

CONTROLE DOS COMUNICANTES DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR EM UMA UNIDADE DE TRATAMENTO DE SÃO LUÍS (MA) EM 2008 E 2009

WAKIYAMA, Thweicyka Pinheiro¹

PINHEIRO, Alcimar Nunes^{2*}

SANTOS, Alcione Miranda dos³

Resumo: Este é um estudo descritivo sobre as ações de controle dos comunicantes de pacientes com tuberculose pulmonar em uma unidade de tratamento de São Luís (MA) em 2008 e 2009. Foram utilizados dados secundários das fichas de controle de comunicantes. Dos comunicantes de casos novos de tuberculose pulmonar, apenas 17% foram examinados. Os exames solicitados a esses comunicantes foram: 85 baciloscopias de escarro (70,2%), 48 testes tuberculinicos (39,7%) e 4 radiografias de tórax (3,3%). A unidade de tratamento não atingiu a meta de quatro comunicantes examinados por caso diagnosticado de tuberculose pulmonar. Não houve diagnóstico de casos novos de tuberculose nesses comunicantes. A avaliação da unidade de saúde mostrou a fragilidade do Programa de Controle de Tuberculose em São Luís, evidenciando a necessidade de padronização de condutas de controle e reformulação periódica das ações.

Descritores: Tuberculose Pulmonar; Comunicante; Frequência.

Abstract: Control of pulmonary tuberculosis patients' contacts in an unit of treatment of São Luis (MA) in 2008 and 2009. It is a descriptive study about the control actions of pulmonary tuberculosis patients' contacts in a treatment unit of São Luis (MA) in 2008 and 2009. Secondary data were obtained from control chart of contacts. Among the contacts of new pulmonary tuberculosis cases, only 17% of them were examined. The required examinations to these contacts were 85 sputum smear microscopy (70.2%), 48 tuberculin skin tests (39.7%) and 4 chests X-ray (3.3%). The treatment unit has not achieved the goal of contacts examined per four diagnosed case of pulmonary tuberculosis. There were not new cases of TB diagnosed among those contacts. The evaluation of the health unit showed the fragility of the Tuberculosis Control Program in São Luís, highlighting the need for standard practices for controlling and periodic reformulation of the actions.

Descriptors: Pulmonary Tuberculosis; Contact; Frequency.

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública prioritário no Brasil, pois é o décimo nono país do mundo em casos novos¹². Estima-se que cerca de um terço da população mundial esteja infectada pelo bacilo⁶.

Anualmente, ocorrem aproximadamente oito milhões de casos novos, dos quais metade apresentará formas contagiantes¹³, e quase três milhões de mortes pela tuberculose⁶.

Embora, o número total de casos incidentes esteja aumentando em termos absolutos, devido o crescimento populacional, a taxa mundial de incidência *per capita* está caindo com menos de 1% ao ano²².

Estima-se que a tuberculose em 2010 foi responsável por 1,45 milhões de mortes no mundo²¹. Caso a gravidade desse quadro não seja revertida, um bilhão de pessoas serão infectadas, 200 milhões

adoecerão e 35 milhões poderão morrer até 2020⁴.

No Brasil, a taxa de incidência da tuberculose, por regiões, variou de aproximadamente 30 casos por 100.000 habitantes nas regiões sul e centro-oeste para aproximadamente 50 casos por 100.000 habitantes nas regiões norte, nordeste e sudeste²⁰. Em 2010, foram notificados 71 mil novos casos de tuberculose¹².

No Maranhão, em 2010, a taxa de incidência de tuberculose foi de aproximadamente 33 por 100.000 habitantes e em São Luís, de 60 por 100.000 habitantes³. Esse município é considerado como prioritário no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)³.

Diante da situação exposta, a investigação dos comunicantes é essencial para o controle da tuberculose. Seja de forma direta, através da detecção da fonte de infecção, ou de forma indireta, por meio da prevenção da ocorrência de novos casos.

¹ Graduanda de Medicina pela UFMA.

² Médico do Hospital Universitário Presidente Dutra e professor do curso de Medicina da UFMA.

³ Professora do departamento de Saúde Pública, UFMA.

Geralmente, a fonte de infecção é um indivíduo infectado com a forma pulmonar que elimina bacilos para o meio externo. Durante um ano, ele pode infectar de dez a quinze pessoas em uma comunidade em que manteve contato¹⁸.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose recomenda que todos os comunicantes, especialmente dos pacientes pulmonares positivos, devam comparecer a Unidade Básica De Saúde para exame¹⁰. Entretanto, na prática, não há o controle efetivo dos comunicantes para identificação de novos casos de tuberculose⁴.

