

ORIGINAL ARTICLE

**AVALIAÇÃO DO COMPONENTE “SINTOMÁTICO RESPIRATÓRIO” DO PNCT
EM PALMAS-TO NO PERÍODO DE 2011-2014**

Letícia Tomaz Oliveira¹; Frederico Vilarinho Bernardes¹, Luciano Oliveira Estrela¹, Maria Socorro Rocha Sarmiento Nobre²

RESUMO

Introdução: O Brasil encontra-se entre os 22 países que concentram 80% da carga mundial de tuberculose (TB). Diante disso, ações voltadas para o controle da tuberculose se tornaram imprescindíveis, especificadas, no Brasil, pelo emprego da estratégia DOTS e do Plano Nacional de Controle da Tuberculose em 1999. **Objetivos:** Avaliar o desenvolvimento das ações de controle da TB em Palmas-TO entre os anos de 2011 a 2014. **Metodologia:** Pesquisa do tipo descritiva, de corte transversal e documental direta, realizada a partir dos dados presentes nos consolidados de TB armazenados na Secretaria Municipal de Saúde do município de Palmas – TO no período de 2011 a 2014. **Resultados:** O ano de 2012 apresentou o maior número de sintomáticos respiratórios(SR) registrados, com 669 notificações. Ao se considerar a taxa anual esperada de SR preconizada pelo Ministério da Saúde, calcula-se que o ano com mais notificações, 2012, atingiu apenas 29% dessa meta. O primeiro semestre de 2012 mostrou o maior número de baciloscopias de escarro realizadas, contudo, notou-se que a maior parte dos semestres avaliados não obteve retorno quanto aos resultados dos exames. **Discussão:** A negligência no preenchimento das fichas nas USF foi um fator presente em todos os dados, situação que compromete a avaliação do grau de efetividade da estratégia DOTS no município estudado. **Conclusão:** Evidencia-se, portanto, que a rotatividade das equipes na Estratégia Saúde da Família (ESF), a falta de efetivo, bem como, o preenchimento inadequado das fichas refletem na flutuação dos dados apresentados à Secretaria Municipal de Saúde.

Palavras-chave: Epidemiologia. Tuberculose. Vigilância epidemiológica.

¹ Curso de Medicina, Universidade Federal do Tocantins (UFT), Palmas-TO, Brasil; Contato: Letícia Tomaz Oliveira: leticiatomaz@hotmail.com;

² Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), Palmas-TO, Brasil.

COMPONENT EVALUATION OF “SYNTOMATIC RESPIRATORY” FROM PNCT IN PALMAS-TO IN THE PERIOD 2011-2014

ABSTRACT

Introduction: Brazil is among the 22 countries that account for 80% of the global burden of tuberculosis (TB). Therefore, actions to control tuberculosis have become indispensable, specified in Brazil by the DOTS strategy and Tuberculosis National Control Plan in 1999. **Objectives:** To assess the development of TB control actions in Palmas - TO between the years 2011 to 2014. **Methodology:** Descriptive cross-sectional and direct documentary research, made from data present in TB consolidated stored on Board of Palmas Health - TO the 2011-2014 period. **Results:** The year 2012 had the highest number of SR registered with 669 notifications. When considering the expected annual rate of SR recommended by Ministry of Health, it is estimated that the year with more notifications, 2012, reached only 29% of this goal. The first half of 2012 showed the highest number of sputum smear performed, however, it was noted that most of the evaluated semesters did not get back with the results of exams. **Discussion:** Failure to fill the chips in USF was a factor in all the data, jeopardizing the assessment of the effectiveness of the DOTS strategy in the city studied. **Conclusion:** It is evident, therefore, that the turnover of the teams in the Family Health Strategy (FHS), the lack of effective and inadequate filling in the forms reflect the fluctuation of the data submitted to the Board of Health.

Keywords: Epidemiology. Tuberculosis. Epidemiological Surveillance.

INTRODUÇÃO

O aparecimento da tuberculose (TB) no Brasil, em meados do século XVI, marcou o período colonial com a contaminação da população nativa e a contribuição para o aumento da mortalidade e morbidade dos indígenas, ao lado de outras enfermidades respiratórias e de pele. Ao se tornar um grave problema de saúde pública no século XIX, a tuberculose ficou conhecida como a “calamidade negligenciada” (RUFFINO-NETO, 2002).

Causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, o bacilo do Koch, a tuberculose é transmitida de pessoa a pessoa através do ar. Enquanto o doente não inicia o tratamento, ele pode se manter como uma fonte de transmissão, expelindo gotículas, contendo o bacilo, que, ao atingirem os bronquíolos e os alvéolos, multiplicam-se e instalam a doença (ROBBINS e COTRAN, 2005).

A tuberculose está diretamente ligada a determinantes sociais, os quais envolvem fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007), e, segundo a OMS, um terço da população mundial encontra-se infectada por esse bacilo, justificando, portanto, a preocupação dos órgãos mundiais envolvidos com a saúde pública. A importante associação entre a AIDS e a

tuberculose também deve ser lembrada, resultando em um grande aumento dos casos de mortalidade por esse agravo em muitos países.

O Brasil encontra-se entre os 22 países que concentram 80% da carga mundial de tuberculose (MINISTÉRIO DE SAÚDE, 2014). Com um percentual de cura de 73%, a incidência da tuberculose no Brasil corresponde a 36,7 casos/100.000 hab para todas as formas de tuberculose (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014); esta taxa, nos homens, representa o dobro da encontrada no grupo das mulheres. Segundo dados do Ministério da Saúde, a cada ano, o Brasil apresenta 111 mil novos casos, sendo que destes, 63% atinge a população economicamente ativa.

Diante disso, ações voltadas ao controle da tuberculose se tornaram imprescindíveis, especificadas, no Brasil, pelo emprego da estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração) e do Plano Nacional de Controle da Tuberculose em 1999.

O DOTS, proposto em 1993 pela OMS como um meio para o controle da expansão da doença que apresentava crescente aumento do número mundial de casos, apresenta cinco componentes (World Health Organization. Global Tuberculosis Control 2004):

- Compromisso político com fortalecimento de recursos

humanos e garantia de recursos financeiros, elaboração de planos de ação (com definição de atividades, metas, prazos e responsabilidades) e mobilização social;

- Diagnóstico de casos por meio de exames bacteriológicos de qualidade;
- Tratamento padronizado com a supervisão da tomada da medicação e apoio ao paciente;
- Fornecimento e gestão eficaz de medicamentos;
- Sistema de monitoramento e avaliação ágil que possibilite o monitoramento dos casos, desde a notificação até o encerramento do caso.

O PNCT (Plano Nacional de Controle da Tuberculose), implantado em 1999, procura sustentar o DOTS, baseando-se *“na busca de casos, diagnóstico precoce e adequado, seu tratamento até a cura com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e evitar possíveis adoecimentos”*(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Entre suas ações, o PNCT se propõe a intensificar a identificação de sintomáticos respiratórios, examiná-los com baciloscopia e implementar o registro

dos mesmos na rede laboratorial do SUS. Definido como “paciente que apresenta tosse com expectoração há três semanas ou mais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), o sintomático respiratório representa o sinal mais precoce para o diagnóstico da tuberculose, sendo a busca ativa destes, uma importante estratégia para o combate da TB, de acordo com a OMS.

Dessa forma, os diversos estados e municípios brasileiros passaram a empregar as diretrizes preconizadas nos programas de controle da tuberculose, exibindo, desde então, grandes variações no percentual de detecção, cura, abandono e número de sintomáticos respiratórios, com períodos de ascensão entremeados por graves declives nestes indicadores.

Contudo, apesar dos diversos esforços empregados para o controle da TB, o Brasil ainda encontra-se abaixo da média de detecção e cura dos pacientes preconizada pela OMS, evidenciando a necessidade de melhorias na aplicação das políticas de saúde pública, exemplificadas por um financiamento estável, capacitação dos profissionais da equipe de saúde, envolvimento da comunidade e outros.

