

## DESEMPENHO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS

### PERFORMANCE OF TUBERCULOSIS CONTROL ACTIVITIES IN MUNICIPALITIES PRIORITY

### RENDIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN MUNICIPIOS DE PRIORIDADES

Belissa Monique Guerreiro dos Santos<sup>1</sup>, Emmina Negrão Chagas<sup>2</sup>, Dayane Vieira Machado<sup>3</sup>, Laura Maria Vidal Nogueira<sup>4</sup>, Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues<sup>5</sup>.

#### RESUMO

No Brasil, o controle da tuberculose é prioridade, com metas de descoberta de 75% dos casos existentes e cura de 80%. Foram identificados 181 municípios brasileiros para fortalecer as ações de controle da doença, dentre eles Ananindeua e Marituba na região metropolitana de Belém/Pará. Objetivou-se analisar a execução das atividades de controle e prevenção da tuberculose estabelecidas no planejamento das ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose; identificar áreas críticas nos aspectos técnicos e administrativos em relação a essas atividades, com ênfase na estratégia do Tratamento Diretamente Observado. Estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido em seis Unidades Básicas

de Saúde nos municípios de Ananindeua e Marituba. Os dados foram coletados nos Livros de registros e prontuários de pacientes, além de entrevista com os profissionais que atendem os doentes de tuberculose. As ações do Programa, não são efetivamente realizadas, e os municípios deixam a desejar em diversos indicadores de avaliação. Evidencia-se baixo índice de cura (66,1%) e alta taxa de abandono do tratamento (15,3%) potencializado pela ausência da estratégia do Tratamento Diretamente Observado. A testagem para o HIV foi realizada em somente 28,2% dos casos que iniciaram tratamento. Este estudo contribuiu para o conhecimento da realidade operacional das ações de controle da tuberculose nos municípios, oferecendo subsídios para os gestores na perspectiva do fortalecimento das ações de controle desse agravo.

**Descritores:** Gestão em Saúde; Tuberculose; Enfermagem.

<sup>1</sup> [belissa\\_santos@yahoo.com.br](mailto:belissa_santos@yahoo.com.br)

<sup>2</sup> [emminachagas@gmail.com](mailto:emminachagas@gmail.com)

<sup>3</sup> [daianymachado@yahoo.com.br](mailto:daianymachado@yahoo.com.br)

<sup>4</sup> [lauramavidal@gmail.com](mailto:lauramavidal@gmail.com)

<sup>5</sup> [ilar@globo.com](mailto:ilar@globo.com)

## ABSTRACT

In Brazil, the tuberculosis control has been priority with marks of 75% diagnosed from the existing cases and 80% of healing. 181 brazilian identified cities requiring actions to control the sickness, between them were Ananindeua and Marituba inside the metropolitan region of Belém/Pará. The goal of monitoring and evaluating control activities and tuberculosis prevention setted by the planning actions of the National Program of Tuberculosis Control. The exploratory and descriptive work with quantitative approach developed in six Basic Unities of Health in Ananindeua and Marituba. The data was acquired from routine of services registry and informations from interviews given by the employees whose treat the tuberculosis sick people. The program actions, not effectively done, and the cities whose lack in many evaluation indicators. Evidence of low healing index(66.1%) and high treatment abandon tax(15.3%) enhanced by Direct Attended Treatment strategy absence. HIV testing has been done only in 28.2% of the started treatments. This work improved the knowledge of the operational reality of the tuberculosis control actions in the cities giving aids to strengthen

the tuberculosis control actions for managers.

**Descriptors** - Developedment Evaluation; Tuberculosis; Nursing

## RESUMEN

En Brasil, el control de la tuberculosis es una prioridad, con objetivos de descubrimiento de 75% de los casos existentes y curar el 80%. 181 municipios brasileños fueran identificados para fortalecer las medidas de control de la enfermedad, incluyendo Ananindeua y Marituba en el área metropolitana de Belém / Pará. El objetivo era examinar la aplicación de la prevención y control de las actividades de tuberculosis establecidos en la planificación del Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis; identificar las áreas críticas en los aspectos técnicos y administrativos en relación con estas actividades, con énfasis en la estrategia de Tratamiento Directamente Observado. Estudio exploratorio descriptivo de enfoque cuantitativo, desarrollado en seis Unidades Básicas de Salud en los distritos de Ananindeua y Marituba. Los datos fueron recogidos en los libros de registros y archivos de los pacientes, así como entrevistas con los profesionales que atienden a los pacientes con tuberculosis. Las acciones del programa no están en efecto realizadas, y los municipios están a la altura en varios indicadores de evaluación. Es evidente baja tasa de curación (66,1%) y la alta tasa de abandono del tratamiento (15,3%) se incrementó por la ausencia de la estrategia de Tratamiento Directamente Observado. La prueba del VIH se realizó sólo el 28,2% de los

casos a tratar. Este estudio ha contribuido al conocimiento de la realidad operativa de las actividades de control de la tuberculosis en los municipios, ofreciendo subsidios para los gerentes en vista del fortalecimiento de las medidas de control de esta enfermedad.

