

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA SAÚDE DA FAMÍLIA

**EXPERIÊNCIA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
ACOMPANHAMENTO, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE NO
BAIRRO ALTO VERA CRUZ, BELO HORIZONTE, MG**

Flávia Cristina Rocha de Azevedo

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2011

FLÁVIA CRISTINA ROCHA DE AZEVEDO

EXPERIÊNCIA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO,
DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE NO BAIRRO ALTO VERA
CRUZ, BELO HORIZONTE, MG

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Silvana Spindola de Miranda

CAMPOS GERAIS/MINAS GERAIS

2011

FLÁVIA CRISTINA ROCHA DE AZEVEDO

EXPERIÊNCIA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO ACOMPANHAMENTO,
DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE NO BAIRRO ALTO VERA
CRUZ, BELO HORIZONTE, MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde
da Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Silvana Spindola de Miranda

Banca Examinadora

Prof. Silvana Spindola de Miranda (Orientadora)

Prof. Maria José Nogueira (Co orientadora)

Aprovado em Belo Horizonte 24/03/2012

Dedicatória

À comunidade do Alto Vera Cruz, especialmente à Vila Cruzeiro. Jamais esquecerei os anos de trabalho e os problemas vivenciados por esta comunidade. Com certeza aprendi e cresci como profissional e pessoa.

Agradecimentos

Agradeço à Deus que me guiou nesta jornada de trabalho, cuidando de minha saúde para que conseguisse concluir este estudo.

À minha família que sempre acreditou em minhas qualidades.

À minha equipe de trabalho no Alto Vera Cruz que sempre me apoiou e incentivou neste desafio.

Ao Gerepi- Leste, Gerencia de atenção ao Adulto/Tuberculose, e a Prefeitura de Belo Horizonte que me deu esta oportunidade de realização do curso de especialização em Saúde da Família.

Aos colegas e tutores do pólo Campos Gerais/MG pela oportunidade de troca de experiência e conhecimento.

À minha magnífica orientadora, Dra Silvana, pela paciência, uma profissional de grande categoria que me direcionou na realização deste trabalho.

Aos pacientes tuberculosos do Alto Vera Cruz, pois pude entender seu sofrimento e necessidade de acolhimento e tratamento com equidade.

Resumo

Introdução: A Tuberculose no Brasil ainda é um sério problema de saúde pública com repercussão social significativa, desafiando as equipes e serviços de saúde na busca de estratégias e soluções capazes de causar um impacto real positivo nas taxas de abandono e cura, reduzindo e quebrando a cadeia de transmissão desta doença. **Objetivos:** Descrever a experiência do trabalho realizado pelas Equipes de Saúde da Família no bairro Alto Vera Cruz por meio da análise dos livros de Sintomáticos Respiratórios e Registro de TB e o perfil dos pacientes com TB. **Metodologia:** Foram consultados os dados do SINAN 2008, 2009, 2010 através da Gerencia de atenção ao Adulto/TB, a série histórica da TB através de dados da Gerência de Epidemiologia Leste e os livros de sintomáticos respiratórios e de registro de casos de TB do Centro de Saúde do bairro Alto Vera Cruz, regional leste do município de Belo Horizonte, MG nos anos de 2008, 2009 e 2010. **Resultados:** A porcentagem de TB encontrada nos pacientes sintomáticos respiratórios foi de 20 % (10/50) no ano de 2008, 6,18% (6/97) no ano de 2009 e 5,60% (9/159) no ano de 2010. Com o tratamento supervisionado a mortalidade e a taxa de abandono chegaram à zero com 100% de cura em 2010. O percentual de avaliação de contatos chegou a 96% neste mesmo ano. **Conclusão:** Um trabalho multiprofissional, educação continuada e fortalecimento do vínculo com o paciente de tuberculose levaram a diminuições gradativas das taxas de abandono, da mortalidade e aumento das taxas de cura até alcançar os índices recomendados pelo Programa Nacional de Combate à Tuberculose, além de aumento da captação precoce de casos suspeitos e acompanhamento adequado dos contatos de casos índices.

Palavras chaves: Tuberculose, Avaliação de contatos, Tratamento diretamente observado.