Nesse contexto, o município de Palmas iniciou a implantação da estratégia DOTS, com ênfase no levantamento do número de sintomáticos respiratórios e em sua busca ativa, prática que foi se consolidando

tardiamente a partir do ano de 2007. Através dos dados encontrados na Vigilância Epidemiológica, o presente estudo visa avaliar o desenvolvimento de tais ações de controle em Palmas-TO entre os anos de 2011 a 2014, relacionando, dessa maneira, a evolução do PNCT e sua repercussão nos resultados de SR encontrados no município.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Realizar uma pesquisa retrospectiva, relativa aos anos de 2011 - 2014, do número de sintomáticos respiratórios submetidos à baciloscopia na cidade de Palmas - TO, que são aqueles considerados com suspeita de tuberculose pulmonar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar o levantamento de dados sobre o número de sintomáticos respiratórios encontrados no município de Palmas – TO no período de 2011 2014;

Analisar o comprometimento das Unidades Saúde da Família (USF) do município de Palmas-TO no preenchimento dos dados relativos ao número de SR;

Comparar os dados locais de SR com o esperado segundo o Plano Nacional de Controle da Tuberculose.

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado na Secretaria Municipal de Saúde-Área de Vigilância Epidemiológica do município de Palmas-TO, sendo a pesquisa do tipo descritiva, de corte transversal e documental direta.

Amostra

Este trabalho teve como base os dados fornecidos pelos consolidados armazenados na área de TB da Secretaria Municipal de Saúde, enfatizando-se os anos de 2011 a 2014. Os dados dos anos anteriores a 2011 encontravam-se dispersos, apresentando apenas o número de SR presentes no primeiro semestre de 2009, o qual não foi inserido nessa pesquisa.

Variáveis

Os dados retirados dos consolidados de TB da Secretaria Municipal de Saúde foram os seguintes: Total de famílias, total de famílias visitadas, número de SR encontrados na população rural e urbana, quantidade de SR submetidos à baciloscopia de escarro e destes, quantos apresentaram resultados positivos e negativos na população rural e urbana.

Análise de dados

Na análise dos dados, foram realizados gráficos comparativos, por meio da ferramenta Excel, entre os semestres de cada ano analisado com as variáveis de número de sintomáticos respiratórios encontrados na população rural e urbana em cada período; número de baciloscopias de escarro realizadas, bem como o total de resultados positivos e negativos em cada semestre. Além disso, utilizou-se a ferramenta Excel para elaboração de tabela, relacionando o total de famílias e número de famílias visitadas em cada período.

Questão ética

Para realização deste trabalho, foram respeitados os preceitos contidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

CAAE: 31480714.9.0000.5516

RESULTADOS

Através dos dados presentes nos consolidados anuais de TB, as informações relativas ao número de SR encontrados na população rural e urbana entre o período de 2011 e 2014 foram contabilizadas e apresentaram a seguinte distribuição:

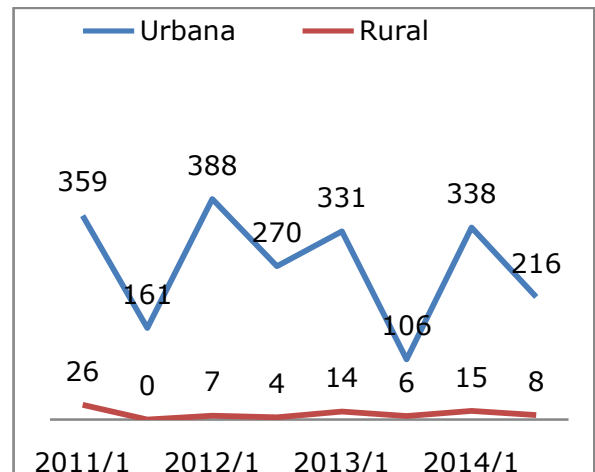


Figura 1. Distribuição semestral do número de sintomáticos respiratórios entre os anos de 2011 a 2014 em Palmas-TO nas populações rural e urbana.

Fonte: Consolidados anuais de TB do município de Palmas – TO – Vigilância Epidemiológica.