**Palabras clave:** Gestión De La Salud; Tuberculosis; Enfermería.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos tempos, muitas estratégias têm sido adotadas pelo Ministério da Saúde (MS) para o alcance do efetivo controle da tuberculose (TB) no meio social. No Brasil o tratamento para TB é ofertado gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos pacientes diagnosticados e a vacina BCG (bacilo de Calmette-Guerin) é disponibilizada na rede básica de saúde, para prevenir as formas graves da doença<sup>(1)</sup>.

O *Global tuberculosis report* 2013<sup>(2)</sup>, refere que o Relatório Municipal XVIII sobre a TB publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), viabiliza uma avaliação abrangente e atualizada da epidemia de TB, além do aperfeiçoamento na implementação, financiamento, profilaxia e controle a nível global, nacional e regional, utilizando os dados

de 197 países e territórios que representam mais de 99% dos casos a nível mundial.

Dados epidemiológicos dão conta que o Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB no mundo; é o 22º país em taxa de incidência, prevalência e mortalidade entre os 22 com alta carga; é o 111º país em taxa de incidência dentre todos os países do mundo, além de a TB ser considerada, no Brasil, a 4ª causa de morte por doenças infecto contagiosas<sup>(3)</sup>.

Para medir o desempenho das ações de controle da TB faz-se necessário o acompanhamento sistemático em todas as unidades de saúde que realizam o diagnóstico e tratamento. Esse acompanhamento deve ser feito a partir do plano de ação do programa contendo informações que permitam o real entendimento das competências de cada ator envolvido nesse processo. E para avaliar as atividades é preciso que sejam identificadas as prioridades a partir das metas estabelecidas, o que indicará possíveis direcionamentos para solucionar problemas existentes<sup>(4)</sup>.

A avaliação é um processo contínuo que possibilita a reorganização dos serviços, pois detecta os entraves para o controle da doença, permitindo

traçar novas metas e cronogramas. O MS sugere que as avaliações pelas equipes, tanto municipais quanto estaduais, sejam realizadas periodicamente. E que o município tenha uma rotina de reuniões com o intuito de avaliar as atividades em desenvolvimento<sup>(4)</sup>.

No Brasil ainda não foi possível alcançar a meta, estipulada pela OMS de curar 85% dos casos novos bacilíferos. Em 2012 a proporção de cura foi de 70% dos casos pulmonares bacilíferos, e em 2013 alcançou somente 69,6%.

Diversas estratégias foram implementadas ao longo dos últimos quatro anos: novas tecnologias foram incorporadas ao SUS, como um quarto fármaco (etambutol) no esquema básico de tratamento, a oferta dos medicamentos em doses fixas combinadas, e mais recentemente, o teste rápido molecular para tuberculose<sup>(3)</sup>. A região Norte, apesar ter conseguido redução da taxa de incidência, de 51,2/100 mil habitantes no ano de 2001 para 45,2/100 mil habitantes em 2012, apresenta, ainda, a maior taxa quando comparada às outras quatro regiões do Brasil<sup>(5)</sup>.

Na tentativa de obter maior controle da TB no país, o MS identificou 181 municípios como

prioritários para investimento nas ações de prevenção e controle e assim produzir impacto nos dados epidemiológicos nacionais. Dentre esses municípios estão Ananindeua e Marituba, que segundo dados do Sistema de Informações de Agravos e Notificações (SINAN), apresentaram, em 2011, respectivamente, 78,4% e 71,62% de cura e taxas de abandono de 8,63% e 11% de um total de 348 doentes em tratamento com TB pulmonar bacilífera. No ano de 2012 foram notificados, nos mesmos municípios 355 casos novos de tuberculose.

Para o desenvolvimento racional de qualquer atividade em saúde, é importante o planejamento das ações, de modo a obter o máximo de benefícios com os recursos disponíveis. A racionalização das atividades de controle da TB, seu monitoramento e avaliação são funções de todas as esferas de gestão da saúde<sup>(4)</sup>. E são capazes de contribuir para maior índice de cura, rastreamento de casos novos e diminuição da taxa de abandono, na perspectiva de atingir as metas estabelecidas pelo MS para 2015.

O monitoramento e a avaliação se constituem importantes ferramentas para a gestão. Por meio do monitoramento é possível acompanhar

de forma sistemática as metas estabelecidas, na perspectiva de seu desempenho finalístico. A avaliação permite analisar o contexto para tomada de decisão, subsidiando mudanças e/ou implementação nas práticas intervencionistas, ou mesmo redirecionando as políticas de saúde<sup>(6)</sup>.

A prática avaliativa deve permear o processo de trabalho estando vinculada ao planejamento e execução de ações no cotidiano. Os ajustes/regulações buscam reorientar e aproximar o que se planeja, considerando-se as necessidades reais e as mudanças de cenários. Nesse sentido, a regulação se faz a partir do ato de monitoramento e avaliação<sup>(7)</sup>.

