

CARACTERIZAÇÃO DAS BACILOSCOPIAS DE ESCARRO ANALISADAS PELO LABORATÓRIO MUNICIPAL DE PELOTAS, RS - 2012

EDUARDA RUSSO GONÇALVES¹; LÍLIAN MOURA DE LIMA²; PRISCILA PEREIRA CASTRO³; JÉSSICA OLIVEIRA TOMBERG⁴; TIAGO DE OLIVEIRA BATISTA⁵; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – duda-crag@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – lima.lilian@gmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – ppc.priscila.castro@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas - jessicatomborg@hotmail.com

⁵Faculdade Anhanguera de Pelotas – tob.22@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – rcardozogonzales@yahoo.com

1. INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é um importante problema de saúde pública. No Rio Grande do Sul os indicadores são alarmantes a taxa de incidência, em 2012, foi de 45,4/100.000 hab, a qual é superior a taxa nacional (36,7/100.000 hab). A cidade de Pelotas integra a lista dos 15 municípios prioritários para as ações de controle no estado. Em 2012 apresentou um coeficiente de incidência de 62,7/100.000 hab (BRASIL, 2014).

As recomendações do Ministério da Saúde para o controle da TB consistem na detecção e diagnóstico precoce e início do tratamento em tempo oportuno. A detecção dos casos é o ponto de partida para os demais componentes. Para tanto se utiliza a estratégia de busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR), que consiste na identificação precoce de pessoas com tosse por tempo igual ou superior a três semanas. Espera-se encontrar dentre a população geral do município 1% de SR no período de um ano, de acordo com o censo, a população de Pelotas era de 306.193 habitantes (IBGE, 2010; BRASIL, 2011).

A baciloscopia de escarro é o principal método de diagnóstico da TB, permitindo a identificação da fonte de transmissão, o doente bacilífero. Estima-se encontrar de três a quatro doentes bacilíferos a cada 100 SR examinados (BRASIL, 2011). A baciloscopia é simples e segura e tem o potencial de detectar de 60 a 80% dos casos de tuberculose pulmonar (RODRIGUES e CARDOSO, 2010; BRASIL, 2011).

Embora os doentes de TB possam ser atendidos em qualquer serviço de saúde, a atenção básica (AB) é estratégica no processo de diagnóstico da TB, visto sua proximidade geográfica com a comunidade e pelo processo de trabalho estar voltado para ações de promoção da saúde e prevenção de agravos. Desde o ano 2000, o Brasil tem incentivado a descentralização das ações de controle da TB para esse nível de atenção (BRASIL, 2012; BRASIL, 2011; OLIVEIRA et al, 2011) principalmente o controle dos casos bacilíferos, considerados mais simples. (BRASIL, 2012). O presente estudo objetivou caracterizar as baciloskopias de escarro analisadas pelo laboratório municipal de Pelotas, no ano de 2012.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, realizado no município de Pelotas/RS, vinculado ao projeto multicêntrico “Atenção Primária à Saúde na Detecção de Casos de Tuberculose em Municípios Prioritários do Sul do Brasil: Desafios e Investimentos em Estratégias de Informação” Chamada MCTI/CNPQ/MS-SCTIE-DECIT nº 40/2012. Fez-se uma análise documental, do

livro de registros de baciloscopias do laboratório municipal de Pelotas, referente ao ano de 2012. Neste estudo consideraram-se os SR que tiveram solicitação de baciloscopia de escarro por serviços de saúde do município de Pelotas. Os dados foram coletados no período de outubro a novembro de 2014. Foram utilizadas para a caracterização das solicitações de baciloscopias de escarro variáveis relacionadas ao perfil do usuário: sexo, idade e local de moradia; e para caracterização da origem da solicitação: serviço de saúde solicitante resultado da baciloscopia e serviço que identificou os casos positivos.

A análise dos dados foi realizada no software Statística 12 da StatSoft®, para tanto utilizou-se a estatística descritiva com distribuição de frequências relativas e absolutas, e medidas de tendência central e dispersão. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa

da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia/UFPel, sob parecer favorável de número 310.801/2013.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2012 eram esperados 3.061 SR na população do município. Foram examinados no laboratório municipal 714 amostras de escarro para baciloscopia de diagnóstico, o que corresponde a 23,3% do total de SR esperados. Dentre as baciloscopias realizadas 14% (100) tiveram resultado positivo, predominando resultados com uma cruz 61% (61). Observa-se que o número de SR examinados com baciloscopia foi muito inferior ao esperado, e dentre os examinados obteve-se um percentual de casos positivos elevado, foram 7,14 a cada 100 SR examinados, considerando-se que o esperado de 3 a 4 casos a cada 100 SR examinados (BRASIL, 2011). Estes resultados podem estar ligados a problemas na busca de SR pelas unidades de atenção básica. O baixo percentual de SR examinados dentre os esperados pode estar relacionado à falta de acesso aos serviços de saúde ou pelo fato de os profissionais não estarem alinhados com a detecção de SR, muito embora o diagnóstico precoce da TB seja uma prioridade em saúde pública (RODRIGUES e CARDOZO, 2010).