Abstract

Introduction: Tuberculosis in Brazil is still a serious public health problem with significant social impact, challenging teams and health services in the search for strategies and solutions that make a real impact positively on dropout rates and healing, reducing and breaking the chain of transmission of this disease. **Objectives:** To describe the experience of the work done by the Family Health Teams in the district of Alto Vera Cruz through the analysis of the books and registration of respiratory symptoms and the profile of TB patients with TB. **Methodology:** Data were consulted SINAN 2008, 2009.2010 through attention to the Management of Adult / TB, the TB series of data through its Office of Epidemiology East books and respiratory symptoms reported cases of TB Health Centre of Alto Vera Cruz district, east of the regional municipality of Belo Horizonte, in the years 2008, 2009 and 2010. **Results:** the percentage of TB found in patients with respiratory symptoms was 20% (10/50) in the year 2008, 6.18% (6 / 97) in 2009 and 5.60% (9 / 159) in 2010. With supervised treatment mortality and dropout rate reached the zero with 100% cure in 2010. The contact rating percentage reached 96% this year. **Conclusion:** A multidisciplinary study, continuing education and strengthening the bond with the patient of tuberculosis led to gradual decreases in dropout rates, mortality and increased cure rates to achieve the rates recommended by the National Program to Fight TB, as well as increased the early detection of suspected cases and follow up of contacts of index cases.

Key-words: Tuberculosis, Evaluation of contacts, directly observed treatment

Sumário

1 Introdução	11
2 Objetivo	13
3 Metodologia	14
4 Resultados	16
5 Discussão	19
6 Conclusões	22
Referências Bibliográficas	23

1. Introdução

Grandes desigualdades sociais traduzidas em pobreza e falta de acesso aos serviços essenciais, crescimento populacional desordenado repercutem negativamente no controle de doenças endêmicas como a Tuberculose (TB) (DALMO et al, 2007). Tais desigualdades desfavoráveis ligadas à TB no Brasil refletem o desenvolvimento social do País, destacando-se os determinantes da pobreza, desnutrição, aglomerações populacionais, saneamento básico, fragilidades na organização da assistência à saúde, contribuindo para a manutenção sustentada desta doença (MACIEL et al, 2008).

Ainda pode-se destacar como condições desfavoráveis ligadas a TB, alimentação inadequada, etilismo, drogadição, péssimas condições de habitação e também trabalhos insalubres, além de desestruturação familiar, exclusão social . (GOLBERG, 2010).

Apenas aguardar que os doentes procurem pelo serviço de saúde com queixas respiratórias não é suficiente para conseguir controlar este sério problema de saúde pública. A busca ativa de casos suspeitos deve ser incorporada às rotinas de trabalho da unidade de saúde e ser realizado por diversos de seus profissionais (HINO et al, 2011).

Cada doente não diagnosticado pode infectar 10 a 15 pessoas em um ano, das quais 1 ou 2 adoecerão por TB mantendo sua cadeia de transmissão endêmica (HARTWIG et al, 2008). Foi descrito 01 caso nos EUA que uma fonte bacilífera infectou 41 de 97 indivíduos que freqüentavam regularmente um bar, levando 14 pessoas à doença ativa (FREIRE et al, 2007).

Na vigilância epidemiológica de TB o objetivo principal é a identificação de possíveis fontes de infecção através da busca de todos os contatos para exames, especialmente aqueles que convivem com doentes bacilíferos que tem a maior probabilidade em adoecer por TB (HARTWIG et al 2008). A busca para triagem e acompanhamento sistemático dos contatos, são medidas que captam precocemente as fontes de infecção prevenindo novas doenças nas comunidades e também identificam os casos de infecção latente (FREIRE et al 2007), pois, cerca de 10% das pessoas com infecção por *M. tuberculosis* latente (ITBL) poderão desenvolver a TB ativa (HE et al, 2011).

A TB é uma doença que tem cura em quase 100% dos casos desde que haja diagnóstico precoce, supervisão adequada da tomada da medicação, identificação de sintomáticos respiratórios na comunidade e captação dos contatos para avaliação.

