Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Coletiva

Graduação em Gestão em Saúde Coletiva

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SAMAMBAIA – DF

Autor: Thâmara Gonçalves dos Reis
Orientador: Prof. Dr. Mauro Niskier Sanchez

Brasília – DF
2016

THÂMARA GONÇALVES DOS REIS

PLANO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SAMAMBAIA – DF

Trabalho apresentado ao curso de graduação em Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para conclusão do curso superior de Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva.

Orientador: Mauro Niskier Sanchez

Brasília – DF
2016

Trabalho de autoria de Thâmara Gonçalves dos Reis, intitulado Plano de Intervenção para Controle da Tuberculose em Samambaia – DF apresentado ao curso de graduação em Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para conclusão do curso superior de Bacharelado em Gestão em Saúde Coletiva, aprovado pela banca examinadora abaixo:

_____

Prof. Doutor Mauro Niskier Sanchez
Orientador
Faculdade de Medicina, UnB

_____

Prof. Doutor Ubirajara José Picanço de Miranda
Avaliador
FEPECS

Brasília – DF
2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a mim, pelo esforço a ele aplicado, à minha família, que nunca duvidou do meu potencial, aos meus professores, que colaboraram e estimularam meu crescimento acadêmico e pessoal, e a todos aqueles que nunca possuíram nada dedicado a si.

"Na vida, nada deve ser temido, apenas compreendido"

Marie Curie

RESUMO

A tuberculose (TB) é uma doença bacteriana infecciosa e contagiosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis,* que afeta comumente os pulmões, podendo acometer também outros órgãos. Pode ser transmitida de pessoa a pessoa por meio da inalação de gotículas expelidas por um doente bacilífero. Esse agravo é considerado um problema de saúde global por registrar 9,6 milhões de novos casos por ano, estando o Brasil incluído entre os 22 países responsáveis por 80% dos casos no mundo. Há uma relação direta entre esse agravo e os determinantes sociais, o que é comprovado pela maior incidência em populações marginalizadas. As ações de prevenção, vigilância e controle a serem realizadas pelas três esferas do governo foram instituídas no Brasil através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). A operacionalização das ações de controle depende da integração dos serviços de saúde além dos gestores e profissionais de saúde envolvidos. O presente estudo descreve um Plano de Intervenção para o controle da tuberculose em Samambaia – DF e se justifica pela necessidade de capacitação e sensibilização dos profissionais da atenção básica em relação à Tuberculose e adoção de ações de prevenção e controle da doença. Possui como objetivo principal aumentar a captação precoce de casos bacilíferos por meio de estratégias integradas para interromper a cadeia de transmissão da tuberculose na região administrativa de Samambaia. Sua viabilidade depende dos coordenadores, gestores e profissionais da saúde envolvidos e da sustentabilidade das ações, do escopo da Atenção Básica.

Palavras-chave: tuberculose, controle TB, plano de intervenção, samambaia, atenção básica.

ABSTRACT

Tuberculosis (TB) is an infectious and contagious bacterial disease caused by Mycobacterium tuberculosis, which usually affects the lungs, but can also affect other organs. It can be transmitted from person to person through the inhalation of droplets expelled by a bacillus sick. This grievance is considered a global health problem by registering 9,6 million new cases per year, with Brazil included among the 22 countries responsible for 80% of cases worldwide. There is a direct relationship between the grievance and the social determinants, which is evidenced by the increased incidence in marginalized populations. The prevention actions, surveillance and control to be performed by the three government spheres were instituted in Brazil through the National Program for Tuberculosis Control (NPTC). The operationalization of control actions depends on the integration of health services in addition to managers and health professionals involved. The present study describes an intervention plan for the control of tuberculosis in Samambaia - DF and it is justified by the need for capacity and awareness of basic attention professionals in relation to tuberculosis and adoption of preventive actions and control of the disease. It has as main target to increase the early captation of bacilliferous cases through integrated strategies to interrupt the chain of transmission of tuberculosis in the administrative region of Samambaia. Its viability depends on coordinators, managers and health professionals involved and the sustainability of the actions, of the scope of Basic Attention.