Embora seja um sério problema de saúde pública no Brasil, há poucas pesquisas que abordam a avaliação dos comunicantes de pacientes com tuberculose. Em São Luís, essa situação se repete, evidenciando a importância desse trabalho para demonstrar a real situação local e comprovar ou não a situação que se escancara no Brasil: o relapso do sistema de saúde aos comunicantes de tuberculose, que são importantes componentes da cadeia epidemiológica dessa doença. Dessa forma, essa pesquisa tem como objetivo analisar as ações de controle dos comunicantes de doentes com tuberculose pulmonar em uma unidade de tratamento de São Luís (MA) nos anos de 2008 e 2009.

MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo, realizado com base no levantamento de análise documental nos registros dos pacientes notificados com tuberculose pelo Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos, referência para tratamento de tuberculose de São Luís, no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2009.

Os dados pesquisados foram apostos em duas fichas protocolos, desenvolvidos pelo pesquisador, contendo dados do caso novo e dos seus respectivos comunicantes. Esses dados foram colhidos nos seguintes registros: Registro de pacientes e acompanhamento de tratamento dos casos de tuberculose e Controle de comunicantes.

Os critérios para o controle de comunicantes do Guia de Vigilância Epidemiológico de 2005 foram utilizados como seguimento para os comunicantes examinados¹⁰. Esses foram divididos em

dois grupos na análise de dados: crianças até 15 anos e adultos (maiores de 15 anos).

A população do estudo é constituída por comunicantes de casos novos de tuberculose pulmonar notificados pelo Centro de Saúde Dr. Paulo Ramos no período de Janeiro de 2008 a Dezembro de 2009 no município de São Luís (MA).

O número de casos novos notificados pelo centro de saúde nesses anos foi de 200 pacientes, dos quais 23 com tuberculose extrapulmonar e 177 com TB pulmonar. O número de comunicantes registrados dos casos novos de TB pulmonar foi de 746 e de examinados, 156. Entretanto, só foram encontrados registros de 121 comunicantes examinados nas fichas de controle de comunicantes os quais foram incluídos no estudo. Aqueles cujos registros não foram encontrados e os contatos dos pacientes extrapulmonares não foram incluídos na pesquisa.

As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de média e desvio padrão e as qualitativas, por frequências e porcentagens. Os dados foram apresentados através de gráficos e tabelas. Os dados foram armazenados e analisados no programa *Epi-Info*, versão 3.4.1.

RESULTADOS

O número de casos novos notificados pelo centro de saúde no período de Janeiro de 2008 e Dezembro de 2009 foi de 200 pacientes, dos quais 23 com tuberculose extrapulmonar e 177 com TB pulmonar. O número de comunicantes registrados dos casos novos de TB pulmonar foi de 746 e de examinados, 156. Entretanto, só foram encontrados registros de apenas 121 comunicantes examinados nas fichas de controle de comunicantes.

Dos 121 comunicantes examinados, 96 (79,3%) são do ano de 2008 e 25 (20,7%), de 2009. Além disso, 79 (65,3%) eram do sexo feminino e 42 (34,7%), do masculino. Com relação à variável idade, 29 encontravam-se entre 10 e 19 anos (24,0%), 21 tinham entre os 20 e 29 anos (17,4%), 13 entre 30 e 39 anos (10,5%), 19 entre 40 e 49 anos (15,7%) e 18, com 50 anos ou mais (14,9%). Observou-se que 53 comunicantes examinados estão entre 20 e 49 anos (43,8%).

Entre os comunicantes examinados, 34 eram filhos (as) (28,1%), 16 companheiro (as) (13,2%), 10 irmãos (ãs) (8,3%) e 14 mães (11,6%).

Em relação aos exames solicitados, dos comunicantes examinados, 85 realizaram baciloscopia de escarro (70,2%), sendo que todos apresentaram resultado negativo.

Dos comunicantes examinados, quatro utilizaram a radiografia de tórax (3,3%). Os quatro apresentavam as seguintes idades: 1 ano, 2 anos, 6 anos e 71 anos. Todas não apresentaram alterações radiológicas, sendo classificadas como normais.

Além disso, 48 comunicantes realizaram o teste tuberculínico (39,6%), sendo 16 resultados não reator (33,4%), 5 reator fraco (10,4%) e 27 reator forte (56,2%). Quinze comunicantes realizaram baciloscopia e teste tuberculínico (12,3%), um teste tuberculínico e radiografia (0,8%) e nenhum fez baciloscopia e radiografia de tórax.

