos epidemiológicos, explica que para se reduzir em 40% a proporção de comunicantes infectados é necessário que se descubra 70% dos bacilíferos e que se tenha 85% de taxa de cura. Isso levaria efetivamente a uma redução do problema da tuberculose, contendo, inclusive, as infecções em excesso causadas pelo HIV.

Ao se analisar o alto índice de internação para confirmação do diagnóstico (40,6%), destaca-se a precariedade das UBSs, consideradas como porta de entrada do sistema de saúde, para prestar, de forma organizada, as ações padronizadas do PCT para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento do doente e controle dos comunicantes.

Hijjar (1992) afirma que o percentual de integração das unidades de saúde do setor público ao PNCT, é de cerca de 65% nos hospitais e centros de saúde e 15% em postos

de saúde que promovem ações de diagnóstico ou tratamento da tuberculose. Isso revela que a prática de atenção médica de oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde reduzidos a serviços médicos, ofertados individualmente e destinados a tratar as enfermidades ou a reabilitar os pacientes portadores de seqüelas, por meio da clínica e com a intermediação crescente de tecnologia. A prática da atenção médica, ao excluir os componentes coletivos da doença e a sociabilidade da saúde, tem implicações até mesmo no nível do diagnóstico e da conduta sobre as queixas dos pacientes.

Castellanos (1996) preconiza o modelo de reprodução social que envolve quatro dimensões: os processos predominantemente biológicos, os de predominância psicológicos, os culturais e os econômicos. Tais momentos constituem âmbitos da ação da vigilância da saúde que opera tentando modificar os perfis de problemas de saúde, mudando os processos de reprodução social, ao nível dessas dimensões.

A vigilância da saúde, enquanto prática sanitária, é resposta social vinculada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, organiza os processos de trabalho mediante operações intersetoriais, articuladas por diferentes estratégias de intervenções (WALDMAN, 1998).

Terris (1990) relata que as estratégias de intervenção da vigilância da saúde resultam de acordo de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa.

Dessa forma, Evans (1985) apud Waldman, Silva e Monteiro (2000, p.198) coloca que:

Tanto na eliminação como no controle de doenças, é indispensável a manutenção, regular e contínua, não só das medidas de intervenção pertinentes, mas também de instrumentos que permitam acompanhar o comportamento das doenças e o desempenho dos serviços de saúde.

Da mesma forma, Waldman et al. (2000, p. 220) acrescentam que “...a tuberculose e a hanseníase dependem para o seu controle da existência de uma rede básica de saúde bem estruturada que garanta a qualidade e regularidade dos serviços prestados”.

Em estudo conduzido em Barcelona, Crespo et al. (1992) verificaram que, em relação ao acesso aos serviços, os pacientes apontam pequena margem de horário de atendimento pela unidade de saúde como um dos obstáculos do programa para o controle da tuberculose. Entretanto, o acesso não deve ser reduzido à distância ou ao horário de atendimento, como elementos pontuais da estrutura de organização dos mesmos. Deve-se levar em conta a possibilidade concreta de acesso enquanto disponibilidade do serviço para atender às necessidades de saúde que se articulam. Assim sendo, a abrangência das ações das unidades de saúde deveria ser maior, incorporando a equidade no acesso aos serviços como uma condição necessária para a transformação da qualidade de saúde dos cidadãos.

Em outro estudo realizado no Haiti em 1990, onde o programa de controle da tuberculose é conhecido por sua ineficácia, verificaram que o uso de incentivo como ajuda financeira ao paciente, transporte para ir à unidade de saúde mensalmente e realização de visitas domiciliares periódicas resultaram na redução da mortalidade, aumento da taxa de cura, bem como a diminuição do absenteísmo no trabalho, demonstrando que questões de ordem econômica interferem no processo saúde-doença (FARMER et al, 1991)

Para Bertolozzi (1998), um fato importante para o doente, quanto à questão da acessibilidade à assistência de saúde, é saber que a unidade de saúde pode albergar a solução de seus problemas e necessidades, fazendo com que esse a procure, imediatamente, após o início dos sinais e sintomas.

De acordo com Starfield (2002) a acessibilidade é um dos elementos estruturais de grande importância para a atenção primária, embora dependa não apenas da localização do serviço, mas o horário e os dias de funcionamento para atendimento ao público, tempo de

demora para as consultas não agendadas, relacionamento dos trabalhadores de saúde e dos usuário.

O acesso dos comunicantes de doentes de tuberculose ao serviço foi uma preocupação da equipe que apareceu nas entrevistas, pois há dificuldades de recursos financeiros para o transporte, a localização da unidade e o tempo disponível para comparecer na consulta médica:

o passe é para o paciente não tem para o comunicante, só para alguns casos especiais... (entr. 5)

É muito difícil muitos estão trabalhando, eles não acham tempo, acham que não vai acontecer com eles... (entr. 6)

Starfield (2002) especifica que a definição de pacote de serviços ofertados está baseada na variedade de necessidades de uma comunidade, o que oferecer e onde oferecer são abordagens que prestam serviços onde os recursos são insuficientes para atender aos padrões de integralidade, que poderiam ser estabelecidos com base nessas necessidades da população.

Os profissionais entrevistados destacaram a descentralização do serviço de atendimento e acompanhamento dos casos de tuberculose para as unidades de saúde como se segue nos depoimentos abaixo:

... estão encarregando os postos e PSF para fazer as visitas e monitoramento do tratamentos de tuberculose, isso vai melhorar muito... (entr. 5)

Tem que descentralizar eles; querendo ou não, vão ter que implantar, então, vai indo, quem sabe eles pegam gosto... (entr. 6)

... descentralizando o serviço, acho ótimo! As unidades têm que trabalhar com tuberculose, eles estão mais perto do paciente... (entr. 7)

Alguns autores apontam que a descentralização das ações do PCT oferece tanto oportunidades como riscos para a continuidade das ações, destacando que pode haver a melhora da eficiência e qualidade dos serviços, assim como o risco de pulverização da responsabilidade e falta de compromisso, fragmentação dos programas, maior dificuldade em desenvolver o tratamento supervisionado e deficiência no sistema de informação (FRIEDEN; DRIVER, 2003).

Com respeito a descentralização do PCT, entendeu-se que com a ampliação da oferta desse controle, possibilitaria ao comunicante de tuberculose e ao doente um pacote de serviços que contribuiria para o controle da TB no município. Transferindo, assim, a responsabilidade para a equipe das unidades de saúde e o controle das ações de tuberculose.

Um dos problemas enfrentados pelo serviço estudado está relacionado à centralização das ações do PCT no município em uma unidade de referência de nível secundário. O MS propõe que as ações de controle da doença sejam desenvolvidas no nível primário de atenção, denominada Atenção Básica, o que ainda não ocorre no sistema de saúde estudado (BRASIL, MS, 2002a; BRASIL, MS, 2002c; BRASIL, MS, 2002d; BRASIL, MS, 2002e; BRASIL, MS, 2004). Este fato reflete no trabalho desenvolvido pela equipe, pois a mesma não trabalha com uma população adscrita, com focalização na família e orientação comunitária, não sendo capaz, portanto, de definir à comunidade a qual serve para conhecer suas características em termos sócio-demográficos e de saúde, dificultando, assim, a sistematização da assistência aos comunicantes de doentes tuberculose em relação às práticas de vigilância e monitorização.

Desde muito, há evidências de que os serviços de saúde que se organizam, valendo-se, de uma atenção primária à saúde, estruturada em conformidade com os seis princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a

coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária são mais eficazes e de maior qualidade (MENDES, 2002; STARFIELD, 2002).

Mendes (2002) enfatiza que há várias formas para a organização dos sistemas de serviços de saúde no âmbito microeconômico, mas, contemporaneamente, elas agregam-se em duas opções: os sistemas fragmentados ou sistemas integrados de serviços de saúde. Os sistemas fragmentados de serviços de saúde são aqueles que se (des)organizam por meio de um conjunto de pontos isolados de atenção à saúde, com dificuldades de comunicação, com débil atenção primária, incapazes de prestar um cuidado contínuo às pessoas e de se responsabilizar por uma população determinada. Nesses sistemas, a visão estrutural é representada por uma pirâmide, na qual os pontos de atenção devem ser organizados por níveis hierárquicos, segundo uma complexidade crescente que vai de um nível de baixa complexidade, o primário, até um nível de maior complexidade, o quaternário.

Na atenção básica, tem-se presente menor densidade tecnológica (equipamentos, exames com maior nível de sofisticação), mas lida-se com problemas/situações que apresentam maior complexidade nos seus quadros de saúde/doença, exigindo supervisão mais próxima para o aprendizado de intervenções sobre problemas de saúde mais estruturados, falta de adesão para acompanhamento de doenças ou condições crônicas, como a tuberculose, hanseníase, AIDS e situação de risco biológico e social (OMS, 2003).

Essa concepção de sistema hierarquizado fundamenta-se em um conceito equivocado de complexidade, ao estabelecer que a atenção primária é menos complexa que os outros níveis. O município estudado, apesar de todos os avanços na reestruturação e reorganização do seu sistema de saúde, trabalha com a concepção de sistema fragmentado, como descrito anteriormente. Esse fato se reflete também em relação ao PCT. Os sistemas de saúde precisam se resguardar contra a fragmentação dos serviços. O tratamento das condições crônicas de saúde, como os pacientes com HIV/AIDS, tuberculose, diabetes, hipertensão

requer a integração para garantir que as informações sejam compartilhadas, entre diferentes cenários e os prestadores, e através do tempo a começar do contato inicial com o paciente.

Os níveis micro, meso e macro do sistema de saúde devem atuar em conjunto e compartilhar a meta de melhor atendimento das condições crônicas. Não deve haver fronteiras entre os níveis do sistema a fim de permitir uma real integração entre as organizações de saúde e as comunidades, as políticas e os pacientes. Integração, coordenação e continuidade devem ocorrer ao longo do tempo e em todos os âmbitos da saúde, incluindo as atenções primária, especializada (se houver) e hospitalar. A atenção deve ser integrada em todas as categorias de condições crônicas, indo além dos limites das doenças comuns (OMS, 2003).