Os estudos nessa área têm privilegiado ações específicas, essencialmente o abandono ao tratamento, dificuldades da equipe de saúde no manejo com o doente, perfil epidemiológico da TB nas diversas regiões, assim como dificuldades de acesso ao tratamento. Porém, se ressentem de abordagens que indiquem o desempenho do PCT nas Unidades de Saúde, para subsidiar ações diretas da equipe e gestores. Ressalta-se ainda a importância de estudos dessa natureza, sobretudo em Unidades de Saúde com maior demanda nos municípios prioritários.

Dessa forma o estudo partiu da seguinte inquietação: As ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) estão sendo desenvolvidas de acordo com as normas ministeriais? Os objetivos estabelecidos foram: analisar a execução das atividades de controle e prevenção da TB estabelecidas no planejamento das ações do PCT nos municípios; identificar áreas críticas nos aspectos técnicos e administrativos em relação a essas atividades, com ênfase na estratégia do Tratamento Diretamente Observado (TDO).

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo operacional, descritivo com abordagem quantitativa, realizado nos municípios de Ananindeua e Marituba, região metropolitana de Belém/Pará, no período de março a maio de 2014, em seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) que desenvolvem as ações do PCT, sendo 3 em cada município. As Unidades que constituíram o cenário do estudo foram selecionadas por concentrarem o maior número de casos.

A rede básica de saúde do município de Ananindeua é constituída por 49 Unidades que realizam Atenção Básica, nas quais são desenvolvidas as ações do PCT. Há concentração de casos em 3 UBS com localização

geográfica estratégica, correspondendo a 26,02% do total, estando o restante pulverizado nas demais Unidades de Saúde. No município de Marituba são 15 Unidades que realizam as ações do PCT, com concentração de 47,6% dos casos em 3 UBS, sendo que em 2012 somente 13 notificaram casos. A opção pela inclusão das 6 UBS se deu por realizarem as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da TB numa proporção expressiva no município. Enquanto que nas demais Unidades as ações são desenvolvidas de forma fragmentada, além de apresentarem em seus registros reduzido número de casos.

Para a coleta dos dados foi realizada entrevista estruturada e consulta aos instrumentos de registro do PCT, orientada pelo Guia de Monitoramento de Unidade de Saúde proposto pela Coordenação Estadual do PCT, constituído por oito itens, a saber: I – Dados gerais; II – Características do Serviço de Saúde; III – Descoberta de casos; IV - Tratamento e seguimento dos casos de tuberculose; V – Registros; VI – Prevenção; VII – Informação e Mobilização Social em TB; VIII – Farmácia.

As entrevistas foram realizadas junto 6 enfermeiros que trabalham no setor de atendimento aos doentes com

TB, sendo um de cada Unidade. E os documentos consultados foram àqueles disponíveis nas Unidades de Saúde, tais como: Livro de Registro de Sintomáticos Respiratórios (SR), Livro de Registro de Acompanhamento e Tratamento de Casos de TB e prontuários dos pacientes.

No Livro Registro de SR foi avaliado o número de SR identificados e examinados, além do resultado desses exames. No Livro de Registro de Acompanhamento e Tratamento de Casos de TB foi avaliada a realização de baciloscopias de controle em doentes bacilíferos, a realização de teste anti-HIV, a descoberta e o desfecho dos casos ao final do período previsto para tratamento. Os prontuários foram consultados para verificação da completude e consistência dos registros de diagnóstico e acompanhamento dos casos, além de complementação de informações necessárias.

Os dados coletados foram inseridos em planilhas eletrônicas no programa *Microsoft Excel* e posteriormente analisados por meio da estatística descritiva com o auxílio de gráficos e tabelas. Os resultados foram discutidos à luz da literatura oficial disponível no PNCT e evidências

científicas publicadas em periódicos nacionais.

Em respeito aos preceitos éticos previstos na Resolução nº 466/12 do CNS/MS, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Pará sob o parecer nº 535007 para o protocolo

## RESULTADOS

Os resultados serão apresentados ressaltando as características estruturais das Unidades de Saúde, a qualidade dos registros encontrados, a realização de atividades de prevenção nessas Unidades, e por fim os indicadores operacionais do PCT selecionados pelos pesquisadores para análise.

### Características gerais e estrutura das Unidades de Saúde

Todas as Unidades de Saúde apresentaram em seu quadro funcional, enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde. Na ocasião, ofereciam atendimento aos pacientes nos turnos da manhã e da tarde, sendo que em uma das Unidades de Saúde as ações do PCT estavam sendo ofertadas somente no período da tarde. As Unidades dispõem de uma sala na qual realizam os atendimentos aos SR e doentes em tratamento, além do exame

referente ao município de Ananindeua e parecer nº 535009 para o protocolo do município de Marituba. A coleta dos dados foi precedida da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Acesso a Livros e Prontuários (TALP).

de contatos. Quanto a Estratégia Saúde da Família, todas dispõem de equipes vinculadas ao serviço.

Em relação ao apoio diagnóstico, somente uma Unidade de Saúde realiza o exame direto no escarro. Duas Unidades funcionam como posto de coleta, encaminhando os potes de escarro para processamento do material no Laboratório Central do município de Marituba, e as outras três encaminham o SR para outros serviços de saúde que realizam esse procedimento. As Unidades de Saúde não dispõem de serviço de radiologia, quando este é necessário, os pacientes são encaminhados para a rede hospitalar nos próprios municípios.