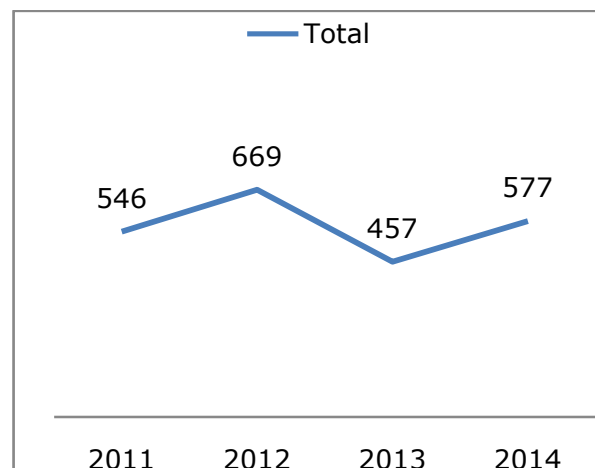


Figura 2. Distribuição do número total de sintomáticos respiratórios entre os anos de 2011 a 2014 em Palmas-TO.

Fonte: Consolidados anuais de TB do município de Palmas – TO – Vigilância Epidemiológica.

A distribuição apresentada na figura 1 revela que, entre os dois semestres de 2011, houve uma redução de aproximadamente 58% no número de SR encontrados, não havendo nenhum representante na área rural no segundo

semestre de 2011, enquanto no ano de 2012, o decréscimo entre períodos foi de apenas 30%. Além disso, o número de SR contabilizados no segundo semestre de 2013 foi o menor entre os semestres avaliados, destacando a taxa anual de SR deste ano como a menor entre os anos avaliados. O ano de 2014, como evidenciado na figura 2, apresentou elevação de 26% nos valores de SR em relação ao ano anterior, contudo, ainda assim, demonstrou redução de 14% do valor total de SR em relação ao ano de 2012, sendo este o ano com o maior número de SR registrados, 669 notificações, 22,5% a mais que no ano anterior.

Ao se considerar a taxa anual esperada de SR preconizada pelo MS (1% da população do ano e da área de objeto da programação), calcula-se que o ano com mais notificações, 2012, atingiu apenas de 29% dessa meta.

A relação entre o número total de famílias e famílias visitadas, por sua vez, pode ser evidenciada pela seguinte figura:

	2011/1	2011/2	2012/1	2012/2	2013/1	2013/2	2014/1	2014/2
Total de famílias	31	16	27	35	36	19	50	49
Famílias visitadas	18	12	24	24	24	17	40	32
Porcentagem de famílias visitadas	57,5%	73,3%	87,7%	68,1%	68%	88%	80%	66%

Figura 3. Relação entre o número total de famílias e famílias visitadas entre os semestres de 2011/1 a 2014/2 em Palmas-TO.

Fonte: Consolidados anuais de TB do município de Palmas-TO – Vigilância Epidemiológica.

Por meio da figura 3, nota-se a intensa variação entre as porcentagens de famílias que efetivamente foram visitadas e o número total de famílias cobertas pela Estratégia Saúde da Família em cada semestre. Em valores absolutos, o primeiro semestre de 2014 apresentou 40781 famílias

visitadas, sendo este o período com maior representatividade entre os semestres avaliados. Porém, ao serem analisados os valores relativos, identifica-se que o segundo semestre de 2013 foi o período com maior percentual de famílias visitadas, discrepância ocasionada pela grande diferença nos dados relativos à amostra total de famílias em cada semestre.

Na figura 4, a seguir, a relação entre o número total de baciloscopias realizadas e os resultados positivos e negativos pode ser observada:

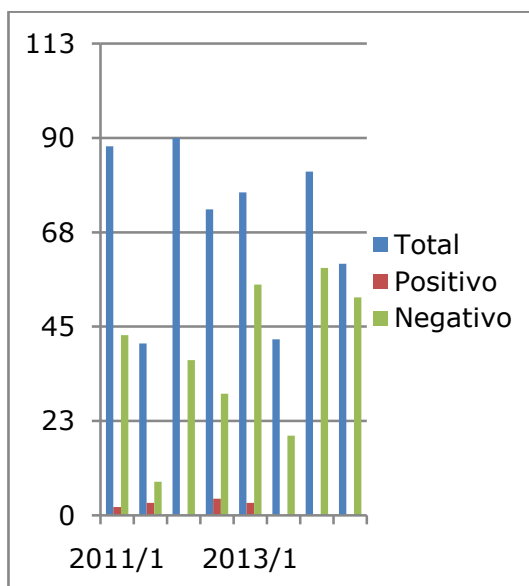


Figura 4. Número total, resultados positivos e negativos de baciloscopias de escarro realizadas entre os anos de 2011 a 2014 em Palmas- TO.