Os comunicantes examinados são constituídos por 35 indivíduos com até 15 anos (28,9%) e 82 maiores de 15 anos (67,8%). Quatro comunicantes não apresentavam a idade na ficha de Controle (3,3%).

Observou-se que nas crianças até 15 anos, os exames realizados foram: 14 testes tuberculínicos (40,0%), 22 baciloscopias (62,8%) e 3 (8,5%) radiografias de tórax. Quatro (11,7%) fizeram baciloscopia e teste tuberculínico, um teste tuberculínico e radiografia (2,8%) e nenhum fez baciloscopia e radiografia.

Na faixa etária maior que 15 anos, os exames realizados foram: 33 fizeram teste tuberculínico (40,2%), 59 baciloscopia (71,9%) e uma radiografia de tórax (1,2%). Onze fizeram baciloscopia e teste tuberculínico (13,4%) e nenhum baciloscopia e radiografia ou teste tuberculínico e radiografia.

Apenas uma comunicante foi encaminhada para a quimioprofilaxia ou tratamento da infecção latente, apresentando radiografia normal de tórax e teste tuberculínico com resultado reator forte. Nenhum contato foi identificado com a tuberculose doença.

Em nenhuma ficha de Controle de comunicantes foi encontrado dados referentes à sintomatologia respiratória dos comunicantes. Todos os comunicantes examinados foram abordados pela

equipe de enfermagem. Os médicos não participam da abordagem inicial, apenas são solicitados quando há indicação de tratamento da infecção latente ou da doença Tuberculose.

DISCUSSÃO

O Ministério da Saúde preconizou que todos os contatos de tuberculose, principalmente intradomiciliares, devem comparecer a uma unidade de saúde para exame e avaliação⁹. O Guia de Vigilância Epidemiológica enfatiza ainda que o controle seja indicado especialmente para os contatos que convivem com pacientes bacilíferos e adultos que convivem com doentes menores que 5 anos¹⁰.

O Ministério da Saúde com essa publicação normatizou o exame dos contatos, que é uma atividade epidemiológica do PNCT¹⁰. Contudo, esse exame não tem sido priorizado na unidade de tratamento estudada.

Estima-se que haja uma média de quatro comunicantes para cada caso diagnosticado de tuberculose¹³. Foram diagnosticados 177 casos novos de TB pulmonar, esperava-se que fossem examinados 708 comunicantes. Entretanto, apenas 121 foram examinados. Isso representa um percentual de 17%. Esse resultado demonstra que o serviço de controle de TB não está incorporando a avaliação dos comunicantes de forma sistemática.

É importante ressaltar que o controle de comunicantes através de exames e monitorização destaca-se como prevenção da TB pelo Ministério da Saúde⁵. Todavia, essa prevenção mostrou-se debilitada nessa unidade de saúde. Há necessidade que o serviço incorpore a vigilância epidemiológica de forma eficiente, identificando os comunicantes, examinando-os, realizando os exames e orientando-os de forma preventiva.

O resultado de uma investigação de comunicantes de doentes com tuberculose em um município de médio porte no sudeste do Brasil demonstrou que houve um percentual de 37% de comunicantes examinados e que a faixa etária produtiva predominou entre os contatos: 58% estavam na faixa entre 20 e 59 anos. Com relação ao sexo, não houve predominância entre os sexos: 49,4% para o masculino e 50,6% para o feminino¹⁴.

No nosso estudo, a faixa etária predominante entre os comunicantes examinados foi entre 16 e 59 anos (67,7%). Houve predominância do sexo feminino (65,3%) sobre o masculino (34,7%). Isso pode ser devido à maior procura do sexo feminino ao sistema de saúde.

Identificou-se que quanto ao grau de parentesco, a categoria filhos (28,1%) foi a mais exposta aos focos contaminantes, demonstrando o grande risco de essa categoria ser infectada. Além disso, 14 filhos apresentam idade até 15 anos (40,0%). Isso mostra a suscetibilidade dessa faixa etária quando os pais são fontes de infecção.

Somente 5-10% dos adultos infectados irão adoecer durante suas vidas contra 43% em menores de 1 ano, 24% em crianças entre 1 e 5 anos e 15% entre adolescentes de 11 e 15 anos¹⁵.

A segunda categoria mais frequente entre os comunicantes foi a de companheiros (13,2%), evidenciando uma maior chance de se contaminarem caso sejam esposos (as) ou companheiros (as) do caso novo.

A probabilidade de indivíduo, cujo companheiro (a) tem tuberculose, é de duas a 40 vezes maior do que a população em geral, mostrando que a proximidade é essencial para a transmissão do bacilo².