Todas as Unidades de Saúde possuem farmácia, porém somente 50% contam com o farmacêutico no seu quadro funcional. As demais recebem visita mensal desse profissional, e a dispensação dos medicamentos é feita por profissionais de nível médio. O



armazenamento e controle são feitos da forma preconizada pela Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44 de 17 de agosto de 2009, a exceção de uma Unidade em que a guarda dos tuberculostáticos e a entrega aos pacientes é feita diretamente no consultório de enfermagem. Em todas as Unidades é o enfermeiro que realiza a previsão trimestral de medicamentos.

### **Registros e Informações**

Todos os casos diagnosticados nas Unidades de Saúde são devidamente notificados utilizando a Ficha de Notificação de Casos de Tuberculose, que é enviada às Secretarias Municipais de Saúde para inserção no SINAN de acordo com a rotina de cada serviço.

Quanto ao Livro de Registro de SR, 33,3% (02) das Unidades de Saúde não o utilizam, fazendo os registros somente nos prontuários dos pacientes e/ou no Livro de Registro de Acompanhamento e Tratamento dos Casos de TB.

Os registros nos 68 prontuários analisados (26 em Aamanindeua e 42 em Marituba) mostraram que, em 73,5% (23 Ananindeua e 27 em Marituba), não constavam informações referentes ao exame físico e sinais e sintomas da doença. E em 80,8% (21 em Ananindeua e 34 Marituba) não

havia registro de história de contato na família, sendo que em 58,8% (18 Ananindeua e 22 Marituba) foram arrolados os contatos na perspectiva de efetivação do controle. De modo geral, os registros são incompletos e dificultam melhor análise dos dados, além de limitar a avaliação do estado de saúde dos pacientes e a evolução do tratamento por ocasião das consultas.

### **Atividades de Prevenção**

Em todas as Unidades de Saúde é oferecida a vacina BCG-ID na rotina do serviço, integrada ao calendário nacional de imunização.

A oferta de prova tuberculínica (PT) está disponibilizada somente em 33,3% (02) das Unidades de Saúde. As demais não a realizam em razão da indisponibilidade de material específico e inexistência de profissional treinado para realização do procedimento. Portanto, os pacientes e/ou contatos oriundos dessas Unidades que necessitam da PT são encaminhados para outros serviços em que o exame é oferecido. O controle de contatos teve sua análise prejudicada em razão de limitação nos registros.

As Unidades informaram realizar atividades educativas, voltadas para prevenção e controle da TB, por meio de palestras nas próprias Unidades de



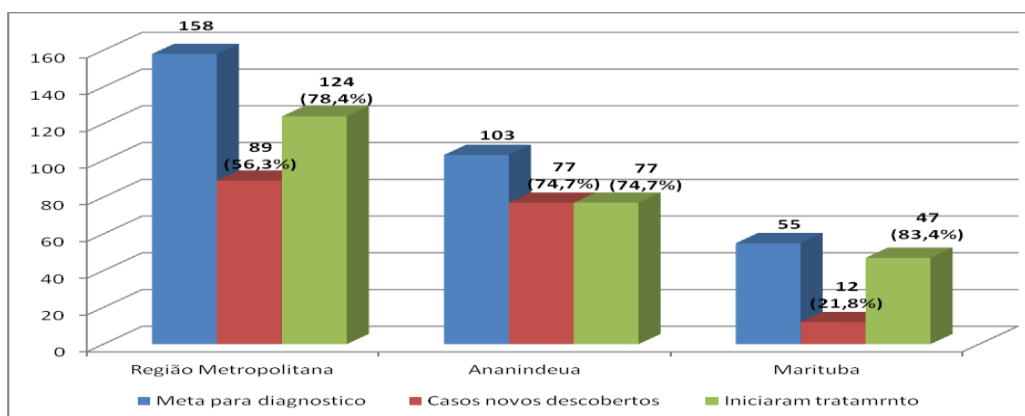
Saúde, direcionadas aos pacientes em tratamento, prioritariamente nos períodos das Campanhas Nacionais de Controle de Tuberculose. Todas as Unidades possuíam cartazes informativos afixados nos corredores e paredes dos consultórios.

### **Análise dos indicadores operacionais da tuberculose**

O MS/PNCT oferece aos serviços um elenco de indicadores capazes de monitorar e avaliar o desempenho das Unidades de Saúde com ações do PCT implantadas. Dentre estes foram

priorizados neste estudo: Proporção de casos novos de tuberculose descobertos dentre os programados; proporção de casos de tuberculose testados para HIV; proporção de coinfeção TB/HIV; proporção de casos de tuberculose BK+ e todas as formas curados e proporção de casos de tuberculose BK+ e todas as formas que abandonaram o tratamento<sup>4</sup>. Para análise dos indicadores foram utilizados os dados do ano de 2012 tendo em vista a completude dos mesmos em todas as Unidades de Saúde.