Keywords: tuberculosis, TB control, intervention plan, samambaia, basic attention.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário em Saúde

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CODEPLAN - Companhia de Planejamento do Distrito Federal

DF – Distrito Federal

DIVEP - Diretoria de Vigilância Epidemiológica

DOTS - Directly Observed Treatment Short-course

ESF – Equipe de Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

MS – Ministério da Saúde

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCT – Programa de Controle da Tuberculose

PDAD - Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PNCT – Porgrama Nacional de Controle da Tuberculose

PPD - Derivado Proteico Purificado

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SITETB - Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose

SR – Sintomático Respiratório

SUS – Sistema Único de Saúde

TB – Tuberculose

TDO – Tratamento Diretamente Observado

TMGCA - Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual

UBS – Unidade Básica em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO.....10

1.1 Características gerais da Tuberculose.....10

1.2 Panorama da Tuberculose no Brasil e no mundo.....11

1.3 Tuberculose como problema de saúde pública.....13

1.4 Políticas atuais de controle da tuberculose.....15

1.5 Operacionalização do plano de controle.....17

2 JUSTIFICATIVA.....19

3 OBJETIVOS.....19

3.1 Objetivo geral.....19

3.2 Objetivos específicos.....19

4 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....20

4.1 Características sociodemográficas.....20

4.2 Papel da atenção básica no controle da tuberculose.....20

5 PRINCIPAIS FATORES QUE DIFICULTAM A CAPTAÇÃO DE SR, DETECÇÃO DE CASOS E CONTROLE DA TUBERCULOSE NA REGIONAL DE SAMAMBAIA.....22

6 ATIVIDADES/METAS.....24

7 VIABILIDADE E CONCLUSÃO.....25

8 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....26

9 REFERÊNCIAS.....26

1. INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Características gerais da Tuberculose

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2015) a tuberculose (TB) é uma doença infecciosa e contagiosa causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que comumente afeta os pulmões, chamada tuberculose pulmonar, embora também possa acometer outros órgãos e sistemas, sendo então denominada tuberculose extrapulmonar. Seu modo de transmissão ocorre de pessoa a pessoa a partir da inalação de gotículas expelidas através da tosse, espirro ou fala de um doente bacilífero, sendo que, essa transmissão ocorre de maneira plena enquanto houver a eliminação de bacilos pelo doente (RISK *et al*, 2013).

Cerca de 3 bilhões de pessoas são infectadas ao longo de suas vidas e não desenvolvem a doença, sendo, por isso, considerado um agravo à saúde evitável e curável. No entanto, existem populações consideradas de risco que apresentam maior probabilidade de desenvolvimento de TB (WHO, 2015). Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2009), "a probabilidade de o indivíduo vir a ser infectado, e de que essa infecção evolua para a doença, depende de múltiplas causas, destacando-se, dentre estas, as condições sócio-econômicas e algumas condições médicas" sendo essas condições definidas de acordo com a susceptibilidade e imunidade de cada indivíduo com a infecção, estando a probabilidade de desenvolvimento da doença aumentada em portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), dentre outros agravos que possam vir a afetar o sistema imunológico.

Os casos confirmados por meio de baciloscopia de escarro são chamados de bacilíferos e esses usuários são a principal fonte de disseminação e responsáveis por perpetuar a cadeia de transmissão da doença, a qual pode ser plena enquanto o indivíduo estiver eliminando bacilos, podendo a mesma infectar entre 10 a 15 pessoas durante o ano (BRASIL, 2014a). Sendo assim, o diagnóstico e o tratamento efetivo e imediatos são importantes medidas para se interromper a cadeia de transmissão, controlando a doença, e, portanto, é importante o empenho dos

profissionais de saúde na descoberta precoce dos casos por meio da busca ativa contínua de sintomáticos respiratórios (SR), que possuem maior possibilidade de serem bacilíferos, além do tratamento adequado, oportuno e acompanhamento do caso (BRASIL, 2011a). O indivíduo considerado suspeito é aquele que apresenta tosse por tempo igual ou superior a 3 semanas, sendo denominado como sintomático respiratório e o caso confirmado é aquele cujos diagnósticos clínicos laboratoriais forem positivos (BRASIL, 2009).

Embora seja uma doença grave, a tuberculose é curável em quase 100% dos casos se diagnosticado precocemente e se seguirem a quimioterapia de forma correta. Após o início do tratamento os bacilos perdem rapidamente seu poder infectante, portanto, os doentes pulmonares positivos não precisam ser segregados de convívio social. É necessário orientar o paciente a respeito do tratamento antes que seja iniciada a quimioterapia, devendo-se explicar as características da doença, os medicamentos a serem utilizados, a duração do tratamento, os benefícios da adesão à medicação, seus efeitos adversos e as consequências do abandono do tratamento. Este tratamento deve ser feito em regime ambulatorial, supervisionado por profissionais quer seja no serviço de saúde, no trabalho ou na residência do doente (BRASIL, 2009).