O risco de um indivíduo desenvolver a doença, não depende apenas da idade, da carga bacteriológica da fonte ou do tempo decorrido desde a infecção², mas também da imunidade e da presença de infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV)¹¹.

Nesse estudo, nenhum comunicante apresentava na ficha de controle a sintomatologia respiratória ou a confirmação de sintomáticos respiratórios.

A intensidade do contato é um dos fatores que permitem a proliferação da TB em grandes concentrações urbanas com precárias condições de infraestrutura, sendo frequente em periferias urbanas. Além disso, a baixa renda das famílias, que favorece um elevado número de indivíduos convivendo em casas pequenas, com pouca iluminação e úmidas, facilita a transmissão de *Mycobacterium tuberculosis*⁸.

Em 2005, o Ministério da Saúde estabeleceu dois fluxogramas para seguimento dos comunicantes: crianças com até 15 anos e adultos¹⁰. Em crian-

ças com até 15 anos, a orientação para solicitação de exames depende do quadro vacinal. Caso não vacinadas, devem ser submetidas ao teste tuberculínico e sendo reator, é solicitada radiografia de tórax. Em criança com cicatriz vacinal, sintomática, deve ser solicitado RX de tórax.

Os exames para controle de contatos infantis são o teste tuberculínico e a radiografia de tórax. Nesse estudo, o exame mais solicitado para essa faixa etária foi a baciloscopia (64,7%). Apenas 40% realizaram teste tuberculínico e 8,5%, radiografias.

O Consenso de Tuberculose¹⁹ (2004) e a Diretriz de TB²⁰ (2009) preconizaram que em todas as crianças comunicantes sejam realizados o teste tuberculínico e a radiografia de tórax. Além disso, a SBPT²⁰ (2009) permite, como primeiro exame em adolescentes entre 10 e 15 anos, a baciloscopia. 59% das baciloscopias solicitadas no grupo com até 15 anos foram na faixa etária entre 10 e 15 anos.

Com isso, observa-se a falta de uma melhor sistematização do programa de controle de comunicantes na unidade. É importante ressaltar que nas fichas de controle dos comunicantes não havia informações sobre a vacinação com a BCG e nem a sintomatologia respiratória, mostrando o desconhecimento do seguimento preconizado pelo Ministério da Saúde.

No grupo de adultos, o exame mais solicitado foi a baciloscopia (71,9%), seguido pelo teste tuberculínico (40,2%). Este é um exame eficaz para identificação da infecção latente pela tuberculose. Entretanto, é importante excluir a TB doença²⁰. Nove contatos (39,1%), entre os adultos que apresentaram teste tuberculínico forte reator, fizeram baciloscopia.

É importante a confirmação da infecção latente com outros exames, como a radiografia de tórax. Isso evita que uma tuberculose doença seja tratada com monoterapia.

Portanto, os recursos diagnósticos para avaliação de infecção e doença entre os comunicantes no nosso estudo foram a baciloscopia de escarro e o teste tuberculínico. A unidade de tratamento realiza ambos os testes. As radiografias de tórax são encaminhadas para serem realizadas em outras localidades, pois a unidade não apresenta o aparelho.

Em um estudo realizado no sudeste brasileiro, a radiografia de tórax foi o recurso diagnóstico mais utilizado por uma unidade de tratamento. Neste serviço existe um aparelho de raios-X¹⁴. Esse fato influenciou a maior utilização desse método. Como no presente trabalho só foram solicitados três radiografias, é importante destacar o maior tempo que esse método necessita para emitir os resultados. O método é simples, mas a burocracia do Sistema Único de Saúde dificulta a solicitação para os comunicantes.

A pesquisa apresentou 27 comunicantes com teste tuberculínico reator forte. Apenas 12 realizaram outro exame (52,1%): 11 baciloscopias e uma radiografia de tórax. Todos esses exames foram normais. Somente uma criança de 6 anos foi encaminhada para o tratamento da infecção latente.

Com esses resultados, surge o seguinte questionamento: quantos desses comunicantes com infecção latente comprovada desenvolveram a tuberculose doença? Não há como responder essa pergunta devido à desorganização Programa de Controle da Tuberculose da unidade. Entretanto, é importante destacar que se realizada corretamente, o tratamento da infecção latente com isoniazida previne em até 90% o desenvolvimento da tuberculose doença¹⁶.

Nenhum comunicante foi diagnosticado com a TB doença. Entretanto, em uma pesquisa realizada em um programa de tuberculose no sudeste brasileiro foi identificado uma porcentagem de 1,8% da doença entre os comunicantes examinados¹⁴.