A reforma do setor saúde, no Brasil, aposta no fortalecimento da atenção primária à saúde, com a compreensão de sistemas integrados de saúde, organizados por uma rede integrada de pontos de atenção. A compreensão da atenção primária, também, incorpora conceitos como um nível de assistência à saúde que apresenta menor densidade tecnológica, porque utiliza poucos recursos técnicos para a realização de exames diagnósticos e intervenção clínica, e maior complexidade tecnológica, visto que para realizar ações de saúde, na unidade indivíduo/família, incorpora instrumentos tecnológicos advindos das ciências sociais, além da clínica, para compreensão do processo saúde-doença (MENDES, 2002).

A complexidade da ação do controle dos comunicantes de pacientes com tuberculose, necessita de várias informações sobre o monitoramento dos comunicantes de forma sistemática, com assistência contínua, utilizando saberes de outras ciências ao longo do tratamento do caso-índice, como descrito acima. Todos esses fatores levam à compreensão de que o controle de comunicantes de tuberculose apresenta-se como uma ação de maior complexidade tecnológica.

Ainda que evidências sejam observadas para a descentralização do PCT no município, existem fatores preocupantes, pois uma descentralização radical desse serviço

pode vir acompanhada de diminuição de eficiência da qualidade da assistência e perda de informações importantes para o controle da tuberculose. Assim, a forma de introdução dessa nova proposta de organização do PCT vem surgindo com certa reserva pelos profissionais de saúde da rede municipal.

O relatório da OMS, apresentado por Dye (2004), faz elogios à iniciativa do Brasil de descentralização do PCT, delegando mais responsabilidade para os governos estaduais e municipais no combate à doença, no entanto destaca que a descentralização rápida teria levado a uma falta de compromisso político da parte dos governos regionais, com queda no tratamento, falhando ao monitorar e avaliar os doentes de TB para a cura, sendo necessário um ajustamento do sistema e melhora no acompanhamento desses pacientes.

Algumas atividades do PCT têm sido transferidas do serviço de referência para algumas UBSs e PSF, como a busca de sintomático respiratório, diagnóstico, tratamento supervisionado e controle dos comunicantes crianças de pacientes com tuberculose. Essas atividades, no entanto, não estão sendo realizadas de forma integrada orientada às necessidades de uma população adscrita, apenas baseada em necessidade do serviço em garantir alguns procedimentos por um certo tempo.

Nesse sentido, Mendes (2001) reconhece que:

[...] pode-se conceituar como sistemas integrados de serviços de saúde, uma reforma microeconômica dos sistemas de serviços de saúde, realizada com a instituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que presta uma assistência contínua a determinada população - no lugar certo, no tempo certo, na qualidade certa e com o custo certo - e que se responsabiliza pelos resultados econômicos e sanitários relativos a essa população (p. 104).

Esse sistema de serviço de saúde proporciona um nível resolutivo de atenção primária à saúde que dê conta de resolver, de forma eficaz e humanizada, em torno de 90% os problemas dos usuários, de integrar-se com outros pontos de atenção à saúde e de exercer atividades da saúde das pessoas e famílias sob sua responsabilidade. Para que isso ocorra, faz-se necessário uma série de tecnologias para a microgestão das atividades clínicas, como: a

gestão da utilização de procedimentos clínicos, a perfilização clínica, a gestão de patologia, a gestão de casos, a lista de espera e os procedimentos expectantes, a revisão do usuário, os protocolos clínicos e os sistemas integrados de informação (MENDES, 2001).

A elaboração de protocolos definidos é uma tecnologia recomendada para a utilização em praticamente todas as técnicas acima descritas. Com a medicina baseada em evidência, os sistemas integrados de serviços de saúde preconizam a utilização de protocolos clínicos definidos, com o propósito de influenciar decisões a respeito de intervenções de saúde, relacionando avaliação tecnológica e garantia de qualidade (EDDY, 1990, MENDES, 2001). Os protocolos devem ser preparados por equipes multidisciplinares, com base numa revisão sistemática da evidência, encontrada na literatura de escolha, com a presença dos profissionais que, posteriormente, irão utilizá-los. Os protocolos representam uma abordagem consensual para intervenções típicas ou para o uso apropriado de determinados serviços e podem tomar a forma de recomendações ou de algoritmos detalhados (MENDES, 2001).

Na SMSH de São José do Rio Preto, desde 2002, alguns protocolos têm sido colocados em discussão entre os profissionais de saúde e também vêm sendo utilizados pelos serviços de saúde. No momento, podemos destacar os protocolos de hipertensão arterial e diabetes mellitus

Nesse contexto, é oportuno colocar que o serviço de saúde deve e pode utilizar-se de várias estratégias para garantir a realização da vigilância dos comunicantes de pacientes de tuberculose, a qual é considerada, como uma atividade fundamental para a rede de serviços de saúde que desenvolvem as ações desse programa de saúde e integram o Sistema Único de Saúde. Desta forma, essas atividades devem, no mínimo, atender ao que já está normatizado, além da necessidade de que elas sejam operacionalizadas de forma sistematizada por meio de protocolos, para que deixem de ser uma atividade apenas periférica, marginal ou secundária, no conjunto das práticas de saúde desenvolvidas pelas unidades de saúde, conforme,

empiricamente, parece estar ocorrendo em nível de país, pois a atenção é quase que exclusivamente voltada à doença/doente e aos eventos agudos vivenciados por esse.

Nesse estudo, foi possível verificar, por meio dos dados georeferenciados, o local de moradia dos comunicantes de doentes de tuberculose por áreas geográficas dos pólos e áreas abrangidas pelas UBS. Operação que vem sendo trabalhada pela SMHS de São José do Rio Preto para os casos confirmados de tuberculose, pois compete a esse setor conhecer o quadro epidemiológico de cada tipo de agravo ou doença e, então, estabelecer formas de intervenção. Tal entendimento de comportamento emerge do processo de descentralização do sistema de saúde do município no que se refere ao PCT, iniciada em 2002, estabelecendo nova organização gerencial entre os diferentes níveis de atenção em saúde. Cabe destacar que São José do Rio Preto está dividido em cinco pólos com 22 UBS, sendo definidos critérios geo-políticos na topografia urbana, com as propostas de intervenções baseadas em articulações intersetoriais, havendo compromisso das equipes das UBS com a situação de saúde da população em sua área de abrangências.

Essa tecnologia permite a manipulação de informações gráficas e mapas em microcomputadores, com bases cartográficas digitalizadas e de endereçamento de bancos de dados secundários. Os mapas estão sendo muito utilizados em programas de vigilância à saúde, em pesquisa de localização de casos de doenças, equipamentos urbanos, indústrias e outras fontes de poluentes ou foco de transmissão e contaminação de doenças.

É importante mencionar que, desde o final de 1980, adotou-se, no município de São José do Rio Preto, uma política de expansão dos conjuntos habitacionais, nas áreas periféricas, destacando a região norte da cidade. Esses conjuntos são bastante populosos, com números que superam diversos municípios da região.

Entre os 166 comunicantes de pacientes com tuberculose examinados pelo serviço 18 comunicantes não foram computados, pois estavam em áreas que não tem base geográfica disponível para geocodificar.

Analisando o mapa do município, pode-se observar na Figura 5, a relação entre a localização das residências dos comunicantes dos doentes com tuberculose e os pólos dos serviços de saúde do município, destacando que a maioria dessas pessoas residiam nas áreas mais carentes do município, com uma maior incidência na região norte.

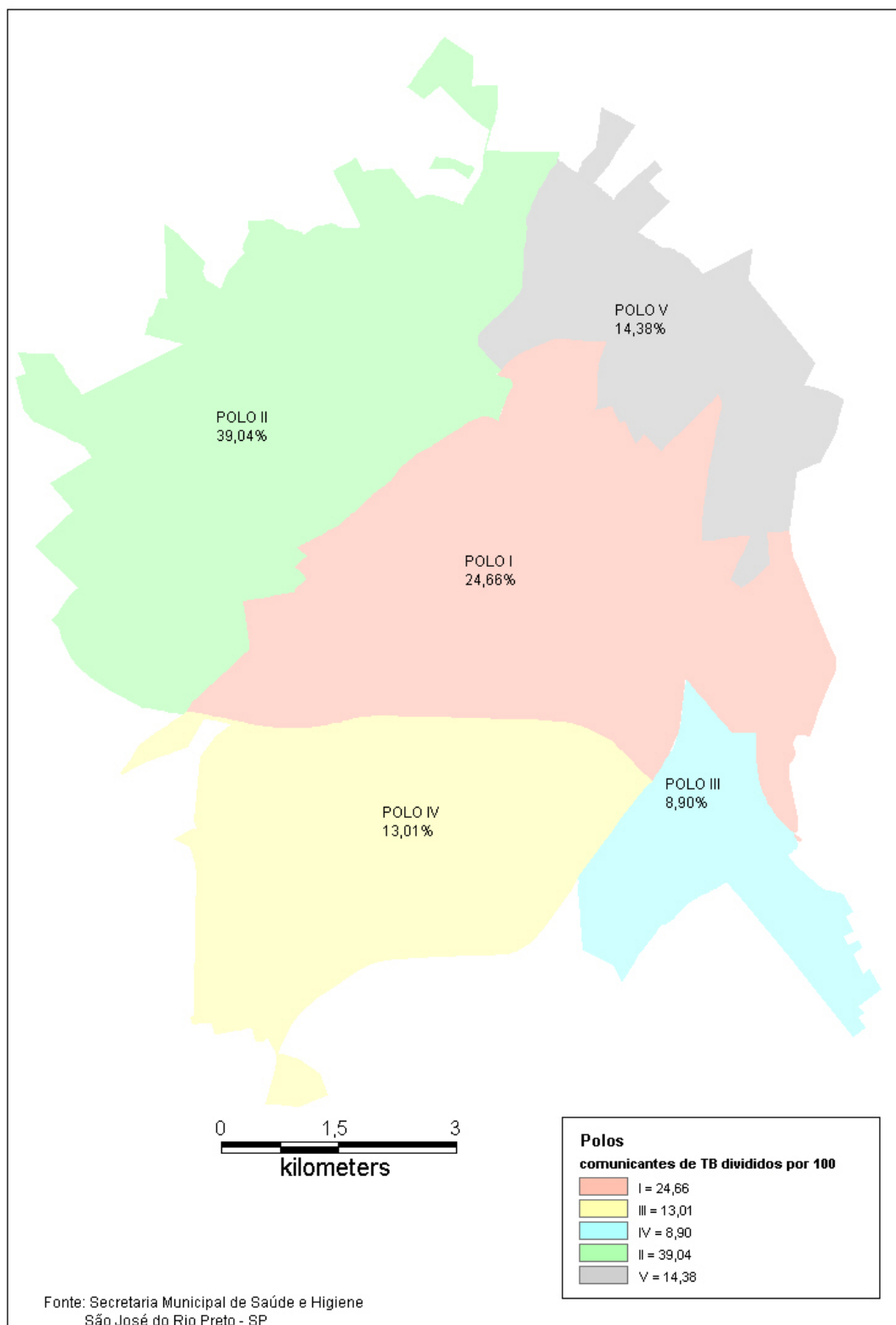


Figura 5 - Distribuição de comunicantes de doentes de tuberculose notificados no Núcleo de Gestão Assistencial 60, no município de São José do Rio Preto, no ano de 2002, segundo divisão por pólos dos serviços de saúde.