1.2 Panorama da Tuberculose no Brasil e no mundo

A tuberculose é caracterizada como um problema de saúde global devido ao fato de causar estimadamente em 9,6 milhões de novos casos por ano: 5,4 milhões de casos são do sexo masculino, 3,2 milhões em mulheres e 1,0 milhão em crianças. Ainda que seja uma doença passível de cura, provoca cerca de 1,5 milhão de mortes, o que é inaceitavelmente elevado justamente devido ao fato de que com um diagnóstico em tempo oportuno e tratamento correto a taxa de cura seria alta, e a maioria dos óbitos evitáveis, ocasionando na diminuição do índice de mortalidade atual causado pela doença (SILVA *et al*, 2014; WHO, 2015).

Em países desenvolvidos, é considerado um agravo reemergente, sendo mais frequente entre pessoas com idade avançada, imigrantes estrangeiros e minorias étnicas. Nos países em desenvolvimento, é um agravo permanecente que atinge todos os grupos etários, havendo maior predominância em indivíduos ativos economicamente, por possuírem maior contato social, estando estes entre 15 e 54 anos (BRASIL, 2009).

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, vem sofrendo com questões que envolvem a desigualdade social, o crescimento e concentração urbana desordenada da população, aumento da pobreza, e, principalmente, dificuldades com o acesso e falta de preparo dos serviços de saúde no que se trata de manejo e controle de doenças endêmicas, como é o caso da Tuberculose (SANTOS *et al*, 2010). Dos países preconizados pela OMS para o controle da Tuberculose, entre os responsáveis por 80% da carga mundial da doença, o Brasil assume a 22ª colocação, estimando-se que em sua população possua 50 milhões de infectados pelo bacilo, são registradas 6 mil mortes anualmente em virtude este agravo, sendo que, os homens adoecem duas vezes mais que as mulheres (BRASIL, 2009; SILVA *et al*, 2014).

No panorama da Tuberculose no Brasil, sabe-se que o mesmo possui 181 municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Foram registrados 71.230 casos novos no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) em 2012. Em relação ao diagnóstico de coinfecção TB-HIV, cerca de 54,8% dos casos de TB realizaram triagem, sendo 9,7% casos positivos (BRASIL, 2014b). O último boletim epidemiológico divulgado em 2014, nos dados do período entre 2001 e 2012, a taxa de incidência da doença apresentou uma redução de 14%, diminuindo de 42,8 (por 100.00 habitantes) em 2001, para 36,7 (por 100.000 habitantes) em 2012. Em 2013 foram registrados 71.123 casos novos de Tuberculose, com um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes. Portanto, observa-se que esse coeficiente vem apresentando redução ao longo dos anos (BRASIL, 2014c).

A OMS trabalha desde 1997 na publicação de um relatório global da TB ano a ano, possuindo como principal objetivo fornecer uma atualização

abrangente na avaliação a nível global e regional da Tuberculose e os progressos alcançados na prevenção, diagnóstico e tratamento da doença, de acordo com o que é recomendado nas estratégias e metas aprovadas pelo seu conselho (WHO, 2015). Na última década, os esforços são direcionados aos progressos das metas globais e indicadores para o controle da Tuberculose no contexto dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), bem como na estratégia STOP TB (Parar a tuberculose) e na Assembleia Mundial da Saúde, onde foram pactuadas metas de impacto na redução de 50% para 2015, dos coeficientes de incidência e de mortalidade por tuberculose em relação a 1990 (BRASIL, 2011a; WHO, 2015).

A tuberculose é referida no 6º objetivo do milênio, no qual se discorre a respeito do combate a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), malária e outras doenças. O Brasil conseguiu alcançar a meta dos ODM na redução na incidência de casos, onde o número de casos novos por 100 mil habitantes caiu de 51,8 no ano de 1990, para 37,6 em 2010, sendo assim antecipou em cinco anos o cumprimento da meta. Espera-se que até o ano de 2050 a incidência da Tuberculose ativa seja menor que 1/1.000.000 habitantes, com isso, fazendo com que este agravo deixe de ser considerado como um problema de saúde pública (BRASIL, 2011a). Passado o ano de 2015, chegou-se ao fim da era dos ODM e da estratégia STOP TB, portanto, a partir de 2016 se iniciou o quadro de Desenvolvimento Sustentável, o qual contém 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com 169 metas construídas sobre as bases estabelecidas pelos ODM, sendo esses novos objetivos uma forma de complementar e responder a novos desafios, além de uma nova estratégia de controle da Tuberculose intitulada End TB (Fim da tuberculose) (WHO, 2015).

1.3 Tuberculose como problema de saúde pública

A Tuberculose é considerada pelo Ministério da Saúde (MS) um problema endêmico de saúde pública prioritário no Brasil desde 1999, assim como nos 21 países em desenvolvimento. Este agravo demonstra relação direta com a miséria, afetando principalmente as periferias urbanas e favelas,

e está associada à exclusão social e à marginalização quando submetida a más condições de vida, como a exemplo a desnutrição, moradia precária, falta de saneamento básico, abuso de álcool, tabaco e outras drogas, além da dificuldade de acesso a bens e serviços públicos. É uma doença preocupante a ser enfrentada no Brasil e no mundo, para que possam ser melhorados os índices de desenvolvimento humano e também do país (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014c).