O DOTS da sigla em inglês “Directly observed therapy, short-course” é uma estratégia capaz de melhorar o cenário da TB no mundo, considerada a mais efetiva na atualidade e implantada com sucesso em situações diferenciadas quase sempre com resultados positivos em relação à tomada medicamentosa e na diminuição de sua resistência (MUNIZL e VILLA, 2002). Assim, dentro da estratégia DOTS o Brasil oficializou em 1999 o tratamento diretamente observado (TDO) com o objetivo de reduzir as taxas de abandono para 5% (SANTOS, 2007).

Todos os pacientes devem ter sua tomada diária supervisionada preferencialmente todos os dias sejam no domicílio ou na unidade de saúde. Caso não seja possível a dose por um profissional de saúde, poderá ser escolhido e treinado um membro da família ou comunidade e acompanhado rigorosamente pela equipe semanalmente, visto que este tipo de supervisão tem menores taxas de cura e maior índice de abandono (BRASIL, 2010).

Em 2001 a taxa de incidência de TB no Brasil era de 46,5/100.000 habitantes, em Minas Gerais 34,6/100.000 habitantes e a capital mineira (Belo Horizonte) 53,2/100.000 habitantes, enquanto que este índice em países ricos chega 10/100.000 habitantes (PAIXÃO e CONTIJO, 2007).

As Equipes de Saúde da Família (ESF) por estarem inseridas na comunidade podem contribuir no controle da TB, pois o trabalho é realizado de acordo com a realidade local, utilizando recursos e profissionais existentes em sua rede de apoio, executando desde a captação precoce e tratamento do doente até ações educativas e preventivas em saúde (HINO et al, 2011).

Relato da experiência na Unidade de Saúde do Alto Vera Cruz

A Unidade Básica de Saúde Alto Vera Cruz (UBSAVC) localiza-se na regional leste do município de Belo Horizonte, MG, com aproximadamente 14600 habitantes em sua área de abrangência, classificada de acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-PBH) em UBS de risco elevado e muito elevado. Têm 05 Equipes de Saúde da Família, 02 Equipes de Saúde Bucal, equipe de apoio com 03 pediatras, 01 ginecologista, 01 clínico geral, 01 psiquiatra, 02 assistentes sociais e ainda conta com trabalho de equipes do PAD (Programa de Atenção Domiciliar) e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família).

A taxa de incidência de TB no bairro Alto Vera Cruz, foi 89/100.000 habitantes em 2008, entre as mais altas do município de Belo Horizonte e também sua taxa de abandono esteve bem acima do preconizado pelo Programa Nacional de Combate a TB que deve ser menor que 5% (MINAS GERAIS, 2006).

Após resultados ineficazes e insatisfatórios no controle de TB pela UBSAVC, fez-se necessário a criação de novas estratégias que incluíram mudanças no processo de trabalho da unidade de saúde buscando a melhoria da qualidade da assistência prestada ao portador de TB. Tais esforços contaram com apoio integral de todos os profissionais das equipes de saúde da família, equipes complementares de apoio, Núcleos de apoio de saúde da família (NASF), gerencia local e órgãos ligados à prefeitura de Belo Horizonte através de consultorias e educação continuada como GEREPI-Leste, referências municipais de atenção ao adulto-TB, referencias secundárias especializadas como Centro de Saúde Osvaldo Cruz e Hospital das Clínicas na resolução dos casos mais complexos e também com a Vigilância Sanitária e Conselho Tutelar.

O esforço conjunto para aprimorar e melhorar a assistência e a organização do serviço de controle de TB gera melhora nos índices que devem ser alcançados (MUNIZ e VILLA, 2002).

Dentre as estratégias com resultados positivos no controle da TB podemos citar:

- Escolha de um profissional da unidade que sirva como referência para os demais profissionais, e elo entre o serviço de saúde local e os serviços de apoio distrital e municipal. Dentre as funções deste profissional, o interesse pelo assunto é de grande importância, ainda auxilia as equipes de saúde da família em relação aos preenchimentos adequados dos livros e impressos de registro da unidade(livros de sintomáticos respiratórios, livros de casos de pacientes com TB acompanhados pela UBSAVC, fichas de notificação, fichas de acompanhamentos mensais, e da TDO, realiza controle de todos os resultados de exames como baciloscopia e culturas de bacilos ácidos resistentes (BAAR).