No estudo, foi observada em todas as fichas de controle a solicitação no comparecimento dos comunicantes. Entretanto, essa forma de abordagem pela equipe de enfermagem não se mostrou eficaz. A busca ativa desses contatos seria uma solução, ou seja, a busca de sintomáticos respiratórios que não buscam o serviço de saúde espontaneamente²⁰.

Essa conduta proporciona o diagnóstico precoce dos casos bacilíferos e a redução do tempo de transmissão. Em um estudo realizado na Índia, 70% dos casos com baciloscopia positiva detectados pela busca ativa sabiam dos seus sintomas respiratórios¹.

A estratégia da busca de sintomáticos respiratórios ativamente está entrelaçada com o Programa Saúde da Família e Agentes Comunitários

de Saúde³. O Ministério preconiza que as ações de controle da doença sejam realizadas no nível primário. Isso não ocorre na unidade de saúde estudada, pois não é uma Unidade Básica de Saúde. Ela não apresenta condições de focalizar suas ações na família e orientação comunitária.

Por isso, a importância de sistematizar o Programa de Controle de Tuberculose, adaptando aos diferentes níveis de atenção à saúde ou centralizando as ações de controle apenas nas Unidades Básicas de Saúde.

Além disso, o serviço não apresenta condições de definir a comunidade a que serve, dificultando o conhecimento das características sociodemográficas e de saúde.

A complexidade desse problema ainda se depara com o despreparo dos profissionais que atuam nesse sistema. Há necessidade de desenvolver e implementar programas de capacitação de profissionais que já estão no serviço de saúde.

A ficha de controle de comunicantes necessita ser revista por pessoas habilitadas. A pobreza de informações que ela dispõe, dificulta a avaliação de serviços de controle de comunicantes de tuberculose.

Portanto, a avaliação da unidade de saúde mostrou a fragilidade do Programa de Controle de Tuberculose em São Luís, evidenciando a necessidade de padronização de condutas de controle e reformulação periódica das ações, que devem ser baseadas na vigilância epidemiológica, monitorização e avaliações das ações do Programa de Controle da Tuberculose.

REFERÊNCIAS

1. Andersen S; Banerji D. A sociological study of awareness of symptoms among persons with pulmonary tuberculosis. Bull Wld Hlth org 1963; 5(29): 665-683.
2. Bethlem N. A vingança da tuberculose: uma nova visada. Bol Pneumol Sanit 1995; 3(1): 19-25.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 1998.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Da tuberculose e suas perspectivas no novo governo. Bol Pneumol Sanit 2002; 10(1): 5-12.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2002.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Informe eletrônico da tuberculose: Boletim eletrônico epidemiológico. Brasília, 2009.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2004.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual Técnico para o Controle da Tuberculose. Brasília, 2002.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2002.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2005.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação da Tuberculose no Brasil. Brasília, 2011.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço/CNCT/NUTES. Rio de Janeiro, 1992.
14. Gazetta CE, Netto AR, Neto JMP, Santos MLSG, Cury MRCO, Vendramini SHF, et al. O controle de comunicantes de tuberculose no programa da tuberculose em um município de médio porte da Região Sudeste do Brasil, em 2002. J Bras. Pneumol 2006; 32(6): 559-565.
15. Hartwig SV, Ignotti E, Oliveira BFA, Pereira HCO, Scatena JH. Exaluation of surveillance of contacts of new tuberculosis cases in the state of Mato Grosso-Brazil. J Bras. Pneumol 2008; 34(5): 298-303:2008.
16. Pineda NIS, Pereira MS, Matos ED, Barreto ML. Quimioprofilaxia na prevenção da tuberculose. J Bras. Pneumol 2004; 30(4): 485-495.
17. Rieder HL. Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis.Unión Internacional contra la tuberculosis e enfermedades respiratórias. Paris, 1999.
18. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. I Consenso Brasileiro de Tuberculose. J Bras. Pneumol 1997; 23(6): 279-342.
19. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Conselho Brasileiro de Tuberculose. J Bras. Pneumol 2004; 30(1): 4-56.
20. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. III Diretrizes para Tuberculose da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. J Bras Pneumol 2009; 35(10): 1018-1048.
21. World Health Organization. Global Tuberculosis Control. [citado 2012 mai 19]. Disponível: URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.
22. World Health Organization. Key points. [citado 2010 fer. 18].Disponível: URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/key_points/.

***Autor para correspondência:**

Prof. Dr. Alcimar Pinheiro

E-mail: alcimar@elo.com.br