Na Figura 5, estão representadas graficamente, a localização das residências dos comunicantes relacionados à divisão da área urbana em cinco pólos. Dos 146 comunicantes de pacientes com tuberculose examinados como os registrados, foram geocodificadas as moradias, sendo que 57 comunicantes (39,04%) residem no pólo 2, no pólo 1 foram registrados 36 (24,66%), no pólo 5, foram geocodificados 21 comunicantes (14,38%); 19 (13,01%) no pólo 3; 13 comunicantes (8,90%) residentes no polo 4.

A distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose, no município, apresenta-se com maior número, na região norte do (pólo 2), considerada por estudos anteriores (FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2002; FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2003; FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004.), setor com indicadores de saúde com desigualdades sociais e econômicas mais baixo, comparando-se a outros pólos.

A relação entre área de residência com o padrão de rendimento permite conclusões sobre as dificuldades do comunicante de tuberculose no contexto familiar, considerando-se a falta de recursos sociais e econômicos, necessidade de dia de trabalho perdido, custo com transporte para deslocamento na visita aos serviços de saúde.

Os estudos epidemiológicos têm procurado explicar as desigualdades na saúde da população, segundo fatores sociais e econômicos tais como renda, ocupação, educação, habitação, ambiente ou, de maneira geral, as assim denominadas condições de vida. Esses estudos mostram que a saúde da população apresenta forte fator social que se reproduz nos mais diferentes países, independentes da natureza, abrangências, eficácia, eficiência dos respectivos sistemas de saúde. No entanto, os grupos socialmente menos privilegiados, a falta de equipes no serviço de saúde manifesta-se nos diferenciais encontrados nas taxas de morbi-

mortalidade como no adoecimento mais precoce das camadas menos favorecidas (SZWARCWALD, 1999).

Na pesquisa feita por Vendramini et al. (no prelo, 2004), no município de São José do Rio Preto, verificou-se que o risco da população em adoecer por tuberculose é três vezes maior, nas áreas com o pior nível sócio-econômico, em relação à área com os melhores níveis, mostrando que a tuberculose guarda estreita relação com os níveis de desenvolvimento sócio-econômico, como as más condições de vida, locais com grandes concentrações humanas, saneamento básico e habitações precárias, fome e pobreza. Fica claro que a “tuberculose é uma doença que ultrapassa as barreiras biológicas, e antes dela ser mero desvio ou disfuncionalidade biológica é um problema social” (RUFFINO-NETTO; PEREIRA, 1982).

A identificação de áreas com diferentes riscos para TB permite que o sistema de saúde municipal trate o município como composto de distintas realidades e priorize as regiões com as maiores incidências da doença. Essa priorização deve levar em conta tanto a assistência à saúde como as atividades de vigilância, ampliar a capacidade de diagnóstico, identificação de casos, tratamento, a cura, intensificar a busca do sintomático respiratório e dos comunicantes dos doentes de tuberculose.

A Figura 6 apresenta a distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose, segundo a área de abrangência do serviço de saúde; como apresentado anteriormente, conta-se com 18 áreas, mas, em duas áreas, não apresentou número de comunicantes de TB.

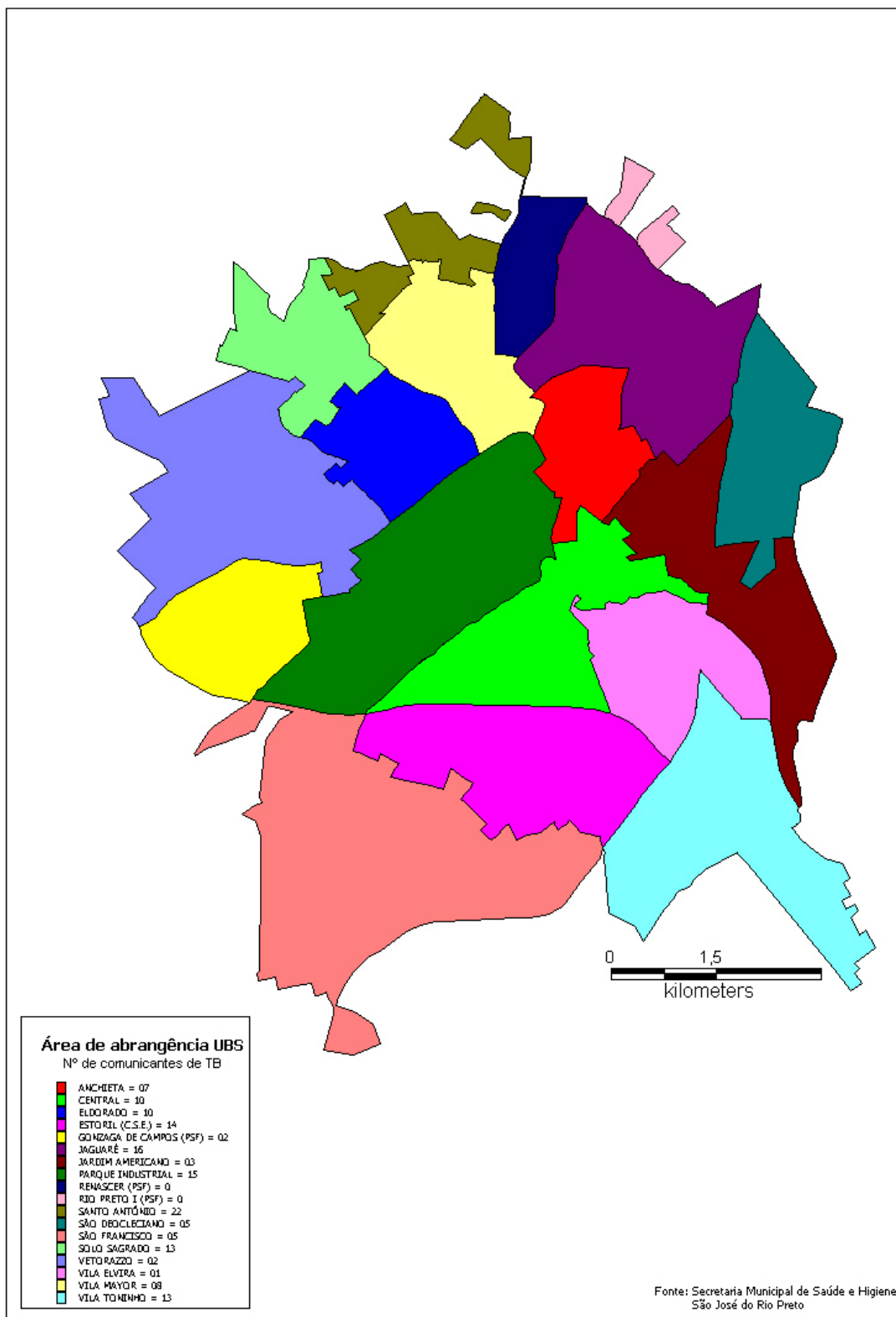


Figura 6- Distribuição dos números de comunicantes de doentes de tuberculose examinados como registrados, segundo à área de abrangência das Unidades de Saúde no município de São José do Rio Preto em 2002.

A Figura 6 mostra que dos 146 comunicantes de doente de tuberculose examinados e registrados, 22 residem na área de abrangência da Unidade de Saúde do Santo Antônio; 16 residem na área da Unidade de Saúde do Jaguaré; 13 estão na área do Solo Sagrado. Sendo, portanto, 51(34,91%) comunicantes de doentes de tuberculose moradores da região que faz parte da área norte do município de São José do Rio Preto.

Alguns autores têm mostrado que esse modelo de atuação em saúde, ao privilegiar a micro localização, facilita o desenvolvimento das ações necessárias, proporcionando maior integração entre os diferentes níveis de atenção em saúde do município. Considerando que o controle dos comunicantes de pacientes de tuberculose no município apresenta-se como uma ação de alta complexidade tecnológica, geralmente, necessita conhecer a micro-área em seu contexto sócio-espacial e descentralizando as ações de vigilância em saúde para a UBS, permitindo melhor enfrentamento dos problemas de saúde da população local, com a implantação de intervenções que promovam o controle mais eficaz e uma maior cobertura dos comunicantes de pacientes com tuberculose, já que a facilidade do acesso geográfico permite o atendimento, diagnóstico, encaminhamento e tratamento quando necessário mais rápido das pessoas acometidas (MENDES, 1996; VILLA et al., 2002).

A descentralização das ações de vigilância a saúde para as UBS, incluindo as ações do PCT do município de São José do Rio Preto, pode possibilitar à equipe de saúde conhecer o território de abrangência, o modo de vida da população e seus problemas de saúde, favorecendo uma atuação de prevenção e controle dos agravos de forma mais rápida pela facilidade do acesso geográfico.