- Melhora no envolvimento e acompanhamento das ESF em busca do controle de seus pacientes com TB através da captação precoce dos sintomáticos respiratórios (SR), dos contatos do caso índice para exames, realização TDO, estabelecimento de laços sólidos e tratamento integral, diferenciado e humano.

- Envolvimento de familiares sempre que possível no tratamento e acompanhamento do paciente com TB.

A interação entre doentes, comunidade, serviços e profissionais de saúde, juntamente com a abordagem familiar, é considerada uma estratégia que melhora a adesão do paciente ao tratamento, ressaltando que o serviço de saúde neste contexto, facilita ou limita tal adesão (OLIVEIRA et al, 2011).

A inclusão da família no tratamento é uma ação fundamental e deve sempre ser considerada (OLIVEIRA, et al, 2011).

- busca ativa imediata aos pacientes com TB e contatos de faltosos aos atendimentos, pois muitos dos doentes de TB tiveram contato com algum caso índice.

- atendimentos com equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, farmacêuticos) e psicólogos, assistentes sociais de acordo com necessidade de cada paciente.

-visita domiciliar (VD) de toda equipe multiprofissional, inclusive VD médica em casos necessários, garantindo a integralidade da assistência para pacientes com a saúde comprometida, ou ainda para aqueles que não podiam ir à UBS por razões ligadas ao tráfico de drogas.

A garantia de consultas regulares, controle de pacientes faltosos, possibilidade de VD e o menor tempo de tratamento contribuem para redução do abandono (FALCÃO, 2005).

Durante a observação ativa dos casos diagnosticados e acompanhados de tuberculose UBSAVC foi constatado que contatos destes pacientes estavam adoecendo, o que motivou a análise dos dados secundários da TB nesta unidade e a demonstração da experiência realizada pelas Equipes.

Este trabalho justifica-se por mostrar a experiência e a importância na busca precoce dos casos de TB na comunidade na tentativa de quebrar a cadeia de transmissão, na redução da incidência desta patologia, promovendo uma melhor qualidade e eficácia do tratamento oferecido

2. **Objetivos**

Descrever:

- 1- A experiência do trabalho realizado pelas ESF no bairro Alto Vera Cruz por meio da análise dos livros de Sintomáticos Respiratórios e Registro de TB.
- 2- O perfil dos pacientes com TB.

3. Metodologia

Este estudo foi executado no Centro de Saúde do bairro Alto Vera Cruz, regional leste do município de Belo Horizonte, MG.

Foi consultada a série histórica da TB através de dados da Gerência de Epidemiologia (GEREPI) Leste, os livros de sintomáticos respiratórios e de registro de casos de TB da USAVC nos anos de 2008, 2009 e 2010, para uma análise descritiva e avaliação da experiência desta unidade na prevenção, diagnóstico, tratamento e supervisão dos casos TB.

Sintomático Respiratório foi definido como pessoa com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (BRASIL, 2010).

Contato foi definido como todas as pessoas que estiveram com o paciente com TB confirmado bacteriológicamente (baciloscopia e/ou cultura positiva) por um período de 200 e 400 horas respectivamente, valorizando apenas contatos de mesmo espaço físico (CONDE et al, 2009).

Abandono foi definido como o não comparecimento na unidade de saúde por 30 dias após a data do retorno previsto, e no caso de pacientes que estão em dose supervisionada 30 dias após a visualização da última tomada da medicação (BRASIL, 2010).

Foi verificado se os contatos dos pacientes foram avaliados nos anos estudados.

Os indicadores foram calculados seguindo as fórmulas abaixo.