Desde quando foi considerada prioridade pelo governo federal do Brasil, em 1999, a doença vem sendo contemplada nas principais pactuações nacionais, como no Pacto pela Saúde, Pacto de Atenção Básica, Mais Saúde, Programação das Ações de Vigilância em Saúde, além da Agenda Estratégica da Secretaria de Vigilância em Saúde, o que de fato auxilia na luta no controle desse agravo (BRASIL, 2012).

A Tuberculose como uma prioridade na agenda pública de saúde em nível local inclui tanto obstáculos operacionais como políticos, onde se observa a priorização de outras situações na distribuição de recursos. Com isso, existe uma lacuna na política de financiamento para a TB e, em contrapartida, a evidência de pouco comprometimento da gestão com o controle da doença, sendo assim, fundamental o envolvimento do gestor e das unidades de saúde no sentido de incorporação, investimento e apoio ao gerenciamento de ações de controle, adotando a tuberculose como prioridade na agenda de saúde (SANTOS *et al*, 2010).

Além dos problemas de gerenciamento, desde o surgimento da AIDS (SIDA/AIDS) em 1981, foi evidenciado, tanto em países em desenvolvimento, quanto em países desenvolvidos, um crescente número de notificações pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em pessoas infectadas por tuberculose, sendo essa coinfecção um sério problema de saúde pública por influenciar no aumento da morbi-mortalidade em vários países (BRASIL, 2009). Por esses motivos, o enfrentamento da tuberculose e seu controle ainda tem um longo percurso até que venha a deixar de ser caracterizado como um problema nacional de saúde pública, havendo a necessidade de apoio de todas as áreas, seja Distrital, Municipal, Estadual ou Federal.

A Fundação Oswaldo Cruz (2008 p. 41) em um programa de formação sobre o controle da tuberculose afirma que:

> "A tuberculose, como problema de saúde pública, requer um esforço coletivo para mudar os seus padrões endêmicos. As políticas públicas formuladas e implantadas pelos estados e organismos internacionais traduzem uma vontade social de mudança, de redução das novas infecções e do número de doentes e de mortes."

1.4 Políticas atuais de controle da tuberculose

A tuberculose está incluída na Portaria n. 4.052, de 23 de dezembro de 1998, do Ministério da Saúde, na qual, estão definidas todas as Doenças de Notificação Compulsória em todo território nacional, estabelecendo como mecanismo de notificação o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) com normas de fluxo, periodicidade e instrumentos utilizados para a notificação já definidas (BRASIL, 2002). O SINAN é um sistema que possui como objetivos a coleta e disseminação dos dados gerados pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, sendo assim, todos os casos diagnosticados de tuberculose devem obrigatoriamente ser notificados por este sistema (BRASIL, 2014b).

A responsabilidade da notificação compulsória da doença é da unidade de saúde que inicia o tratamento de casos novos, sendo a base do sistema de informação da tuberculose o prontuário do usuário, que, por intermédio dos dados ali contidos, é realizado o preenchimento da ficha individual de investigação do SINAN. Os tipos de entrada dos casos no SINAN são: caso novo ou sem tratamento anterior; retratamento; abandono; recidiva; falência; e transferência (BRASIL, 2009). Além deste, existe um sistema complementar que permite que as unidades de referência secundárias e terciárias possam notificar, acompanhar e encerrar os casos diagnosticados, sendo este de acesso *online* conhecido como Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB), desenvolvido para melhorar a vigilância dos casos (BRASIL, 2014a).

Como resposta ao quadro alarmante da doença e o reconhecimento de sua prioridade entre as políticas públicas, o Brasil tem no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o formulador e executor das estratégias de controle desta endemia, instituindo diretrizes estratégicas de descentralização e horizontalizadas das ações de prevenção, vigilância e controle a serem realizadas pelas três esferas do governo. Possui como metas fixadas a redução do abandono do tratamento a menos que 5% dos casos, detecção de 70% dos casos pulmonares bacilíferos esperados e cura de 85% desses casos notificados. O cumprimento dessas metas irá depender da incorporação do PNCT na rede de atenção básica à saúde, sendo de extrema importância a avaliação do processo de implantação e operacionalização do programa devido a sua grande contribuição para o aprimoramento do controle da endemia (COELHO *et al*, 2010; HEUFEMANN 2013).