As ações de vigilância em saúde, no contexto do controle dos comunicantes de paciente com tuberculose, devem visar tanto a adequação da cobertura quanto a melhor qualidade das anotações feitas nos diferentes níveis de atendimento dos comunicantes. Integrando as fontes de informações, é possível promover maior concordância entre os

registros da área de abrangências do serviço de saúde, dando suporte às ações de promoção, prevenção e assistência aos comunicantes, além de proporcionar informações mais detalhadas e fidedignas para o monitoramento das características e tendências históricas desses eventos.

Os pacientes e suas famílias são os grupos mais menosprezados dentro do sistema de saúde, todavia possuem um inegável potencial para afetar o alcance do sistema e, nesse sentido, suas capacidades deveriam ser totalmente aproveitadas em qualquer modelo desenhado para melhorar o tratamento das condições crônicas. Em virtude dessas considerações, é preciso, sobretudo, que haja uma parceria peculiar destinada ao tratamento das condições crônicas em que a tríade seja formada, ou melhor, que se unam em favor dos comunicantes de doentes de tuberculose o grupo de apoio da comunidade, o paciente e familiares e a equipe de atenção à saúde. Posta assim a questão, é preciso dizer que se é possível obter resultados favoráveis para problemas agudos com um único prestador de serviço, somente se alcançam resultados positivos para as condições crônicas quando os pacientes e suas família, o grupo de apoio da comunidade e as equipes de atenção à saúde são informados, motivados, capacitados e trabalham em parceria.

Quando os componentes de cada nível do sistema de saúde estão integrados e atuam harmoniosamente, o paciente e sua família tornam-se participantes ativos no tratamento e contam com o apoio da comunidade e da equipe de saúde. Em geral, o funcionamento adequado da tríade resulta de uma comunicação oportuna entre a organização de saúde e a comunidade acerca de questões específicas do paciente e do tratamento. O funcionamento otimizado da tríade ocorre quando os pacientes e suas famílias constatarem a ausência de lacunas, inconsistências ou redundâncias no tratamento e se declaram confiantes, capazes e apoiados para gerenciar seus problemas crônicos (OMS,2003).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo que tem como foco a análise do controle dos comunicantes de doentes de tuberculose realizadas no PCT, no NGA 60, no município de São José do Rio Preto, documentou resultados previamente desconhecidos de esforços de investigação de comunicantes pelo PCT. Também permitiu identificar que a área física do PCT está em precárias condições para seu funcionamento necessitando, com brevidade, constituir uma comissão de profissionais com experiência na área de tuberculose e engenharia para elaborar propostas e planos para reestruturação da referida unidade.

Em relação ao processo de trabalho no serviço, chama a atenção o fato de o último treinamento em TB para os profissionais com mais tempo de contratação pelo serviço ter ocorrido em 1999. Pelo que se demonstrou, não há oferta de cursos e capacitação para esses e outros profissionais tanto por parte do município como pelo Estado, sabe-se que o sucesso de qualquer organização depende, do empenho de cada um dos seus integrantes, de treinamentos e de um bom gerenciamento.

Pelos resultados obtidos, foi possível notar que 166 (63,1%) comunicantes registrados e examinados é um número considerado baixo, pois os manuais para o PCT preconizam que 100% dos comunicantes sejam avaliados pelo serviço. A idade do maior número de comunicantes está entre 20 a 49 anos (44,0%), considerando-se nesta faixa etária as pessoas em fase economicamente produtiva e coincidindo com o maior número de casos de tuberculose na população em geral. O conhecimento desses resultados e fatores associados ajudarão nas políticas de ações de controle de TB a alcançar a efetividade no controle dos comunicantes.

Ante a abrangência das variáveis de natureza epidemiológica incluídas nesse estudo, verificou-se a magnitude da problemática do controle do comunicante de pacientes com TB no NGA-60, o que vai permitir que se proponha e implante as várias estratégias de intervenção, para que se previna ou minimize os problemas existentes nesse contexto. Tais

medidas incluem maior cobertura e qualidade dos registros sobre o controle do comunicante, integrando as diferentes fontes de obtenção de dados.

As inconsistências na aferição de algumas informações registradas nos prontuários estudados, demonstram a necessidade de se estabelecer metas nos serviços de saúde, buscando maior precisão e fidedignidade dos dados contidos nesse serviço, como também em aperfeiçoamento do sistema de informação com treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos.

Conclui-se, portanto, que caracteriza-se como um desafio aos gestores do PCT do município adotar estratégias de intervenção que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados ao comunicante de paciente com tuberculose. É necessário para a efetividade dessas ações de controle, desenvolver estratégias por meio de protocolos sistematizados para os profissionais, que garantam a continuidade no atendimento desse serviço de forma humanizada e integral, valorizando, assim, ações preventivas.

Entre as recomendações para a melhoria e desempenho das ações de controle do comunicante na unidade estudada, pode-se destacar:

- Reestruturação do PCT no município, levando em consideração a necessidade de descentralização de algumas ações que devem ser realizadas na Atenção Básica, conforme a realidade local, após discussão com os profissionais de saúde, conselho municipal de saúde, doentes e comunicantes e população em geral;
- Descentralizar as seguintes ações do PCT: busca ativa de sintomático respiratório, solicitações de exames laboratoriais para o diagnóstico e controle dos casos, tratamento supervisionado e/ou auto-administrado, eficiente controle de comunicantes, com registro e informação dos dados corretos e fidedignos (notificação dos casos, registro de pacientes e controle de tratamento dos casos de tuberculose);

- Reorganização do nível secundário de atenção no controle da tuberculose, no sentido que o atual serviço estudado passe a ser referência para casos medianamente complexos, inclusive o atendimento às crianças;
- Melhorar o fluxo de atendimento do PCT para que a entrada do serviço de saúde da população seja através das UBS,
- Garantir o acesso do doente de TB e comunicante aos outros níveis de atenção à saúde quando necessário;
- Implantação de Ficha de Controle de comunicante permitindo identificar aqueles não avaliados, por meio de busca ativa dos que foram registrados e não compareceram ao serviço para serem examinados;
- Ampliar a definição de comunicante ou contato, conforme estabelece o modelo “stone-in-the-pond”, como base para a intervenção;
- Acompanhamento dos comunicantes de indivíduos bacilíferos mediante consultas periódicas por 2 (dois) anos consecutivos, pois não se acredita que com a estratégia de um único encontro entre o serviço de saúde e o comunicante, pode-se controlá-los e interromper a cadeia epidemiológica da doença, tendo em vista fator importante para justificar a necessidade da reavaliação da periodicidade da vigilância dos contatos, estabelecida pela legislação federal é que não se pode pensar no contato/comunicante de doente de TB apenas como um elo da cadeia epidemiológica da doença que deve ser vigiado, reduzindo-o a essa condição biologicista, mas como pessoas que merecem mais atenção pelas repercussões psicossociais e econômicas que esse agravo à saúde traz para ele na convivência com o doente;
- Elaboração de protocolo de atendimento e acompanhamento dos comunicantes de tuberculose registrados e/ou acompanhados pelo serviço. A padronização de condutas desse protocolo serão planejadas por equipe multidisciplinar com base em evidência, complementadas e avaliadas e, periodicamente, por entendidos no

assunto, com a presença dos que posteriormente irão usá-los. Deverão ser fundamentados nos resultados das atividades de monitorização, vigilância epidemiológica e avaliação das ações desenvolvidas no PCT;

- Desenvolver atividades de monitorização e vigilância epidemiológica da tuberculose e comunicantes de forma coordenada e integrada, que deverão constituir em instrumento para o fornecimento de informações para o planejamento, recomendações técnicas, avaliações e reformulações periódicas do PCT;
- Proporcionar meios para a realização do TS para 100% dos casos de tuberculose registrados, como estratégia fundamental para o acompanhamento do doente e vigilância dos comunicantes de forma sistematizada com protocolos de acompanhamento;
- Garantir a provisão de insumos necessários para a operacionalização das atividades do PCT pela unidade de saúde, sobretudo uma viatura com motorista capacitado exclusivo para o programa, também fornecimento adequado de PPD, medicamentos, vacina BCG, material para a realização de atividades educativas (filmes, álbuns seriados, panfletos, cartazes, etc.), cesta básica, passe de ônibus, aerogramas para convocação de doentes faltosos e para a vigilância dos contatos;
- Propiciar grupos de orientação aos doentes de tuberculose e comunicantes, na unidade de saúde, com os profissionais de saúde para socializar as informações sobre a doença e conhecer a percepção desses sobre a mesma, com o objetivo de conhecer as necessidades e demandas que essa condição crônica de saúde impõe a esses sujeitos e seus familiares proporcionar condições para os mesmos compreenderem os desafios no processo de adoecimento pela TB;
- Envolver os pacientes e comunicantes de TB no processo de intervenções, tomada de decisão e planejamento da terapêutica para garantir o autogerenciamento e ampliar a aderência do doente e comunicante, tornando, assim, o atendimento mais eficaz e eficiente;

- Realizar busca ativa de sintomático respiratório na comunidade de acordo com as normas vigentes do PCT;
- Estimular o desenvolvimento de pesquisas básicas e operacionais, com a parceria do Ministério da Educação e dos órgãos financiadores de pesquisa, junto às instituições de ensino superior da área da saúde, públicas e privadas, nos diferentes níveis de pós-graduação, para estudos operacionais na participação dos comunicantes de doentes de TB na endemia nacional. Deve-se estimular pesquisas como as realizadas pelo grupo da REDETB, para estimular estudos e financiar o desenvolvimento de novas tecnologias em termos de exames laboratoriais para instrumentalizar a vigilância de contatos, como o uso do teste identificação da espécie da micobactéria e técnicas de biologia molecular, da quimioprofilaxia e da proteção da vacina BCG-ID e da revacinação, assim como, a análise do risco de infecção anual de TB em diferentes regiões do país; já que a distribuição da tuberculose é bastante desigual.
- Deve-se dar mais espaço para o ensino teórico e prático sobre essa doença e de seus determinantes sociais, nos cursos de graduação da área da saúde, sobretudo, de enfermagem, assistente social, fisioterapia, medicina, psicologia entre outros;
- Intensificar, promover e implementar as campanhas educativas por meio dos veículos de comunicação, visando orientar a população cujo o risco é mais eminente sobre aspectos clínicos, epidemiológicos, terapêuticos e prevenção da doença, valorizando a solidariedade e propiciando a redução do estigma e do preconceito;
- Promover ou possibilitar a capacitação dos profissionais de saúde em relação à TB, por meio de cursos e eventos, promovidos pelos órgãos oficiais de saúde;
- Propiciar boas condições de trabalho para a equipe de saúde que favoreçam a interação deles com os doentes, seus familiares e com a população em geral, almejando a participação ativa dos mesmos, nas atividades do PCT, de forma a melhorar a qualidade de vida da população;

- Possibilitar condições para a realização de pesquisas operacionais sobre a TB e comunicantes relacionados à doença, aspectos epidemiológicos que possam trazer subsídios para uma melhor compreensão da doença no município e de outros aspectos importantes que possam melhorar o controle da TB.