Figura 1: Proporção de casos novos descobertos dentre os programados. Região Metropolitana de Belém/Pará, 2014.



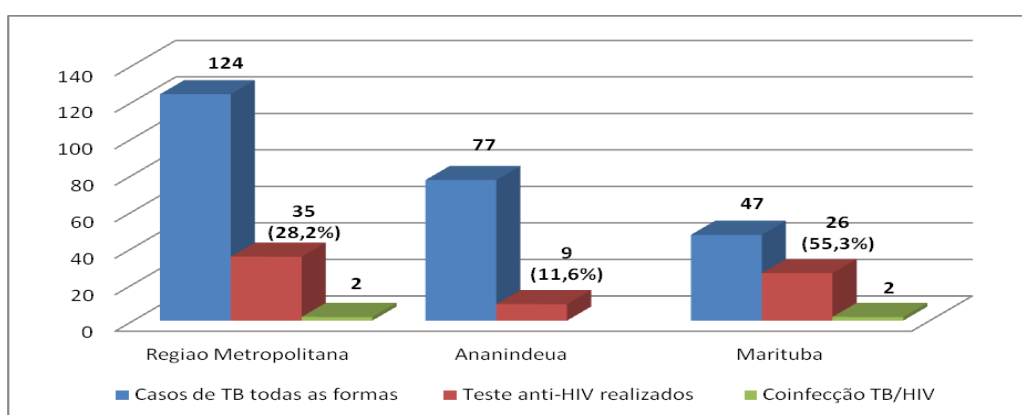
Nos municípios de Ananindeua e Marituba a meta era descobrir 103 e 55 casos novos de TB e diagnosticaram 74,7% (77) e 21,8% (12) dos casos, respectivamente. Portanto, apenas o município de Ananindeua ultrapassou a meta estabelecida pelo MS, de descobrir

por pelo menos 70% do total de casos previstos. Nesse município a totalidade dos casos descobertos iniciou o tratamento específico. Em Marituba a descoberta foi de apenas 21,8% (12) casos, entretanto, iniciou tratamento em 47 pacientes, indicando que os doentes

chegaram às Unidades estudadas já com diagnóstico estabelecido (Figura 1). Adicionando aos casos diagnosticados nas UBS aqueles recebidos com diagnóstico firmado, o percentual de casos que iniciaram tratamento

correspondeu a 85,4% do previsto para o município. Do total de casos esperados para descoberta na região, 78,4% foram diagnosticados e iniciaram tratamento específico, ultrapassando a meta ministerial (Figura 1).

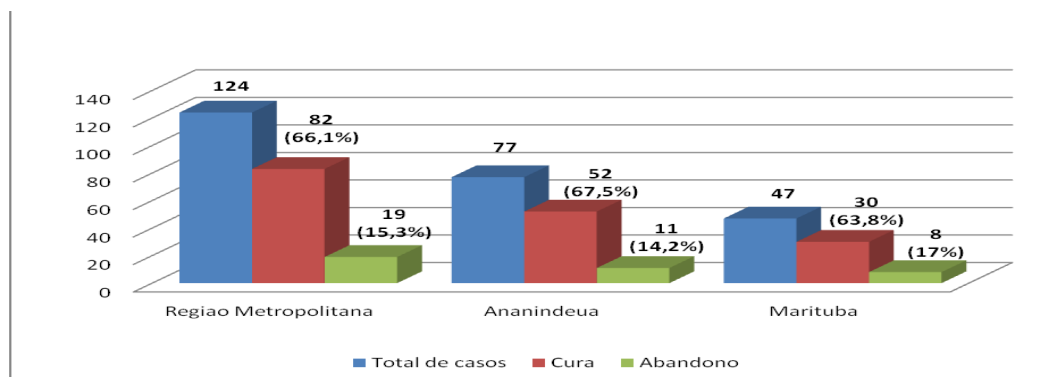
Figura 2: Proporção de casos novos testados para HIV e a coinfeção TB/HIV. Região Metropolitana de Belém/PA, 2014.



Do total de casos diagnosticados na região (124), somente 28,2% (35) realizaram o teste anti-HIV (Figura 2). Há que se ressaltar que o exame é oferecido com restrição nos municípios, visto que em Marituba está disponibilizado em apenas uma UBS e no Centro de Diagnóstico Ignácio Gabriel, referência municipal para exames de laboratório e de imagem. Em Ananindeua, o teste anti-HIV não é oferecido nas UBS estudadas, e os usuários são encaminhados para realizá-lo em outros serviços, em sua maioria

para o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do município. Observa-se que no município de Ananindeua esta é uma meta com baixíssimo alcance, 11,6% (9), e em Marituba embora o percentual tenha alcançado 55,3% (26), ainda assim está aquém do preconizado, que é testar 100% dos casos que iniciam tratamento específico para TB. Como desdobramento, foram confirmados dois casos de coinfeção TB/HIV, oriundos do município de Marituba.

Figura 3: Proporção de cura e abandono de tratamento autoadministrado dentre os casos novos de TB. Região Metropolitana de Belém/PA, 2014.