Indicadores:

Taxa de mortalidade por TB: N° óbitos TB em determinado local e ano x 100.000/
População total mesmo local e ano

Taxa de abandono TB/BK+: N° casos novos TB (BK+) encerrados por abandono, local, ano x 100 / total de casos novos TB (BK+) diagnosticado mesmo ano e local

Taxa de abandono geral: N° de casos diagnosticados TB encerrados abandono x 100 / total de casos diagnosticados no mesmo local, ano

Taxa de incidência: N° casos novos TB bacilífera, local, ano x 100.000 / população
Mesmo local e período

Taxa de cura: N° casos novos TB (BK+) encerrados por cura, local, $\text{ano} \times 100 / \text{total de casos novos TB (BK+) diagnosticado mesmo ano e local}$

Percentual de tratamento supervisionado: N° de casos diagnosticados TB em tratamento supervisionado $\times 100 / \text{total de casos diagnosticado mesmo local, ano}$

Percentual de contatos encontrados / e examinados

A população estimada no Bairro Alto Vera Cruz é de 14.600 habitantes, e o número de Sintomático Respiratório (SR) que deve ser captado é 146 ($\text{Pop} \times 0,01 = \text{SR}$). O total de baciloscopia positiva deverá ser de 4% dos SR (BRASIL, 2002). O número de casos de TB a ser descoberto deverá ser de 5,85 a cada ano.

4. Resultados

I - Busca de Sintomáticos Respiratórios:

No ano de 2008, 2009 e 2010 foram captados 50, 97 e 159 SR, respectivamente, na USAVC. Destes, o número de TB diagnosticado foi de 10, 6 e 9, respectivamente. A porcentagem de TB encontrada nos pacientes SR foi de 20 % (10/50) no ano de 2008, 6,18% (6/97) no ano de 2009 e 5,60% (9/159) no ano de 2010 (tabela 1).

Tabela 1. Casos de TB diagnosticados em sintomáticos respiratórios nos anos de 2008 a 2010.

Ano	Sintomáticos respiratórios	Casos de TB	Porcentagem %
2008	50	10	20,00
2009	97	6	6,18
2010	159	9	5,60

II – Casos totais de TB:

Os indicadores de controle da TB referente aos anos de 2008 a 2010 são demonstrados na tabela 2.

Tabela 2. Indicadores de controle da TB na USAVC nos anos de 2008, 2009 e 2010.

Indicadores %	2008	2009	2010
Taxa mortalidade	13,69	6,84	0
Taxa de abandono BK+	38,46	37,5	0
Taxa de abandono	36,84	38,46	0
Taxa de incidência	89,04	68,49	75,84
Taxa de cura	52,63	60	100
Percentuais de contatos encontrados e examinados	61,79	52,17	96
Percentual de TDO	57,89	53,85	85,70

TDO = Tratamento diretamente observado

Tabela 03. Indicadores TB em Belo Horizonte nos anos 2008,2009 e 2010.

Ano	Cura%	Abandono%	Taxa incidência/100.000 hab
2008	74,2	15,7	30,2
2009	71,6	16,4	30,4
2010	67,6	15,5	29,7

Fonte: SINAM

Ano de 2008:

Foram notificados 20 casos de TB, sendo um notificado por duas vezes neste ano por reingresso pós-abandono. Assim, o total de TB foi de 19 casos. Dos pacientes com TB 73,68% (14/19) eram do sexo masculino e 26,32 (5/19) do sexo feminino. A idade variou de 15 a 59 anos com média de 34,10 anos. A forma pulmonar atingiu 89,47% (17/19), sendo 88% com baciloscopia positiva, a extra pulmonar 10,53% (2/19). A sorologia para HIV foi positiva em 7,69% (1/13) dos que realizaram o teste.

O tipo de entrada foi de 85% (18/20) por casos novos e 15% (2/20) por reingresso pós-abandono. Os pacientes foram supervisionados em 57,89% (11/19) e auto administrado em 42,11% (8/19). O encerramento foi 52,63% (10/19) por cura, 36,84% (7/19) por abandono e 10,53% (2/19) por óbito.

Ano de 2009:

Foram notificados 13 casos de TB. Dos pacientes com TB 46,15% (6/13) eram do sexo masculino e 53,85% (7/13) do sexo feminino. A idade variou de 2 a 57 anos com média de 29,53 anos. A forma pulmonar atingiu 84,62% (11/13) e a extra pulmonar 15,38% (2/13). Das formas pulmonares 100% (11/11) tiveram baciloscopia positiva. A sorologia para HIV foi positiva em 10% (1/10) dos que realizaram o teste.