Considerando as diretrizes, resolução e normas do PCT, como já foi referido, as Secretarias Estaduais e municipais de saúde, também, devem desenvolver as atividades em cada esfera de atuação, estimulando a possibilidade de estabelecerem outras estratégias para a vigilância dos comunicantes e sua efetiva monitorização, em função da realidade epidemiológica em relação à doença. Destacou-se vários algoritmos para o controle dos comunicantes e percebeu-se a diversidade de informações, acarretando dificuldades para o profissional de saúde compreender e executar as ações de controle.

Constatou-se, neste estudo, que embora existam as recomendações para as atividades de controle do comunicante de doente de tuberculose, essas não são incorporadas pelos profissionais de saúde, no processo de trabalho, como um processo de vigilância à saúde e monitoramento de forma sistematizada. Pode-se, então, que não obstante seja uma atividade de fundamental importância para o controle da TB, acaba, de certa forma, vinculado ao doente, relegando a um papel secundário as ações de controle do comunicante. Evidenciando, assim, que os profissionais de saúde organizam-se sob a lógica da atenção curativa e voltados para as condições agudas, centradas no indivíduo doente e no pronto-atendimento. Devido a isso, é possível entender que o modo como se organiza o serviço de saúde dificulta as ações de prevenção e promoção à saúde, permitindo uma fragmentação do serviço e dificultando a integração da assistência.

Pelo que foi analisado leva-se a acreditar que é necessário promover soluções inovadoras e expressiva nos serviços de saúde, e o aperfeiçoamento de todo o sistema da atenção integrada em saúde implica em um processo de implementação demorado. Mas, mudanças menores e articuladas podem surtir efeitos rápidos e produzir impacto sobre a

qualidade da atenção à saúde da população. Por meio de ações conjuntas, pode-se alcançar resultados adequados que permitam a conscientização de todos os envolvidos nessa complexa questão do controle dos comunicantes de doentes de tuberculose.

Este estudo permite uma reflexão sobre a necessidade de se repensar a prática da assistência de controle do comunicante de doentes de tuberculose, de maneira mais real e integrada, valorizando a importância de se desenvolver a vigilância à saúde e monitoramento com equipes, adequadamente, preparadas e conscientizadas sobre seu papel e sua importância nessa complexa questão de saúde pública.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

* De acordo com a norma técnica da ABNT. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ALVES, F. M. **Estudo sobre o controle de comunicantes de pacientes tuberculosos realizados em uma unidade de referência de São Paulo**.1998.180f. Dissertação de (Mestrado)- Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998

ANGEBY, K. A. et al. Improved sputum microscopy for a more sensitive diagnosis of pulmonary tuberculosis. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, v. 4, n. 7, p. 684-687, 2000.

ARANTES, G.R. et al. Monitorização das ações anti-tuberculose: implantação de uma sistemática experimental em São Paulo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, n. 3, p. 10-25, 1995.

BARBULHO, A. P. O mal do século XIX voltou mais forte. **Rev. Med. Social**, n. 152, p. 14-6, 1999.

BARROSO, E. C. et al. Ocorrência de tuberculose doença entre contatos de tuberculose sensível e multirresistente. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 4, p. 311-318, 2004.

BERTOLOZZI, M. R. **A adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã, São Paulo**. 1998. 211f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BETHLEM, N. A vingança da tuberculose: uma nova visada. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 3, n. 1, p.19-25, jan-junho, 1995.

BLUMBERG H. M. et al. Preventing the nosocomial transmission of tuberculosis. **Annls of Internal Medicine**, n. 122, p. 658-663, 1995

BRAGA, J. V. Oficina de trabalho para definição de linhas de investigação prioritárias para a pneumologia sanitária. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.1, n. 2, p. 52-57, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de normas para o controle da tuberculose**. 2. ed. Brasília, 1984.24 p.

_____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de normas para o controle da tuberculose**. Brasília, 1989.

_____. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. **Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino-serviço**. CNCT/NUTES. 4. ed. Brasília, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Pneumologia Sanitária. **Manual de normas técnicas para o controle da tuberculose**. 4 ed. Brasília, 1995. 45 p.

_____. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. **Plano nacional de controle da tuberculose**. Brasília, 1999. 184 p.

_____. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano estratégico para implementação do plano de controle da tuberculose no Brasil de 2001-2005**: resumo executivo. Brasília, 2000. 14 p.

_____. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho, manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, 2001. 114 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. **Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino- serviço**. 5. ed. Brasília: CNCT/NUTES, 2002a.

_____. Portaria n. 1474 de 19 de agosto de 2002, que institui o Incentivo de Controle da Tuberculose na Atenção Básica e define os mecanismos de concessão deste incentivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 ago.2002b, n. 161, Seção I, p. 148.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 5 ed . v. 2. Brasília, 2002c. 842 p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, out. 2002d. 100 p.

_____. **Manual técnico para o controle da tuberculose**. Caderno de Atenção Básica, no. 6. Brasília, 2002e. 62 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundamento a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS – SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: MS, 2004.

CALDEIRA, Z.; SANT'AN BUCHILLET, D.; GAZIN, P.; A situação da Tuberculose na população indígena do alto Rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). **Caderno Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 181-185, 1998.

CALDEIRA; SANT'ANA. C. C.; AIDÉ, M. A. Controle de crianças e adolescentes comunicantes de tuberculose, Rio de Janeiro, RJ. **Revista de Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 339-345, 2004.

CARREIRA, M. N.; SANT'ANNA, C. C. Estudo comparativo de critérios de tuberculose em crianças atendidas em centro de saúde. **Jornal de Pneumologia**, v. 26, n. 5, p. 219-226, 2000.

CARVALHO, A. C. C.; DERIEMER, K.; NUNES, Z. B. ET AL. Transmission of *Mycobacterium tuberculosis* to contacts of tuberculosis patients with HIV infection. **American Journal Respiratory and Critical Care Disease**, v.164, n.12, p.2166-2171, 2001.

CARVALHO, A. C. C.; KRITSKI, A. L.; RUFFINO- NETTO, A. Investigação dos contatos de pacientes com tuberculose pulmonar: prioridades e conduta. **Pulmão**, v. 11, n. 2, p. 95-101, 2002.

CASTELLANOS, P.L. Sobre el concepto de salud-enfermedad descripción y explicación de la situación de salud. In: MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, HUCITEC, 1996.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL. (CDC). Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium Tuberculosis in Health- Care Facilities. **Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 43, n. RR-13, p. 1-132, 1994.

COELHO et al. Avalia o do método de Ogawa-Kudoh para o isolamento de micobactérias. **Revista do Instituto Adolfo Lutz**, v. 58, p. 57-61, 1999.

CONDE, M. B. et al. Predictive value of the acif fast smear for detection of *Mycobacterium tuberculosis* in respiratory specimens in a reference center of HIV/AIDS in Rio de Janeiro, Brazil. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v. 94, n. 6, p. 787-790, 1999.

CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 1. **Jornal de. Pneumologia**, v.23, n. 6, p. 294-345, nov. dez., 1997.

CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE, 2. Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. **Jornal Brasileiro de. Pneumologia**, v. 30, n. 1, p.S1-86, 2004. Suplemento.

COSTA, B. O. X.; SAHO, M. Controle dos comunicantes de tuberculose nos serviços básicos de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem** ., v. 4, n.1, p. 64-11, 1988.

CRESPO, R. et al. Difficullties in carrying out the treatmente as seen by the tuberculous patient. **Aten o Primária**, v. 9, n. 5, p. 260-262, Spanish, 1992.

DALLEY, D. J. et al. Cloning and sequencing of badger (meles meles) interferon gamma and its detection in badger lymphocytes. **Veternary Immunology and Immunopatholog**.,v. 101, n. 1-2, p. 19-30, 2004.

DESORMEAUX, M.P.J. et al. Servicio de Orientacion Y Deteccion de VIH vinculado a um programa comunitário anti tuberculoso en una poblacion de alto riesgo. **Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana**, v. 120, n. 6, p.463-471, 1996.

DYE, C. et al. Global burden of tuberculosis. Estimated incidence, prevalence, and mortality by country. **The Journal of American Medical Association**, v. 28, p.677-686, 1999.

_____. et al. What is the limit to case detection under the DOTS strategy for tuberculosis control communicable diseases. **World Health Organization**, p. 35-43, 2003.

EDDY, D. Practice policies, what are they? **The Journal of American Medical Association**, v. 263, p 877-880, 1990.

ENARSON, D. A ., SEITA, A .; FUJIWARA, P. Global elimination of tuberculosis : implementation, innovation, investigation. **Internacional Journal of Tuberculosis Lung Disease**, v. 7, n. 12, p. S328-S332. 2003.

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva. Mortalidade infantil em São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico**, n.2, 2002. Disponível em:<<http://www.boletim.famerp.br>> Acesso em: 26 set. 2004.

_____. Mortalidade por causa externas em São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico**, n.4, 2003. Disponível:<<http://www.boletim.famerp.br>>Acesso em: 26 set. 2004

_____. Tuberculose em São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico**, n.6, 2004. Disponível em: :<<http://www.boletim.famerp.br>> Acesso em: 26 set. de 2004.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1996.