A figura 3 mostra o desempenho das ações do PCT na região de acordo com os dados referentes ao desfecho dos casos novos de TB notificados que iniciaram tratamento no regime autoadministrado.

Do total de casos, 66,1% (82) obtiveram alta por cura e 15,3% (19), alta por abandono de tratamento. O desempenho dos municípios no alcance desses percentuais foi similar, tendo em vista que a cura foi de 67,5% (52) e 63,8% (30) em Ananindeua e Marituba, respectivamente. Em relação ao abandono, os dois municípios apresentaram valores bem acima do percentual de 5% considerado aceitável pelo MS. O município de Marituba que apresentou cura menor que Ananindeua, teve percentual de abandono de 17% (8) (Figura 3).

Em relação aos demais casos, 3,2% (4) evoluíram para óbito, 4% (5) foram transferidos para outras Unidades

de Saúde, 2,4% (3) tiveram mudança de diagnóstico, e 8,8% (11) permaneceram sem informação nos Livros de Registro e Acompanhamento de TB. Não foi possível maiores esclarecimentos em relação ao desfecho desses tratamentos, visto que os prontuários não foram analisados, por não terem sido localizados nas Unidades de Saúde.

Ressalta-se que em nenhum dos municípios houve casos registrados de continuidade de tratamento, intolerância medicamentosa e tuberculose multirresistente (TBM) às drogas. Nos municípios estudados nenhuma Unidade da Saúde adota o TDO como estratégia para o tratamento dos doentes com TB. Esse fato impediu a avaliação dos indicadores de resultado relacionados a essa estratégia de tratamento.

## DISCUSSÃO

A análise dos dados obtidos permitiu avaliar o desempenho das ações de prevenção e controle da TB nos municípios de Ananindeua e Marituba a partir de importantes indicadores operacionais do PCT.

O registro de dados, tanto nos livros implantados nacionalmente pelo PNCT, como nos prontuários dos pacientes apresentaram incompletude no preenchimento. Dados básicos, a exemplo do resultado de baciloscopia mensal no escarro, exame físico, tipo de tratamento instituído, nem sempre são registrados, ocasionando prejuízos no acompanhamento da evolução do tratamento dos doentes, assim como na avaliação de desempenho das ações do PCT. É imperioso primar pelas anotações, inclusive evitando o uso de lápis em documentos oficiais, dado a possibilidade de sua supressão.

A inexistência dos registros ou sua inadequação dificulta o acompanhamento da evolução clínica do paciente por parte da equipe de saúde. A avaliação da qualidade da assistência prestada ao paciente engloba analisar a forma como a realização do cuidado é registrada. As anotações refletem como os profissionais realizam

o cuidado e demonstram a qualidade do serviço prestado<sup>(8)</sup>.

A utilização da PT como medida importante para avaliar a infecção latente é realizada de forma pontual em apenas duas Unidades de Saúde, comprometendo sua utilização em todos os casos que dela necessitam. A estratégia de encaminhamento dos SR e contatos para outros serviços pode representar um empecilho para realização da prova, haja vista possibilidade de implicação em gastos financeiros com transporte<sup>(9)</sup>.

Dentre os indicadores operacionais de desempenho do PCT, a descoberta de casos mostrou-se satisfatória com 78,5%, posto que o PCT preconiza a descoberta de, no mínimo 70% dos casos novos programados. Entretanto, somente 56,3% (89) foram diagnosticados nas próprias UBS, tendo em vista que no município de Marituba o alcance da meta foi de 21,8% (12), caracterizando que o paciente já chega à US com diagnóstico estabelecido.

A identificação e exame do SR deve acontecer na US mais próxima de sua residência. E os serviços de atenção básica devem estar habilitados para atender esta demanda. Muito embora as Unidades de Saúde possuam equipes da ESF vinculadas, não há busca ativa de

casos repercutindo na baixa descoberta<sup>(4)</sup>.

No processo de consolidação do SUS, a atenção básica é concebida como a porta de entrada preferencial e o eixo estruturante do sistema de saúde<sup>(10)</sup>. Então, é indiscutível, a importância das Unidades Básicas de Saúde com equipes treinadas e empenhadas a realizar a identificação dos SR para o diagnóstico precoce de doentes com TB, para tanto, a mesma deve dispor de infraestrutura adequada, logística e insumos necessários para o acolhimento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos.

Outro indicador bastante prejudicado na sua avaliação foi a testagem dos casos para HIV. Nos últimos anos, o controle da TB foi ameaçado pelo surgimento da Aids, levando o MS a adotar medidas para identificação precoce de coinfectados. Nesse sentido passou a recomendar a testagem oportuna para HIV em 100% dos diagnosticados com TB, por meio do teste rápido<sup>(5)</sup>.

É na atenção básica, por ocasião do diagnóstico de TB, que deve ser feito o teste anti-HIV em razão da elevada ocorrência de coinfecção TB-HIV e do risco de óbito. Nos municípios somente 28,2% (35) dos casos diagnosticados TB foram testados para HIV, por conta

da baixa oferta na rede de atenção básica, o que obriga o encaminhamento dos pacientes à centros de referência.