A inserção do PNCT nas atividades rotineiras da atenção básica depende do processo de priorização e disposição de alcance das metas e ações de controle da TB por parte dos gestores em qualquer uma das esferas de governo. O PNCT introduziu a estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado), integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e implantado no âmbito da Atenção Básica, utilizando recursos humanos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (SANTOS, 2007). Apesar de haver essa integração entre os sistemas de saúde, apenas 60% dos casos de TB são identificados pela atenção básica, portanto, é necessária melhor qualificação da equipe, com um olhar diferenciado sobre a TB e seu enfrentamento (BRASIL, 2013).

A estratégia do DOTS, que foi recomendada pela OMS em 1993, é um conjunto de boas práticas para o controle da TB, visando ao aumento da adesão dos pacientes, envolvendo cinco componentes essenciais: 1) comprometimento político com fortalecimento de recursos 2) detecção de casos por baciloscopia 3) tratamento padronizado de curta duração e diretamente observado com apoio ao paciente 4) manutenção regular de medicamentos e 5) sistema de informações que permita monitoramento e

avaliação dos casos desde a notificação até o encerramento (WHO, 2009; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011b).

Visando ao alcance das metas globais, em 2006, foi lançada a estratégia Stop-TB/OMS, embora a estratégia TDO continue sendo central, a Stop-TB possuía como meta reduzir drasticamente os casos globais de TB até 2015, de acordo com as metas dos ODM. Apresentava como componentes: 1) expandir e aperfeiçoar a estratégia DOTS 2) lidar com a coinfecção TB/HIV e outros desafios 3) contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde 4) engajar provedores de assistência global 5) empoderar portadores de TB e comunidades e 6) capacitar e prover pesquisas (BRASIL, 2011a; WHO, 2015).

Com o fim dos ODM e passado o ano de conclusão da meta da estratégia Stop-TB, para o ano de 2016 com metas até 2035, foi lançada a estratégia End-TB/OMS que possui como meta o fim da tuberculose em todo o mundo, chegando ao número de zero mortes e sofrimento devido à doença. Seus pilares e componentes são: 1) integração do cuidado e prevenção centrados no paciente 2) fortalecimento de políticas e sistemas de apoio à TB e 3) intensificação da investigação de casos e inovação (WHO, 2015).

Na Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, tem-se a vigilância epidemiológica, que possui como objetivo principal a identificação das possíveis fontes de infecção, apresenta um papel muito importante na investigação da TB, devendo ser realizado controle entre os contatos de todo caso novo, principalmente nos que convivem com doentes bacilíferos, pois estes apresentam maior risco de infecção. Os contatos devem procurar a unidade de saúde no período de uma semana para realização do exame, e, em caso de não comparecimento, é recomendada a visita domiciliar (BRASIL, 2009).

1.5 Operacionalização do plano de controle

Estratégias de controle da tuberculose integram todas as esferas de governo assim como todos os campos de atenção à saúde, portanto, a atenção básica, como porta de entrada do SUS é de extrema importância

para que as ações sejam efetivas no controle deste agravo. Nos centros e unidades básicas em saúde é importante que exista integração das atividades de controle estipuladas no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e nas Equipes de Saúde da Família (ESF). Esta integração deve ser feita a partir do planejamento e da gestão conjunta de atividades, havendo definição das competências e estabelecimento de ligações entre ambos os programas. É ainda necessário a disposição de sistemas de referência e contra-referência para que sejam atendidas as novas demandas geradas a partir do auxílio das ESF (FIOCRUZ, 2008)

Dentre as práticas a serem desenvolvidas pelas ESF na estratégia de controle devem ser atendidas questões como a vacinação de recém-nascidos; diagnóstico precoce mediante busca ativa de bacilíferos; término, com êxito, do tratamento realizado nos casos positivos; vigilância epidemiológica e quimioprofilaxia (FIOCRUZ, 2008). As medidas a serem realizadas em relação a um caso suspeito são: identificação e confirmação do caso de TB; realização de baciloscopia direta de escarro no andamento da consulta e solicitar ao usuário que seja colhida outra amostra no dia seguinte; em casos negativos à baciloscopia e que possuam suspeita radiológica, deve-se ter a conduta de solicitar cultura e encaminhar o caso para elucidação diagnóstica em um local de referência (BRASIL, 2009).

Na intenção de fortalecer a organização da rede de atenção à saúde, o PNCT vem elaborando uma série de publicações para o controle da tuberculose, desde manuais, protocolos, recomendações até guias rápidos direcionados aos profissionais (BRASIL, 2014c).