O tipo de entrada foi de 84,61% (10/13) por casos novos, 15,38% (2/13) por reingresso pós-abandono e 7,69% (1/13) por retratamento. Os pacientes foram supervisionados em 53,85% (7/13) e auto-administrado em 46,15% (6/13). O encerramento foi 53,85% (7/13) por cura, por abandono 38,46% (5/13), e 7,69% (1/13) por óbito.

Ano de 2010:

Foram notificados 14 casos de TB. Dos pacientes com TB 78,57% (11/14) eram do sexo masculino e 21,43% (3/14) do sexo feminino. A idade variou de 16 a 72 anos com média

de 40,07 anos. A forma pulmonar atingiu 85,71% (12/14) e a extra pulmonar 14,29% (2/14). Das formas pulmonares 100% (12/12) tiveram baciloscopia positiva. Dos 13 pacientes que realizaram a sorologia para HIV nenhuma foi positiva.

O tipo de entrada foi de 92,86% (13/14) por casos novos e 7,14% (1/14) por reingresso pós-abandono. Os pacientes foram supervisionados em 85,7% (12/14) e auto-administrado em 14,30% (2/14). O encerramento foi 100 (14/14) por cura.

Em 2008 73,68% (14/19) pacientes foram tratados no UBSAVC, em 2009 71,43% (10/14) e em 2010 92,86% (13/14).

Dos pacientes que abandonaram o tratamento da TB em todo o período estudado o sexo mais freqüente foi o masculino (83%) e com mais de 30 anos (75%), e a forma foi pulmonar bacilífera (91,66%). Destes, a maioria eram de casos novos (76,92%). O número de pacientes que abandonaram mais de uma vez foi de 23,08%. Dos 3 óbitos, 2 foram de pacientes que abandonaram. Porém, a taxa de mortalidade chegou à zero em 2010. O abandono em TDO foi de 33,33% (4/12) e auto-administrado 66,66% (8/12).

III – Avaliação dos contatos:

Ano de 2008:

Foram avaliados 61,79% (55/89) dos contatos registrados.

Ano de 2009:

Foram avaliados 52,17% (48/92) dos contatos registrados.

Ano de 2010:

Foram avaliados 96% (96/100) dos contatos registrados.

5. Discussão

Após diversas capacitações oferecidas pela prefeitura municipal, percebeu-se um aumento do estímulo ao acompanhamento dos pacientes com TB e na busca de SR por parte das ESF gerando uma melhora significativa do processo de trabalho. Alguns autores relatam que Serviços de Saúde organizados, com profissionais capacitados influenciam positivamente nas taxas de cura e de abandono (FALCÃO, 2005).

Neste estudo (UBSAVC) a maioria dos pacientes estava em idade produtiva, eram do sexo masculino e formas pulmonares bacilíferas o que indica uma deficiência no controle da doença e a possível presença de focos ativos na região (BRASIL, 2002) corroborando com os descritos na literatura (PAIXAO e GONTIJO, 2007, BRASIL, 2002, BRASIL, 2010). A importância da descoberta de abandono do tratamento nas formas pulmonares bacilíferas nesta análise e atuação em conjunto com a ESF poderá impedir a disseminação e manutenção da doença nesta população. (HARTWIG et al, 2008).

A infecção por HIV é o maior fator de risco para o adoecimento por TB e também é umas das primeiras patologias oportunistas em indivíduos acometidos por HIV, estimando-se 8% de co-infecção associada, percentual próximo ao encontrado no perfil dos pacientes estudados (7,69%). A combinação entre HIV e TB muitas vezes é grave e fatal (CHAMIZO GARCIA e SALAS ABARCA, 2005), além do que, a reinfecção por TB é mais frequente em pessoas com imunossupressão e em locais de alta prevalência desta doença (MARTIN et al, 2011).

Espera-se que 10% dos casos novos sejam por reingresso por recidiva ou abandono (BRASIL, 2002). No estudo no bairro Alto Vera Cruz nos anos de 2008 e 2009 este parâmetro esteve acima do estimado, o que mostra a ineficiência do serviço de saúde, porém em 2010 quando medidas mais organizadas foram implantadas esta porcentagem foi alcançada atingindo 7,14%.