A necessidade de deslocamento adicionado à decisão do doente, que nem sempre aceita realizar o teste, pode ser determinante para o baixo percentual encontrado. Mesmo com a baixa proporção de pacientes testados, ainda assim foram confirmados dois casos de coinfecção TB-HIV, que corresponde a 1,6% do total diagnosticado. O que pode indicar que a ocorrência de coinfecção possa ser um dado epidemiológico importante nesses municípios. Esses achados estão bem abaixo dos valores encontrados em estudo realizado em Fortaleza, que encontrou 3,6% de infectados com HIV somente em menores de 15 anos<sup>(11)</sup>.

Em relação ao desfecho dos casos, os indicadores corroboram desempenho insatisfatório, com cura de 66,1% e abandono de tratamento de 15,3%, portanto distantes das metas estabelecidas pelo MS de curar pelo menos 85% dos casos que iniciaram tratamento, e manter o abandono em índices inferiores a 5% do total<sup>(4)</sup>.

Estudo realizado em São Paulo (SP) constatou que diversos fatores influenciam na adesão ao tratamento de TB, como a dinâmica do atendimento, a

veiculação de informações claras na visita domiciliar, a relação entre o doente e os profissionais de saúde e o apoio para os deslocamentos dos clientes, e do lado oposto a intrincada burocracia que os sujeitava a filas, horários inflexíveis e preenchimento de formulários que inviabilizam um atendimento fluente e de qualidade<sup>(12)</sup>.

Nos municípios estudados nenhuma Unidade de Saúde realiza tratamento em regime TDO, embora contem com equipes ESF, o que poderia contribuir sobremaneira para o efetivo controle dos casos. Dessa forma somente foi possível avaliar a cura e o abandono de tratamento auto-administrado, correspondente à modalidade vigente nos municípios. O TDO constitui uma oportunidade de comprovar a tomada dos medicamentos pelos doentes, atualizar os dados clínicos e acompanhar a evolução dos mesmos.

O TDO tem sido apontado como estratégico para reduzir o abandono ao tratamento, devendo ser adaptado às necessidades e rotina do serviço. O MS<sup>(4)</sup> preconiza que os casos de TB devem ser acompanhados em regime de TDO, adequado à condição e necessidade do paciente, associado a incentivos para os usuários. Um estudo comparativo sobre o abandono do

tratamento realizado nas modalidades auto-administrado e TDO indicou que as taxas foram 2,3 vezes maior no auto-administrado ao comparar com o TDO<sup>(12)</sup>.

A avaliação sistemática das ações de controle da TB é uma importante ferramenta de gestão para alcançar o controle da doença no meio social, devendo a equipe criar espaços que oportunizem discussão ampliada e coletiva que resultem em pactuação, pela equipe de saúde local, de metas a serem alcançadas, estratégias de trabalho e a forma de acompanhamento e avaliação<sup>(7)</sup>.

Organizar serviços para a atenção à TB implica em disponibilizar elementos estruturais, a exemplo da capacitação das equipes, insumos e rede laboratorial para realização de exames diagnóstico, provimento e abastecimento regular de medicamentos, na perspectiva de aperfeiçoar o processo de trabalho e o desenvolvimento das competências individuais e institucionais<sup>(13)</sup>.

## CONCLUSÃO

A análise dos indicadores operacionais das ações do PCT nos municípios prioritários do entorno de Belém possibilitou conhecer o desempenho do programa, as

fragilidades na dinâmica do trabalho e os desafios a serem enfrentados pela equipe de saúde e gestores locais.

Dentre esses desafios está a valorização dos registros pela equipe de saúde, o que oportunizará melhor acompanhamento dos casos, além do monitoramento mais qualificado. Trata-se de conduta que não implica em novas tecnologias, ou mesmo investimento em infraestrutura, somente de decisão dos profissionais, a partir da compreensão da importância em preencher os livros de acompanhamento de casos e os prontuários dos pacientes.

A fragilidade na busca ativa de SR ficou evidente repercutindo na baixa descoberta de casos. E o resultado do tratamento corroborou o baixo índice de cura e elevado abandono. Esse cenário ratifica a importância de realização do monitoramento, internamente na Unidade de Saúde e no âmbito municipal, de forma sistemática, visto que oportuniza à equipe de saúde e gestores locais conhecer não só o alcance de metas operacionais, mas sobretudo, a dinâmica do adoecimento e o nível de interferência dos serviços de saúde para controle da TB no meio social.

O monitoramento das ações do PCT poderá ser utilizado pela equipe local para avaliar periodicamente o

serviço e subsidiar um plano de trabalho direcionado ao enfrentamento das principais dificuldades para controlar a TB no território.

A realização da testagem dos doentes para o HIV deve ser uma prioridade para a gestão municipal e para a equipe de saúde, dada a elevada proporção de coinfeção TB-HIV. Portanto, é uma oportunidade que não pode ser desperdiçada, devendo a equipe de saúde envidar esforços para levá-los a realização do exame. Para tanto a oferta do procedimento deve estar assegurada com livre acesso.