FIUZA DE MELO, F.A.; AFIUNE, J . B. Tuberculose, uma doença ocupacional: infecção, adoecimento e proteção dos profissionais da saúde a serviço de atenção à tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v.1, p.56 –58, 1995.

FRIEDEN TR; DRIVER CR. Tuberculosis control: past 10 years and future progress. **Tuberculosis**. v. 83, p. 82-85, 2003.

FUNDAÇÃO IBGE. Instituto Brasileiro de Estatística. Centro Brasileiro de Estudos Demográficos. 2000.

FUNK, E. A . Tuberculosis contact investigations in rural Alaska: a unique challenge. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, v. 7, n. 12, p. S349-S352. 2003.

GAZETTA, C. E. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto – SP, de 1993 a 1998, a partir das notificações da doença em um hospital – escola**. 1999,

118 f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

_____.et al. Indicadores Epidemiológicos da Tuberculose na Divisão Regional Saúde XXII de São José do Rio Preto no período de 1998 a 2002. In: **Congresso Paulista de Saúde Pública**, 8, 2003, Ribeirão Preto Resumo. 2003a.

_____. et al. Aspectos epidemiológicos em São José do Rio Preto –SP, a partir das notificações da doença em um hospital- escola (1993- 1998). **Pulmão RJ**. v . 12, n. 3, p. 155-162, jun/set, , 2003b.

GERALD, L. B. et al. Standardizing contact investigation protocols. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, v. 7, n. 12, p. S369-S374. 2003.

GIL, A . C. A pesquisa social. In : ____ **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 2. ed., São Paulo, Atlas, 1989. p. 43-51.

HIJJAR, A.M; OLIVEIRA, M.J.P.; TEIXEIRA, G.M. A tuberculose no Brasil e no Mundo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. v.9, n.2. jul/dez 2001.

_____. Plano emergencial para o controle da tuberculose no Brasil. **Pulmão RJ**, v.5, p. 167-9, 1996.

_____. Epidemiologia da Tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília: FNS/CENEPI, 1992.

HITZE, K.I. Tuberculose: uma estória inacabada. **A saúde do mundo**, p.18 – 23, 1978.

JEREB, J. et al. Tuberculosis contact investigations: outcomes in selected areas of the United States, 1999. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, v. 7, n. 12, p. S384-S90. 2003.

KRITSKI, A . L. et al. Transmission of tuberculosis to close contacts of patients with multidrug- resistant tuberculosis. **American Respiratory Critical Care Medicine**, v. 153, p. 331-335, 1996.

_____. et al. Reação em cadeia da polimerase LRCP/PCR, aliada ao diagnóstico de tuberculose. **Jornal de Pneumologia**, v. 23, n. 1, p. 33-42, 1997.

_____.; CONDE, M. B.; MUZZY de SOUZA, G. R. **Tuberculose. Do ambulatório à enfermaria**. 2. ed. Rio de Janeiro. Atheneu. 2000. 303 p.

LAPA, S. JR. et al. Estudo de comunicantes em tuberculose: característica dos comunicantes que adoeceram. **Jornal de Pneumologia**. v. 10, p. 253-277, 1984.

LEMOS, A .C. M. **Prevalência e risco de tuberculose em contatos domiciliares**. 2001. 185 f. Tese (Doutorado em medicina interna)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

LIPO, K. K.; KULMALA, K.; TALA, E. O. J. Focusing tuberculosis contact tracing by by semear grading of index cases. **American Review Respiratory Disease.**, v. 148, p. 235-236, 1993

LOBATO, M. N. ; ROYCE, S. E.; MOHLE-BOTANI, J. C. Yield of source-case and contact investigations in identifying previously undiagnosed childhood tuberculosis. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, v. 7, n. 12, p. S391-S396. 2003.

LOGAN, S. et al. Using the CDC framework for program evaluation in public health to assess tuberculosis contact investigation programs. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**. v. 7, n. 12, p. S375-S383. 2003.

MARKS, S. M. et al. Outcomes of contact investigations of infections tuberculosis patients. **American Jornal of Respiratory and Cristical Care Medicine**. v. 162, p. 2033-2038, 2000.

MARRONE, N.; SOLHA, M. S. S. Incidência de tuberuculose – doença e de teste tuberculínico positiva em crianças expostas a pacientes com tuberculose. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 29, n. 11/12, p. 183-88, 1983.

MEDRONHO, R. A. **Epidemiologia**. São Paulo. Atheneu, 2003. p. 493.

MEIRELLES, E. B. **Capacitacion en diagnostico precoce de tuberculosis en los profesionales de las equipes de salud en São José do Rio Preto**. Havana-Cuba, 2003. (Mestrado em Educação Médica). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. Havana/São José do Rio Preto, 2003.

MELO, F. A F. de; AFIUNE, J. B. . Transmissão e Imunopatogenia da Tuberculose. **Jornal de Pneumologia**, v. 19, n. 1, p. 19-24, mar. 1993.

MENDES, E.V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde . In:_____ **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996. Cap.4, p.233-300.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 176p. Tomo II. (Saúde Coletiva; 4)

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MENEZES, A . M. B. et al. Incidência e fatores de risco para tuberculose em Pelotas, uma cidade do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 1, p. 50-60. 1998.

MENZIES, D. Issues inthe management of contacts of patients with active pulmonary tuberculosis. **Canadian Jorunal Public Health**. v. 88, n. 3, p. 197-201. 1997.

MERHY, E.E. Em Busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In ___ CECÍLIO, L.C. de O. **Inventando a Mudança na Saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualidade em saúde**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC- ABRASCO, 1994. 269 p.

NASCIMENTO, L. F. C.; LOBATO, R. T. Análise comparativa da incidência de tuberculose na infância e adolescência em 1993 e 1997 no Vale do Paraíba, estado de São Paulo. **Jornal Pneumologia**, v. 29, n. 3, p. 134-138, 2003.

NATAL, S. Tuberculose na criança. **Boletim Pneumologia Sanitária**. Rio de Janeiro, v.8, n. 2, p. 20-25, 2000.

OLIVEIRA, H. M. V. et al. Infantil no município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p.507-513, 1996.

OLIVEIRA, M.M. et al. Distribuição de polimorfismos de base única (SNPs) no gene de TNF- α (- 238/- 308) entre pacientes com TB e outras pneumopatias: Marcadores genéticos de susceptibilidade a ocorrência de TB? **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v . 30, n. 4, p. 371-377, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe de la Conferência ministerial sobre la TB y desarrollo sostenible**. OMS/CDS/STB, Amesterdam, 2000.

_____. **STOP/TB e HIV/SIDA**. Quadro geral estratégico para reduzir o peso da TB/HIV. Geneva, 2002a.

_____. **Um marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis enfermedades transmisibles**. Geneva, 2002b.

_____. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, Organização Mundial da Saúde, , 2003. p. 105.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. **Oficina Regional de la Organizacion Mundial de la Salud**. Informe de la 2^{da} Reunión Stop TB en las Américas. Brasília. Brasil, 27-29 de Marzo, 2001.

_____. ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD. **Tuberculosis**: número de casos y AFB (+), tasa de reducción (Región de las Américas, por país e ano, 2001-2002). 2002 Disponível em:<www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD.tb-americas-2001-2002.doc> . Acesso em : 20 de set. 2003.

_____. **Conclusiones de la reunión STOP/TB en Santo Domingo.** v.6, n.2, jul 2003.

_____. **Día Mundial de la Tb. Detener la tb, combatir la pobreza.** .v. 5, n. 1, Washington, D.C., 2002. 7 p.

_____. **Informe de la II Reunión Stop Tb em las Américas.** Brasil: Brasília, 2001. 32 p.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia:** teoria e prática. Rio de Janeiro Ed. Guanabara Koogan, 1999. 598 p.

PIO, A. El futuro de la lucha antituberculosa: Problemas y perspectivas. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v. 96, p.108-89, 1994.

RAVIGLIONE, M. C.; SNIDER, KOCHI, A. Epidemiologia global da tuberculose: morbidade e mortalidade de uma epidemia mundial. **Journal of the American Medical Association**, v.5, n.6, p.2445 – 2456, 1995.

_____. The TB epidemic from 1992 to 2002. **Tuberculosis.** v.83, p.4-14, 2003.

REGO, A . B. et al. Tuberculose e AIDS: revisão atualizada. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v . 68, n. 5, p. 129-136, 1995.

RIBEIRÃO PRETO. Memorial descritivo de Proteção radiológica. **MS Medical Support.** Ribeirão Preto, 2003. p. 44 .

REICHER, M. R. et al. Tuberculosis contact investigations. Editorial. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, v. 7, n. 12, p. S325-S327. 2003.

REVES, R. et al. Transmission of multiple drug-resistant tuberculosis: report of a school and community outbreak. **American Journal of Epidemiology.** v. 113, p. 423-435, 1981.

RIEDER, H. L. et al. Surveillance of tuberculosis in Europa. **Journal European Respiratory**, v. 9, p. 1097-104, 1996 .

_____. **Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis.** Paris: Unión International contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, 1999.

_____. Contacts of tuberculosis patients in high-incidence countries. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, v. 7, n. 12, p. S333-S336. 2003.

RODRIGUES, E. A C. et al. **Infecções Hospitalares:** Prevenção e Controle. São Paulo: Sarvier, 1997.

ROSE JR., C. E. et al. Establishing priority during investigation of tuberculosis contacts. **American Review of Respiratory Disease**, vol. 119, p. 603-609, 1979.

ROUQUAYROL, M.Z., et al. **Epidemiologia e saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro, MEDSI, 1994.

RUFFINO-NETTO, A.; PERREIRA, J.C. O Processo saúde doença e suas interpretações. **Medicina**, v. 15, n. 1-2, p. 5-11, 1982.

_____. Avaliação do excesso de casos de tuberculose atribuídos a infecção HIV/AIDS: ensaio preliminar. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n.4, p. 279-282, 1995.