O TDO já cobre atualmente 73% das populações das Américas. Em locais com boas coberturas a cura ocorre em média em 87% dos casos (MINAS GERAIS, 2006). De acordo com Maciel (2008), estudo realizado em Cuiabá, demonstrou que o número de pacientes que abandonaram tratamento foi menor naqueles que tiveram suas doses supervisionadas. Com 100% de alta por cura no Alto Vera Cruz em 2010, 86% dos pacientes tiveram seu tratamento diretamente observado, mas nos dois anos anteriores o número de pacientes em TDO foi

menor, a taxa de abandono maior, ficando distante da meta do Programa Nacional de Combate à Tuberculose (PNCT), o que demonstra que o TDO inserido na ESF foi eficaz (tabela 2).

Para alcançar sucesso no tratamento TB é importante a partilha de compromissos envolvendo Unidade de Saúde, doentes e familiares (que devem ser protagonistas neste processo) através de pactos que contemplem todas as partes (OLIVEIRA et al, 2009). Assim, o acompanhamento pela unidade próximo a casa do paciente, reflete um maior controle no tratamento. Apesar disso, neste trabalho os homens abandonam mais, o tratamento o que está de acordo com outros trabalhos que relatam o menor cuidado com a saúde neste grupo (FALCÃO, 2005). Assim, estratégias para alcançar esta população devem ser estudadas.

O indicador de mortalidade é útil na determinação do perfil epidemiológico, pois se descobre em que grupo de casos ocorre mais óbitos (BRASIL, 2002). No Alto Vera Cruz os óbitos ocorreram na maioria entre os casos novos, portanto uma maior atenção deve ser dada a esse grupo. A mortalidade por TB também pode indicar diagnósticos tardios, ocorrendo mais em grupos desfavoráveis da sociedade (BRASIL, 2002), assim a busca ativa e passiva deve ser realizada efetivamente nesta região para a descoberta precoce dos casos. Porém, em 2010 a taxa de mortalidade chegou à zero o que demonstrou o excelente trabalho no controle da TB pelas ESF.

Houve uma melhora importante quanto à busca dos contatos para avaliação por parte das ESF, pois, a investigação do contato é importante e fundamental para interromper a transmissão e desenvolvimento subsequente da TB, já que estes contatos de fonte bacilifera têm 15 vezes mais chances de adoecer por TB (HARTWING, 2008).

No tratamento de TB as ações desenvolvidas por equipes multiprofissionais com objetivo de inclusão social do paciente, e organização do serviço sob estratégia DOTS são capazes de melhorar significadamente a taxa de alta por cura e redução da taxa de abandono (SANTOS, 2007). Vários estudos demonstram ser necessários a criação de alternativas para controle de TB direcionados a pratica de saúde participativa, coletiva, integral ligadas à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as barreiras da unidade de saúde (OLIVEIRA 2009), o que foi verificado neste trabalho.

As dificuldades para o sucesso no tratamento de TB estão relacionadas aos problemas de organização dos serviços de saúde que é determinante na adesão do paciente ao tratamento (CLEMENTINO e MIRANDA, 2010).

Todos os recursos utilizados na mudança do processo de trabalho no controle da TB contribuíram de forma importante no resultado deste estudo.

6. Conclusão

A experiência das ESF do Alto Vera Cruz mostrou a diminuição da taxa de abandono e da mortalidade gradativamente até que alcançou os índices recomendados pelo Ministério da Saúde, aumentou a alta por cura, diagnosticou precocemente os casos suspeitos, realizou o acompanhamento adequado de todos os pacientes que estavam em contato com casos índices, demonstrou que o envolvimento de toda a equipe é fundamental na organização do processo de trabalho, que a educação continuada e o vínculo entre ESF e paciente com TB são capazes de promover mudanças positivas e reais no controle da TB.

Referências Bibliográficas

BRASIL.Ministério da Saúde. **Fundação Nacional de Saúde. Controle da Tuberculose: uma proposta de ensino-serviço.** 5. ed. Rio de Janeiro, 2002.236p.