É relevante rever no âmbito da região, a modalidade de tratamento adotada, exclusivamente autoadministrado, que pode estar contribuindo para o elevado índice de abandono. A introdução da estratégia TDO poderá impactar positivamente nos resultados de tratamento e consequentemente no desempenho do programa.

O cenário encontrado na região a partir da análise dos indicadores operacionais das ações do PCT demanda a revisão de procedimentos na rotina do serviço. Nesse contexto, o enfermeiro tem papel preponderante, à medida que realiza a capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde, supervisiona os técnicos de



enfermagem, realiza atendimentos aos doentes e deve acompanhar a tomada diária dos medicamentos específicos na Unidade de Saúde.

Diante dessa conjuntura, o enfermeiro deve investir no papel de educador, aproximando e fortalecendo vínculos entre a equipe de saúde, os doentes e toda a comunidade, para maior adesão ao tratamento, identificação precoce de casos e controle dos contatos. Pode ainda ser protagonista para rever a organização das Unidades de Saúde e a oferta de serviços essenciais preconizados pelo PCT, a exemplo do TDO.

Uma limitação do presente estudo é sua realização em um quantitativo pequeno de municípios no contexto nacional, o que certamente, não permite generalizações. Mas, entende-se que ao mostrar que o acompanhamento periódico dos indicadores operacionais do PCT e do processo de trabalho desenvolvido nas UBS é importante ferramenta para qualificar a gestão e execução do PCT, pode somar a outros estudos e contribuir para a reflexão/ação de gestores e profissionais no intuito de melhorar seus indicadores em cada município brasileiro e assim impactar no controle dessa endemia tão importante em nosso país.

## REFERÊNCIAS

1. Couto DS, Carvalho RN, Azevedo EB, Moraes MNP, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. Saúde Debate [periódico na internet]. 2014 [citado 2014 dez. 10]; 38(102): [cerca de (10) p]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000300572&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000300572&lng=en). <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140053>.
2. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Global tuberculosis report 2013. Disponível em: [www.who.int/topics/tuberculosis](http://www.who.int/topics/tuberculosis).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. 2014; 44 (2).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para

- o controle da tuberculose no Brasil. Brasília; 2011.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília; 2013.
6. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Ciênc. Saúde Coletiva [periódico na internet]. 2012 [citado 2014 Dez 10]; 17(4): [cerca de (10) p]. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>.
7. Serafim BSF. Avaliação e humanização em saúde/aproximações metodológicas. RS: Editora Unijui; 2009.
8. Maziero VG, Vannuchi MTO, Haddad MCL, Vituri DW, Tada CN. Qualidade dos registros dos controles de enfermagem em um hospital universitário. REME Rev Min Enferm [periódico na internet]. 2013; [citado 2012 nov. 13]; 17(1): [cerca de (15) p]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/587>
9. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Egry EY. A ocorrência da tuberculose em um distrito administrativo do município de São Paulo. Esc. Anna Nery [periódico na internet]. 2013 [citado 2013 Dez. 15]; 17(1): [cerca de (7) p]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100021&lng=en&nrm=iso).
10. Ponce AMZ, Wysocki AD, Scatolin BE, Andrade RLP, Arakawa T, Ruffino NA, et al. Diagnóstico da tuberculose: desempenho do primeiro serviço de saúde procurado em São José do Rio Preto, São

- Paulo. Cad. Saúde Pública  
[periódico na internet]. 2013  
[citado 2014 dez. 15]; 29(5):  
[cerca de (10) p]. Disponível  
em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php  
?script=sci\\_arttext&pid=S0102-  
311X2013000500012&lng=en  
&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000500012&lng=en&nrm=iso).
- 11. SILVA HO, GONCALVES, MLC.** Prevalência da infecção pelo HIV em pacientes com tuberculose na atenção básica em Fortaleza, Ceará. *J. bras. pneumol.* [periódico na internet]. 2012 [citado 2014 dez. 10], 38(3). [cerca de (4) p]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?  
script=sci\\_arttext&pid=S1806-  
37132012000300014&lng=en&  
nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132012000300014&lng=en&nrm=iso).
- 12. Vieira AA, Ribeiro SA.** Adesão ao tratamento da tuberculose após a instituição da estratégia de tratamento supervisionado no município de Carapicuíba, grande São Paulo. *J. bras. pneumol.* [periódico na internet]. 2011 [citado 2014 dez. 10]; 37(2): [cerca de (9) p]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php  
?script=sci\\_arttext&pid=S1806-  
37132011000200013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132011000200013&lng=en).
- 13. SÁ LD, Andrade MN, Nogueira JN, Villa TCS, Figueiredo TMRM, Queiroga RPF, et al.** Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). *Ciência & Saúde Coletiva.* [periódico na internet]. 2011 [citado 2014 dez. 11]; 16(9): [cerca de (7) p]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=s  
ci\\_arttext&pid=S1413-  
81232011001000028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000028&lng=en&nrm=iso).

Sources of funding: No  
Conflict of interest: No  
Date of first submission: 2014-12-15  
Last received: 2015-03-18  
Accepted: 2015-03-25  
Publishing: 2015-05-29