_____. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. **Jornal de Pneumologia**, v. 26, n. 4, p. 159-162. 2000. . Editorial.

_____. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 129-138, 2001.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 1, n. 35, p. 51-58, jan./fev. 2002.

_____. Carga da tuberculose: reflexões sobre o tema. Editorial. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 30, n. 4, p. 307-309, 2004.

SANT'ANNA, C. C. Tuberculose Pulmonar. In: _____LEITE, A J. M. **Manual de doenças respiratórias na infância**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1995

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2002**. São José do Rio Preto. São Paulo, 2002.

_____.Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2003**. São José do Rio Preto. São Paulo, 2003.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Relatório de Gestão 2002- 2003**. São José do Rio Preto São Paulo, 2004b.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde - Divisão de Tuberculose. **Tuberculose-recomendações para redução de transmissão em serviços de saúde** . São Paulo, C.V.E. Prof. Alexandre Vranjac, 1998. 28 p.

SÃO PAULO Centro de Vigilância Epidemiológica. Prof. Alexandre Vranjac. **Boletim Informativo**- Edição Comemorativa. São Paulo, 2002. 60 p.

_____. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Série histórica 1985-2003. Casos detectados, prevalência e coeficiente por ano no estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb/tb_cn03.htm>. Acesso em: 10. set. 2004.

SEMINÁRIO DE BIOSEGURANÇA EM TUBERCULOSE, I, Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Ministério da Saúde, **Boletim de Pneumologia Sanitaria**, v. 9, n. 2, p. 87, 2001.

SEPKOWITZ, K.A. How contagious is tuberculosis? **Clinical Infectious Diseases**. Chicago. v. 23, p. 954-62. 1996.

SILVA, V. M. C.; CUNHA, A . J. L. A .; KRITSKI, A .L. Tuberculin skin test conversion among medical students at teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil. **Infection Control and Hospital Epidemiology**, v.23, p. 591-594, 2002.

SNIDER, D. E. et al. Infection and disease among contacts of tuberculosis cases with drug-resistant and drug-susceptible bacilli. **American Review of Respiratory Disease**. v. 132, n. 125-132, 1985.

SOUZA, F. B. A. **Contactantes de doentes com tuberculose por bacilo multirresistente: possibilidades de intensificar a ação de enfermagem** - UNIRIO, 1999. 140 f. Dissertação (Curso de Mestrado em Enfermagem)- Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SPRINSON, J. E. et al. Evaluation of tuberculosis contact investigations in california. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**. v. 7, n. 12, p. S363-S368. 2003.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

STARKE, Jr. Pediatric tuberculosis: time for a new approach. **Tuberculosis**. v. 83, p. 208-212, 2003.

STYBLO, K. Aspectos sobre la tuberculosis y la infeccion VIH a nível mundial. **Boletín de la Union Internacional contra la Tuberculosis**, v. 65, n.1, p.30-35, 1990.

_____.; MEIJER . J. Avances recientes en la epidemiologia de la tuberculosis em relacion com la formulacion o readecuacion de los programas de Control. **Boletín de la Union Internacional contra la Tuberculosis**, v. 53, n. 4, p. 295 –309, 1978.

SZWARCWALD, C. L. et al. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**. v. 15, n. 1, p. 15-28, 1999.

TARANTINO, A. B. **Doenças Pulmonares**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1997. p. 323 – 418.

TEALE, C.; CUNDALL, D. B.; PEARSON, S. B. Time of development of tuberculosis in contacts. **Respiratory Medicine**, v. 85, p. 475-77, 1991.

TEIXEIRA, G. M. Da tuberculose e suas perspectivas no novo governo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. v. 10, n.2, jul;/dez, 2002. Editorial

TERRIS, M. Public health policy for the 1990. **Annual Review Public Health**, v. 11, p. 39-51, 1990.

TOPLEY, J.M.; MAHER, D; MBEWE, L.N. Transmission of tuberculosis to contacts of sputum positivo adults in Malawi. **Archives of Disease in Childhood**, v. 74, p. 140-143, 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

VALWAY, S. E. et al. An outbreak involving extensive transmission of a virulent strain of *Mycobacterium tuberculosis*. **New England Journal of Medicine**, v. 338, p. 633-639. 1998.

VAN DEUTEKOM, H. et al. Clustered tuberculosis cases. Do they represent recent transmission and can they be detected earlier? **American Journal of Respiratory Critical Care Medicine**., v. 168, p. 806-810, 2004.

VEEN, J. Microepidemics of tuberculosis: the stone –in-the-pond principle. **Tuberculosis and lung Disease**, v. 73, p. 73-76, 1992.

VENDRAMINE, S. H. F. et al. Tuberculose em município de porte médio do sudeste do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**., 2004. No Prelo.

VERONESI, R. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

VIDAL, R. **Investigation of contacts to tuberculosis cases**. New York: Bureau of tuberculosis control, 1996.

VILLA, T. C. S. et al. A vigilância epidemiológica e a perspectiva de trabalho no território – secretaria Municipal de Saúde- Ribeirão Preto. **Revista Latino- Americana Enfermagem**. v. 10, n. 1, p. 21-7, 2002.

WALDMAN, E. A. Usos da vigilância e da monitorização em saúde pública. **IESUS**, v. 7, n. 3, p. 7-26, 1998.

_____; SILVA, L. J.; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. In: MONTEIRO, C. A. (Org.). **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**, 2 ed. São Paulo: HUCITEC/NUPENS/USP, 2000. p. 195-244.

WALLACE, C. E. et al. Approches to contact investigations in Texas. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**, v. 7, n. 12, p. S358-S362. 2003.

WEBB, R. M.; HOCOMBE, M; PERSON, M. M. Tuberculosis contact investigation in a rural state. **International Journal of Tuberculosis Lung Disease**. v. 7, n. 12, p. S353-S357. 2003.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Tuberculosis control surveillance, planning, financing**. WHO Report 2002. Communicable diseases. Geneva, 2002.

_____. **Tuberculosis control surveillance, planning, financing**. WHO Report 2004. Communicable diseases. Geneva, 2004.

_____. What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended Tb control strategy known as DOTS. WHO/cds/cpc/tb/99.270, 1999.

_____. **Recommendations for prevention and Control of Tuberculosis**. Among Foreign – Bom Persons. Geneve, WHO, v.47, n.16, p.1 – 29. 1998.

YOUNG, D. W.; McCARTHY, S. M. Managing, integrated delivery sytems; a framework for action. Chicago, Health administration Press, 1999.

APÊNDICE A - Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Vimos por meio deste encaminhar o projeto de pesquisa de doutoramento em enfermagem intitulado “Avaliação do controle dos comunicantes de tuberculose realizado pelo serviço de saúde no município de São José do Rio Preto”, para a apreciação deste Comitê.

Esse projeto faz parte das atividades de pós-graduação da aluna Cláudia Eli Gazetta, número USP 217099-2, do Programa Interunidades de Doutoramento em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Escola de Enfermagem dessa Universidade, para obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

Atenciosamente,

Profa. Cláudia Eli Gazetta
Doutoranda

Prof^a. Dr^a. Teresa Cristina Scatena Villa
Orientadora

APÊNDICE B - SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE COLETA DE DADOS NO NÚCLEO DE GESTÃO ASSISTENCIAL 60 NO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE.

PREZADO SENHOR

Eu, Claudia Eli Gazetta, portadora do RG. N.º 12743350, enfermeira, docente do Curso de Graduação Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, inscrita no COREN-SP 42085, e aluna regularmente matriculado no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com o número USP 217099-2, sob orientação da Professora Dr.^a. Teresa Cristina Scatena Villa, venho por meio deste solicitar a Vossa Senhoria a autorização para a coleta de dados no Núcleo de Gestão Assistencial 60 junto ao Programa de Controle de Tuberculose, para tese de doutorado intitulada: “Avaliação do controle dos comunicantes intradomiciliares de tuberculose realizado pelo serviço de saúde no município de São José do Rio Preto”.

Cabe esclarecer que o levantamento dos dados será através dos prontuários dos casos notificados de tuberculose no ano de 2002, fichas de controle e programa de Epitb. A participação dos comunicantes intradomiciliares e dos funcionários do Programa de Controle de Tuberculose do NGA-60 será voluntária e a mesma ocorrerá, após a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido que será apresentado e explicado por esta pesquisadora. Coloco-me à sua disposição para outros esclarecimentos que se fizerem necessários. Em anexo, segue uma cópia do Projeto de Pesquisa.

Agradeço antecipadamente,

São José do Rio Preto, 07 de fevereiro de 2003.

Profa. Cláudia Eli Gazetta
Doutorando

ILMO SR.º. DR. JOSÉ CARLOS CACAU LOPES

**SECRETÁRIO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO**

APÊNDICE C -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Declaro que consinto em participar do projeto de pesquisa “**Avaliação do controle dos comunicantes de tuberculose realizado pelo serviço de saúde no município de São José do Rio Preto**”, sob responsabilidade da enfermeira Cláudia Eli Gazetta Coren: 45085. Fui satisfatoriamente esclarecido (a) que:

- o estudo será realizado utilizando-se um questionário com perguntas abertas e fechadas sobre o controle de comunicantes de tuberculose realizado pelo serviço de saúde no município de São José do Rio Preto.
- Que posso consultar pesquisadora responsável pessoalmente ou pelo telefone (0xx17) 231-7194 para esclarecimento de dúvidas;
- Que sua identidade será mantida em sigilo e que os resultados só serão utilizados para divulgação em reuniões e revistas científicas e que serei informado (a) posteriormente dos resultados;
- Que esse estudo é importante porque pode contribuir para avaliar o controle de comunicantes de tuberculose realizado pelo serviço de saúde no município de São José do Rio Preto;

Assim, consinto em participar do projeto de pesquisa em questão, por livre vontade sem que tenha sido submetido (a) a qualquer tipo de pressão.

Assinatura do participante

São José do Rio Preto, ____ de _____, 2003.