Fonte: Consolidados anuais de TB do município de Palmas – TO – Vigilância Epidemiológica.

Nota-se, dessa maneira, que o primeiro semestre de 2012 obteve o maior número de baciloscopias de escarro realizadas. O segundo semestre desse mesmo ano foi o período com mais

resultados positivos. É possível perceber, contudo, que a maior parte dos semestres avaliados não obteve retorno quanto aos resultados das baciloscopias realizadas, o que compromete a observação correlacionada dos dados.

DISCUSSÃO

Com a implantação do PNCT (Programa Nacional de Controle da Tuberculose) aliado a estratégia DOTS em Palmas-TO no ano de 2007, a tuberculose experimentou ampliação em suas estratégias de controle, representadas principalmente pela busca ativa de sintomáticos respiratórios.

É possível perceber através das figuras 1 e 2 que o número de sintomáticos respiratórios notificados, todavia, apresentou grande amplitude de variação entre os semestres estudados, o que pode ser explicado por uma irregularidade no envio dos dados à Vigilância Epidemiológica. Por meio da avaliação dos consolidados de TB presentes na Secretaria Municipal de Saúde, percebe-se que a média de adesão entre as unidades de saúde que realizam a pesquisa de SR é bastante mutável, situação que pode estar vinculada a grande rotatividade entre os membros das equipes, bem como a falta

de efetivos, como ausência de enfermeiros e microáreas sem ACS.

Quanto ao número de famílias contabilizadas nos consolidados, apresentados na figura 3, outro fator de enviesamento refere-se ao número significativo de áreas descobertas pela ESF, o que ocasiona uma grande flutuação entre os dados totais de famílias no município, impossibilitando análises fidedignas dos resultados obtidos.

A despeito das baciloscopias de escarro, alguns pontos relevantes merecem ser mencionados: o número de baciloscopias realizadas não corresponde ao número total de SR, fato explicado pelo não comparecimento do paciente à UBS para realização do exame devido a melhora clínica ou a outros motivos pessoais, além da impossibilidade da coleta do exame em crianças abaixo de 5 anos. Outro fator envolve o atraso no recebimento dos resultados das baciloscopias realizadas, o que gera deficiências na conclusão dos dados enviados pelas UBS para aquele período, comprometendo ainda a soma de resultados das baciloscopias do período posterior.

Um aspecto comum a todos os dados coletados refere-se à negligência quanto ao preenchimento das fichas nas UBS, o que foi percebido pela necessidade constante de busca de dados ausentes nos consolidados encaminhados para Vigilância

Epidemiológica, situação que compromete a avaliação do grau de efetividade da estratégia DOTS no município estudado.

CONCLUSÃO

Evidencia-se, portanto, que a rotatividade das equipes na ESF, a falta de efetivo, bem como, o preenchimento inadequado das fichas refletem na flutuação dos dados apresentados à Secretaria Municipal de Saúde, como foi discutido através da análise das figuras.

A falta de confiabilidade na interpretação dos dados epidemiológicos inviabiliza um diagnóstico preciso da real situação da TB no município de Palmas-TO, dificultando a criação de ações efetivas. Espera-se que, com um aprimoramento da educação permanente, os profissionais de saúde percebam a importância de cada um dentro da implementação do projeto PNCT.

A valorização de cada etapa do processo, desde a coleta do número de sintomáticos respiratórios por parte dos ACS até a consolidação dos dados com a equipe de enfermagem é fundamental na estruturação desse processo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- 2 - BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil.** Secretaria de Vigilância em Saúde, 2010.
- 3 - BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 7ª edição, Brasília – DF, 2011.
- 4 - BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A.A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.
- 5 - KUMAR, V.; ABBAS, A.K; FAUSTO, N. **Robbins e Cotran: Patologia – Bases Patológicas das Doenças.** Ed. 5. Elsevier: Rio de Janeiro, 2005.
- 6 - OLIVEIRA, M.F.. **A busca de Sintomáticos Respiratórios para o controle da tuberculose nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005).** Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006.
- 7 - RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. **Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais.** Instituto do Milênio REDE TB, 2006.
- 8 - RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.** 35(1):51-58, jan-fev, 2002.