BRASIL.Ministério da Saúde.**Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de bolso.** 8. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretária de Vigilância à Saúde.Programa Nacional de Combate a Tuberculose. **Manual de recomendações para controle da Tuberculose no Brasil.** 2010. 186 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Tuberculose- Guia de Vigilância Epidemiológica/ elaborado pelo Comitê Técnico- Científico de Assessoramento à tuberculose e Comitê Assessor para Coinfecção HIV- Tuberculose.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.100p.

CHAMIZO GARCIA, H.A; SALAS ABARCA,P. **Estúdio del contexto de riesgo de la tuberculosis:una perspectiva ecológica.** Revs.cienc. adm.financ.seg.soc, San José, v.3, n.1,2005.

CLEMENTINO, F.S; MIRANDA, F.A.N. **Acessibilidade: identificando barreiras na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família.** Revista de enfermagem da UERJ, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.584-590, out/dez. 2010.

CONDE,M. B et al. **III Diretrizes para tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia.** Jornal Brasileiro de Pneumologia, São Paulo, v.35, n.10, oct.2009.

DALCOMO, M.P; ANDRADE, M.K.N; PICON, P.D. **Tuberculose multirresistente no Brasil. Histórico e medidas de controle.** Revista de Saúde Pública, v.41, supl.1, p.34-42, 2007.

FALCÃO,G.B.M. **Descentralização do Programa de Controle da Tuberculose e taxas de abandono ao tratamento na cidade de Recife: uma análise do período de 1996 a 2005.** Monografia(Residência Multiprofissional)- Centro de Pesquisa Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

FREIRE, D.N; BONAMETTI, A.M; MATSUO, T. **Diagnostico precoce e progressão da tuberculose em contatos.** *Epidemiologia em Serviços de Saúde.* v.16, n.3, p. 155-163, jul/set.2007.

GOLDBERG, A. **Factore s socioculturale s en el proce so asiste ncial de paciente s co n tubérculo sis del Instituto Vaccarezza del Hospital Muniz, 2009.** *Revista Argentina Salud Publica,* v. 1, n.5, p.13-21, 2010.

HARTWIG, S.V et al. **Avaliação da vigilância de contatos de casos novos de tuberculose no Estado do Mato Grosso- Brasil.** *Jornal Brasileiro de Pneumologia ,* São Paulo, v.34, n.5, p.298-303, 2008.

HE,X.Y et al. **Assessment of five Antigens from Mycobacterium tuberculosis for Serodiagnosis of tuberculosis.** *Clinical and Vaccine Immunology,* v.18(4), p.565-570, apr. 2011.

HINO, P et al. **O controle da tuberculose na perspectiva da vigilância da saúde.** *Escola Anna Nery,* Rio de Janeiro, v.15, n.2, jun.2011.

MACIEL,E.L et al. **Tratamento supervisionados em pacientes portadores de tuberculose utilizando supervisores domiciliares em Vitória, Brasil.** *Jornal.Brasileiro.Pneumologia,* v.34, n.7, p.506-513,2008.

MARTIN, A et al. **Evaluation of the Inaccurate Assignment of Mixed Infections by Mycobacterium tuberculosis as Exogenous Reinfection and Analysis of the Potential Role of Bacterial Factores in Reinfection.** *Jornal of Clinical Microbiology,* v.9(4), p.1331-1338, apr.2011.

MINAS GERAIS. **Secretária de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose.** Belo Horizonte, 2006. 144p.

MUNIZ, J.N. VILLA, T.C.S. **O impacto epidemiológico no tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000.** Boletim de Pneumologia Sanitária, v.10, n.01, p.49-54, jan/jun.2002.

OLIVEIRA, S.A.C et al. **Serviços de saúde no controle da tuberculose, enfoque na família e orientação para a comunidade.** Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.17, n.3, jun.2009.

OLIVEIRA, M.F.O et al. **A porta de entrada para o diagnóstico de tuberculose no sistema de saúde de Ribeirão Preto/SP.** Revista da Escola de Enfermagem, São Paulo, v.45, ago.2011.

PAIXÃO, L.M.M; CONTIJO, E.D. **Perfil dos casos de tuberculose notificado e fatores associados ao abandono.** Belo Horizonte, Revista de Saúde Pública, v.41, n.2, abr, 2007.

SANTOS, J. **Resposta brasileira no controle da tuberculose.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.41, supl. 1, 2007.