Pesquisadora Responsável – Cláudia Eli Gazetta
Rua Coronel Spinolla de Castro 4843 apto. 32, Bairro Imperial, São José do Rio Preto. CEP: 15015-500. Fone:
(0xx17) 231-7194

APÊNDICE D - Formulário de observação da Estrutura do atendimento do Programa de Controle da Tuberculose de São José do Rio Preto

() Núcleo de Gestão Assistencial 60 () Serviço de Atendimento Especializado

I- CARACTERÍSTICAS GERAIS DA PLANTA FÍSICA

1-Área Total em m2: _____

número de salas: _____

Especificar: _____

2-Ventilação adequada: 1- sim () 2- não ()

3-Iluminação: 1- natural () 2-Artificial ()

4-Incidência de luz solar direta 1- sim () 2- não ()

5-Paredes laváveis 1- sim () 2- não ()

6- Pisos laváveis: 1- sim () 2- não ()

7- Climatização: 1- sim () 2- não ()

8- Armazenamento dos medicamentos- Adequados () Inadequado ()

II- EQUIPAMENTOS, MATERIAL PERMANENTE E DE CONSUMO E MEDICAMENTOS:

1- Aparelho de RX- 1- sim () 2- não ()

2- Mesa e escrivaninha 1- sim () 2- não ()

Quantas? _____

3-Arquivos- 1- sim () 2- não ()

Quantos? _____

3-Cadeiras 1- sim () 2- não ()

Quantos? _____

4-Computador, 1- sim () 2- não ()

5-Impressora 1- sim () 2- não ()

6- Telefone 1- sim () 2- não ()

7- Suporte para papel toalha - 1- sim () 2- não ()

8- Papel toalha 1- sim () 2- não ()

9- Livro Preto 1- sim () 2- não ()

10- Ficha de notificação de tuberculose 1- sim () 2- não ()

11-Ficha de controle dos comunicantes intradomiciliares 1- sim () 2- não ()

12- Medicamentos: Suficiente () () insuficiente

III-FLUXO DE ATENDIMENTO:

1-Agendamento- 1- sim () 2- não ()

Especificar (só estes pacientes no horário, dias de semana, horários) _____

2-Tempo médio de permanência em sala de espera do comunicante intradomiciliar para ser consultado pelo serviço. _____

3-Encaminhamentos para exames laboratoriais (Local de Realização, tempo de demora dos resultados, fluxo de retorno):

PPD: _____

RX: _____

Baciloscopia: _____

Cultura: _____ Outros: _____

Convocação de retorno para resultados de exames (positivo, ou todos):

1- sim (.) 2- não ()

4-Serviços de apoio utilizados 1- sim (.) 2- não ()

Quais: _____

5-Tempo gasto da viatura para realizar as visitas domiciliares: _____

III- Estrutura para proteção dos funcionários (EPI)

1- Uso de mascara 1- sim (.) 2- não ()

Se sim em quais situações? _____

2- Uso de luvas 1- sim (.) 2- não ()

Se sim em quais situações _____

3-Exames periódicos dos funcionários 1- sim (.) 2- não ()

Se sim quais: _____

4-Vacinação dos funcionários estão completos 1- sim (.) 2- não ()

APÊNDICE E - Formulário para coleta de dados dos Comunicante Intradomiciliar de Tuberculose

Data: ____/____/____

1- Identificação

1.1-Nome: _____

1.2-Data de Nascimento: ____/____/____

1.3-Sexo:

() Masculino () Feminino

1.4-Endereço: _____

2-Tipo de relacionamento com o caso de tuberculose: _____

3-Forma clínica do caso-índice: _____

4-Data do diagnóstico do caso - índice: _____

5-Data do primeiro atendimento do comunicante: _____

6-Data dos atendimentos seqüenciais do comunicante: _____

7-Exames realizados:

Bacteriológico: () Baciloscopia de Escarro

() Baciloscopia outro material

() Cultura de Escarro

() Cultura outro material

Resultado: _____

RX de tórax: () Normal () suspeito de tuberculose

() não Realizado () suspeito de outras afecções

Teste Tuberculínico: () Sim () Não Valor: _____mm

BCG : () Sim () Não Data da vacinação: ____/____/____

9- Quimioprofilaxia: () Sim () Não Duração: _____ meses

10-Intercorrências durante o acompanhamento _____

11- Conduta médica adotada _____

APÊNDICE F - Formulário de entrevista com os funcionários do Programa de Controle da Tuberculose do NGA- 60

Data da Coleta: ____/____/____

1-Profissão:_____

2-Cargo:_____

3-Tipo de contrato: _____CLT, estatutário, prestação de serviço, outros)

4- Carga horária:_____

5- Tempo de Formado:_____

6-Realização de outros cursos de pós- graduação:_____

7- Tempo de serviço nas atividades do Programa de Controle de Tuberculose:_____

8- Atividades desenvolvidas no Programa de Controle de Tuberculose do NGA-60:

9- Realização de treinamentos em Tuberculose para desenvolver atividades do Programa: 1-() Sim 2-() Não

10-Quantos: _____

11-Tipo:_____

12-Duração do Treinamento:_____

13-Data do ultimo treinamento realizado:_____

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS FUNCIONARIOS PCT- NGA-60

1-O serviço presta atendimento ao comunicante intradomiciliares? Quais as ações são desenvolvidas?

2- Qual o tempo demora entre o diagnóstico do caso -índice e a consulta dos seus comunicantes?

3- Quando o comunicante intradomiciliar não comparece na consulta o que é feito

4- Você encontra dificuldades para desenvolver as atividades com os comunicantes intradomiciliares? Quais?

5- Você encontra facilidades para desenvolver as atividades com os comunicantes intradomiciliares? Quais?

6-Na sua opinião o controle dos comunicantes intradomiciliares realizado por esse serviço é adequado? Porque? O que poderia ser melhorado?

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética em pesquisa da EERP- USP



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 / TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 029/2003

Ribeirão Preto, 20 de março de 2003

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 48ª Reunião Ordinária, realizada em 19 de março de 2003.

Protocolo: n° 0343/2003

Projeto: AVALIAÇÃO DO COMUNICANTES DE TUBERCULOSE NO SERVIÇO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

Pesquisadores: TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA
CLAÚDIA ELI GAZETTA

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

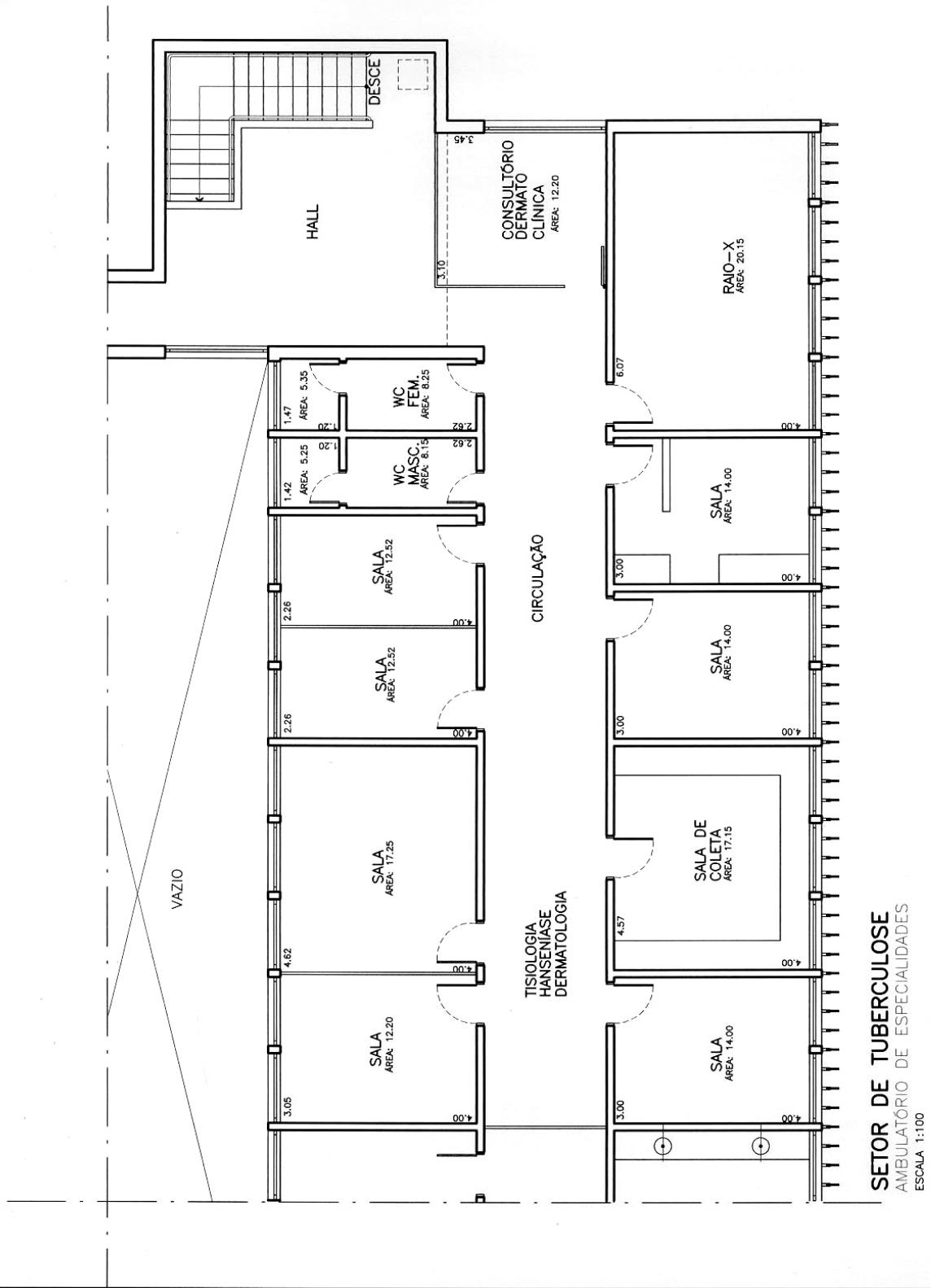
Maria Suly Nogueira
Profª Drª Maria Suly Nogueira

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

ANEXO B – Planta Física do PCT do NGA 60



Fonte:
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E HIGIENE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
Setor de Projetos