A operacionalização das ações que serão realizadas pelos profissionais envolvendo a tuberculose vão desde a busca ativa até o encerramento dos casos. A busca dos bacilíferos, seus contatos e o Tratamento Diretamente Observado (TDO) que será realizado nos indivíduos com resultado positivo é importante. Deve-se ressaltar que na publicação feita pelo PNCT em 2011 do Guia para Profissionais de Saúde com recomendações para o controle da tuberculose, é levantada a questão de

como realizar a busca ativa e de estratégias para o Tratamento Diretamente Observado bem como a tomada de decisão do momento mais adequado para aplicar o TDO em um tuberculoso, incluindo também dicas para melhorar a adesão ao tratamento por parte dos usuários.

2. JUSTIFICATIVA

A capacitação e sensibilização dos profissionais da atenção básica e adoção de ações de prevenção e controle da tuberculose são necessários para formular intervenção visando o aumento da detecção de casos para melhor controle da TB em Samambaia.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção por meio de estratégias integradas para interromper a cadeia de transmissão da tuberculose na Região Administrativa de Samambaia.

3.2 Objetivos Específicos

- Aumentar a detecção precoce dos casos de TB por intermédio da busca ativa de Sintomáticos Respiratórios no território de Samambaia;
- Implementar a estratégia DOTS focada no Tratamento Diretamente Observado em casos de TB positivos diagnosticados;
- Ampliar o fluxo de informações existente entre as Equipes Saúde da Família e o matriciamento em TB;
- Incentivar a participação social e promoção da saúde focada na prevenção e controle e tratamento da TB.

4. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

4.1 Características sociodemográficas

De acordo com a Companhia de Planejamento do Distrito Federal (CODEPLAN), tendo como base a Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios (PDAD), realizada em 2015, mostram que a Região Administrativa de Samambaia, possui uma área total com aproximadamente 102,6km², tem população urbana estimada em 254.439 habitantes com uma Taxa Média Geométrica de Crescimento Anual (TMGCA) de 5,56%, sendo que a maioria da população é constituída por mulheres (51,13%).

O perfil da população demonstra que 48,75% das pessoas tem idade entre 25 a 59 anos, 21,77% tem idade entre, 0 a 14 anos 10,53% pertencem a faixa de 19 a 24 anos, e pessoas com 60 anos ou mais representam 11,46% do todo. Imigrantes representam 48,18% da população, sendo em sua maioria (62,93%) naturais do Nordeste do país. Em relação ao nível de escolaridade, 35,50% da população possui ensino fundamental incompleto, seguido com 22,17% pelo nível médio completo e aqueles que possuem nível superior completo estão contemplados em 6,67% da população, e os analfabetos representam 2,74% dos residentes da Região. A renda domiciliar média é de cerca de 3.369 reais, correspondente a 4,27 salários mínimos, com uma renda per capita de aproximadamente 915 reais (PDAD, 2015).

4.2 Papel da atenção básica no controle da tuberculose

A Atenção Básica é importante no controle da tuberculose, visto que apresenta um papel fundamental no diagnóstico oportuno e o acompanhamento do usuário até sua cura. Como possui elevado grau de capilaridade e descentralização, a atenção básica encontra-se próxima ao usuário com as ESF e ACS, podendo acompanhá-lo longitudinalmente estabelecendo condições favoráveis à construção de vínculo entre usuário e

profissional da saúde. Como ordenadora do cuidado, para o enfrentamento da tuberculose, deve realizar suas ações articuladamente ao PCT (BRASIL, 2013; BRASIL, 2014a).

Dentro da Atenção Básica a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresenta papel importante, já que os profissionais nela inseridos atuam intimamente dentro da comunidade, realizando como atividades o desenvolvimento da vigilância epidemiológica, educação em saúde, busca de sintomáticos respiratórios, supervisão medicamentosa, busca de faltosos, esclarecimento de dúvidas e monitoramento da doença (HINO *et al*, 2011).

Apesar de a tuberculose ser vista como prioridade na agenda pública, a distribuição de recursos e incentivos encontra obstáculos como a priorização de situações de urgências/emergências, ou como a dengue, por exemplo, postergando assim as ações de controle da TB, devido a indeficiência de recurso para lidar com essas necessidades (SANTOS *et al*, 2010).

A Região administrativa de Samambaia possui atualmente nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), comportando 53 Equipes de Saúde da Família, que são responsáveis por fazer a cobertura de toda a comunidade. Destas, entretanto, ainda existem quatro unidades não possuem 100% do território coberto.