Quanto ao serviço de saúde solicitante, observa-se na Tabela 1 o Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT), com 28,3% (175) das solicitações, seguido pelo presídio com 21,6% (134), as unidades de atenção básica 19% (118) e o Pronto socorro (PS) com 12,6% (78) outros serviços foram responsáveis por 18,5% (115). Em centros urbanos de médio e grande porte a porta de entrada para o sistema de saúde pode ser modificada para as unidades de pronto socorro (PS) (BRASIL, 2011). Entretanto, esta situação não é ideal em virtude da localização destas unidades distarem dos domicílios, demandando custos para o deslocamento dos usuários e elevando os riscos de disseminação da doença. Além disso, fomenta a superlotação dos PS com condições sensíveis a AB.

A ênfase nas solicitações serem provenientes do PMCT está diretamente ligada ao fato de, no município em estudo, este serviço ser o responsável único pelas ações de tratamento da doença. Embora as ações de detecção e diagnóstico sejam papel da AB, destaca-se o baixo percentual de solicitações de baciloscopia por este serviço. Resultado que vai ao encontro do identificado por Rodrigues e Cardoso (2010), os quais afirmam que a busca por SR nas unidades de atenção básica não é atividade prioritária, visto que em 72%, das 21 unidades avaliadas por eles, esta atividade não foi desenvolvida.

Tabela 1- Características das baciloscopia de escarro analisadas pelo laboratório municipal de Pelotas no ano de 2012. Pelotas/RS, 2015.

Característica	UBST	
	n	%
Sexo		
Masculino	487	68,3
Feminino	226	31,7
Idade		
Menores de 18 anos	29	4,1
Adultos	513	72,9
Idosos	162	23,0
Local de moradia		
Presídio	140	19,9
Três Vendas	127	18
Fragata	118	16,7
Areal	109	15,5
Navegantes	95	13,5
Centro	48	6,8
Zona Rural	20	2,8
Simões Lopes	19	2,7
Porto	13	1,8
Praias	12	1,7
Outras cidades	2	0,3
Morador de Rua	2	0,3
Serviço de Saúde Solicitante*		
PCT	175	28,3
Presídio	134	21,6
Unidades de Atenção básica	118	19,0
Outros serviços**	115	18,5
PS	78	12,6
Resultados baciloscopias		
Positivo +	61	8,5
Positivo ++	5	0,7
Positivo +++	34	4,8
Negativo	614	86,0
Serviço que identificou os casos positivos		
PMCT	33	33,3
PS	31	31,3
Outros**	17	16,2
Presídio	10	10,1
Unidades de Atenção básica	9	9,1

*Variável com maior número de ignorados (93).

**Outros= laboratório municipal, consultórios particulares e redução de danos.

Fonte: Banco de dados do estudo "Atenção primária à saúde na detecção de casos de tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação".

Os casos positivos foram diagnosticados predominantemente pelo PMCT com 33,3% (33) e o PS com 31,3% (31), as unidades de AB foram responsáveis pela identificação de 9,1% (9) dos casos positivos. Segundo Paula et al. (2014) é difundida na população a cultura de procurar o atendimento em serviços de saúde apenas quando estão com os sintomas respiratórios há mais tempo e já estão agravados, o que configura emergência clínica, justificando a busca por serviços de maior complexidade, e o que corrobora com a proporção de positividade por serviço de saúde, identificada na amostra em estudo.

Quanto às características dos SR, observa-se na Tabela 1 que 68,3% (487) eram do sexo masculino, concentrando-se na faixa etária de 18 a 59 anos com 73% (513) dos SR examinados, a média de idade foi de 44,5 anos (DP=19,1), variando de 0 a 115 anos. O local de moradia dos SR foi predominantemente a zona urbana com 97,2% (685) da amostra. O presídio foi o local de moradia da maioria, sendo

19,9%(140) do total de solicitações. As características dos SR vão ao encontro do observado na literatura científica, a qual documenta o perfil dos doentes de tuberculose com predominância masculina, na faixa etária produtiva, e residentes na zona urbana em regiões de periferia (BRASIL, 2012; FILHA et al., 2012; BELO et al., 2010).

4. CONCLUSÕES

Evidenciou-se a permanência do alto número de casos da TB no município. Há um número reduzido de SR identificados entre os esperados. A AB não vem sendo utilizada como porta de entrada preferencial ao Sistema Único de Saúde para o diagnóstico da TB. As ações de detecção e diagnóstico da TB na AB devem ser incentivadas, pela gestão municipal, em virtude do potencial de impacto no controle da doença.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BELO, M. T. C. T. et al. Tuberculose e gênero em um município prioritário no estado do Rio de Janeiro. **J. bras. pneumol.**, São Paulo , v. 36, n. 5, p. 621-625, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**. Ministério da Saúde, v.3, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília:Ministério da Saúde, 2014.
- FILHA, M. M. T. et al. Análise da tuberculose em uma unidade de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro: perfil clínico, resultado de tratamento e qualidade dos registros. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, n. 20, v.2, p.169-76, 2012.
- OLIVEIRA, M. F. et al. A porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no Sistema de Saúde de Ribeirão Preto/ SP. **Rev Esc Enferm USP**. v.45, n.4, p.898-904, 2011.
- PAULA, R. et al. Por que os pacientes de tuberculose procuram as unidades de urgência e emergência para serem diagnosticados: um estudo de representação social. **Rev Bras Epidemiol**, v. 600, p. 614, 2014.
- RODRIGUES, I. L. A.; CARDOSO, N. C. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde da rede pública de Belém, Pará, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 1, n. 1, p. 67-71, 2010.