A partir do banco de dados gerado pelo SINAN e extraídos pelo TabWin dos casos de tuberculose notificados em Samambaia, foi possível observar em uma série histórica de 10 anos, de 2005 a 2014, 170 casos de tuberculose, com maior incidência na faixa etária de 20 a 49 anos, representando 63,5% do total de notificações. Em Samambaia o problema da tuberculose não foge à regra em relação ao gênero, sendo observada em 60% dos casos no sexo masculino. O teste para verificação de coinfecção TB-HIV não foi realizado em 35,3% das notificações deste período, dos 64,7% que realizaram o teste, cerca de 5,5% apresentaram resultado positivo para a coinfecção.

O sistema de informação na Regional vem apresentando deficiências na completude das fichas de investigação e boletins de acompanhamento dos casos, além da subnotificação, o que dificulta a criação de indicadores, prejudicando o desenvolvimento de ações de controle.

5. PRINCIPAIS FATORES QUE DIFICULTAM A CAPTAÇÃO DE SR, DETECÇÃO DE CASOS E CONTROLE DA TUBERCULOSE NA REGIONAL DE SAMAMBAIA

Sabe-se que os redirecionamentos existentes nas políticas de controle da tuberculose em todo o país estão relacionados a seus principais fatores determinantes, os quais são atrelados às condições sociais e econômicas da população, tendo em vista que mudanças de padrão socioeconômico ocorrem vagarosamente.

Embora seja comprovada a efetividade dos meios atuais que estão disponibilizados no Sistema Único de Saúde (SUS) e em todo o DF para diagnóstico e tratamento da tuberculose, as perspectivas para a captação, controle e manutenção da doença são dificultadas na regional por fatores que percorrem tanto questões políticas quanto a ausência de capacitação profissional específica para lidar com TB.

Em análise exploratória e levantamento de informações realizado com a gerência de doenças transmissíveis da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVEP) e com a equipe responsável pelo controle de TB em Samambaia, foram elencadas as maiores dificuldades da regional com o enfrentamento da doença para a definição das prioridades para controle da tuberculose.

As principais dificuldades encontradas na regional de Samambaia foram: a ausência de registro efetivo de casos de TB e SR; despreparo das Equipes de Saúde da Família (ESF) para lidar com um usuário SR; falta de Agentes Comunitários em Saúde (ACS) na complementariedade das ESFs; atendimento realizado por demanda espontânea, sem promoção e prevenção focados em TB para a população; alta rotatividade de profissionais nas ESFs

em contraposição ao fato de possuírem novas equipes que estão sem treinamento para TB; insegurança dos profissionais no encerramento dos casos; subnotificação de dados; dificuldade dos profissionais em sistematizar e colocar em prática os conhecimentos relacionados a TB; insegurança no tratamento de infecções latentes devida à falta do exame de PPD disponível; dificuldade de coleta de escarro no momento da consulta e usuários que não retornando ao local de saúde.

Com isso, as necessidades observadas para a captação e controle deste agravo são consequência da falta de capacitação e sensibilização dos profissionais das ESFs, necessitando de conhecimento de fluxo e operacionalização do serviço quando se trata de casos de SR e TB; ampliação da busca ativa de casos; existência de descentralização entre os serviços para o encaminhamento efetivo de material coletado bem como de pacientes para o hospital de referência (Hospital Regional de Taguatinga – HRT).

O alto índice de abandono do tratamento é um fator determinante para a manutenção da tuberculose no Brasil, e a ausência de atenção dos profissionais da rede pública e dificuldade no atendimento ao paciente com TB, ocasionando uma elevação dos índices de não adesão ao tratamento e queda na proporção de casos curados, gerando um agravo para a saúde pública.

6. ATIVIDADES/METAS

Objetivos Específicos	Atividades	Metas	Indicadores
Aumentar a detecção precoce dos casos de TB por intermédio da busca ativa de SR no território de Samambaia	Capacitar e treinar equipes de saúde nas ações de controle de TB e no procedimento de operacionalização padrão (POP) na busca ativa de SR com polos de educação permanente	Capacitar equipes de saúde nas ações de controle da TB	Número absoluto de oficinas de educação permanente realizadas
			Frequência de profissionais capacitados na regional
		Realizar baciloscopia em 100% dos SR detectados pela busca ativa	Frequência de baciloscopias realizadas em SR
Implementar a estratégia DOTS focada no TDO em casos de TB positivos diagnosticados	Sensibilizar as ESF sobre a importância da busca ativa, avaliação, acompanhamento e monitoramento dos casos de TB positivos diagnosticados	Realizar TDO nos casos elegíveis diagnosticados	Frequência de casos em TDO
		Registrar mensalmente em planilhas os casos de TB em TDO	Frequência de registro dos casos de TB em TDO na Unidade
		Realizar monitoramento do seguimento dos casos	Número de relatórios mensais de TDO
		Realizar bacioloscopia mensal de controle nos casos bacilíferos em TDO	Frequência mensal de bacilíferos que realizaram baciloscopia
Ampliar o fluxo de informações existente entre as ESF e o matriciamento em TB	Mobilizar os profissionais da ESF quanto a suas atribuições ao lidar com a TB	Capacitar ESF quanto ao fluxo e matriciamento	Número de oficinas de capacitação realizadas
Incentivar a participação social e promoção da saúde focada na prevenção e controle e tratamento da TB	Promover ações integradas de educação em saúde e popular, com comunicação e medidas educativas a respeito da TB juntamente com os profissionais	Realizar oficinas que possibilitem a interação entre usuários e profissionais	Número absoluto de oficinas de educação em saúde e educação popular realizadas
		Empoderar usuários a respeito da TB	Frequência de usuários empoderados na regional

7. VIABILIDADE E CONCLUSÃO

A viabilidade deste plano irá depender dos coordenadores, gestores e profissionais da saúde envolvidos com a tuberculose na região administrativa de Samambaia, sendo que sua sustentabilidade depende do teto da Atenção Básica.

A saúde pública no Distrito Federal sofre com déficits de profissionais capacitados e ausência de educação permanente focada em TB, pois o financiamento e as prioridades em saúde se desviam para as urgências, emergências e surtos, ocasionando em uma gestão que não consegue seguir uma programação de ações feita a médio e longo prazo em um contexto de restrições orçamentárias.

Considerando a tuberculose como problema prioritário de saúde pública e Samambaia como uma regional em desenvolvimento econômico e social, ressalta-se a necessidade de novos olhares a respeito do agravo e suas ações de controle, devendo-se ter apoio não somente em nível local, por parte dos profissionais, como também de todas as esferas políticas.

A principal estratégia para a efetividade do controle da tuberculose está na interrupção da cadeia de transmissão por meio da detecção precoce de casos. A Atenção Básica assim como a ESF são peças fundamentais neste processo, portanto, a qualificação e capacitação por meio da educação permanente em saúde dos profissionais responsáveis em Samambaia definirá o sucesso desse plano.

8. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades/Metas	2016					
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Sensibilizar as ESF sobre a importância da busca ativa, avaliação, acompanhamento e monitoramento dos casos de TB positivos diagnosticados						
Capacitar e treinar equipes de saúde nas ações de controle de TB e no procedimento de operacionalização padrão (POP) na busca ativa de SR com polos de educação permanente						
Mobilizar os profissionais da ESF quanto a suas atribuições ao lidar com a TB						
Promover ações integradas de educação em saúde e popular, com comunicação e mobilização social a respeito da TB						

9. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde, Brasília, v. 45, n. 2, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - Especial Tuberculose**. Ministério da Saúde, Brasília, v. 43, mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde, Brasília, v. 44, n. 2, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Ministério da Saúde, Brasília, 7a ed., 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, p.812, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Tuberculose – guia de vigilância epidemiológica** /elaborado pelo Comitê Técnico – Científico de Assessoramento à Tuberculose e Comitê Assessor para Co-infecção HIV-Tuberculose. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

COÊLHO, D. M. M. et al. **Perfil Epidemiológico da tuberculose no município de Teresina – PI, no período de 1999 a 2005**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 19, n. 1, p. 34-43, mar. 2010.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca. Educação a Distancia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino serviço**. Coordenado por Maria Jose Procópio. – Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.

HEUFEMANN, N.E.C.; GONCALVES, M.J.F.; GARNELO, M.L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. **Acta Amaz.** Manaus, v.43, n.1, p.33-42, Mar. 2013.

HINO, P. *et al*. **O controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância da Saúde**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 417-421, jun. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do - OPAS/OMS. Geneva, 2002.

PESQUISA DISTRITAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. **RA SAMAMBAIA@**. 2015. Disponível em:

http://www.codeplan.df.gov.br/component/content/article/261-pesquisas-socioeconomicas/319-pdad-2015.html acesso em: 8 de jun. 2016.

RISK, J. *et al*. **Protocolo de Assistência Médico-Hospitalar: Protocolo Sobre Tuberculose**. São Paulo: Hospital Municipal Infantil Menino Jesus-PMSP, 2013.

SANTOS, J. **Resposta brasileira ao controle da tuberculose**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, p. 89-93, set. 2007.

SANTOS, M. L. S. G. *et al*. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto e Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 64-9, jan./mar. 2010.

SILVA, A. K. V. *et al*. **Fatores associados ao tratamento da tuberculose na perspectiva do usuário, família e assistência**. Com. Ciências Saúde. v. 25 n.3/4 p.275-90. 2014

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing**. WHO Report 2015. Geneva: WHO; 2015

_____. **World health statistics**. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2009