

DISPONIBILIDADE DE ESTRUTURA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA A DETECÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE EM PELOTAS

TIAGO DE OLIVEIRA BATISTA¹; JENIFER HARTER²; LÍLIAN MOURA DE LIMA³; EDUARDA RUSSO GONÇALVES⁴; BIANCA CONTREIRA DE JUNG⁵; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES⁶

¹Faculdade Anhanguera Educacional de Pelotas – tob.22@hotmail.com

²Unipampa - jeniferharter@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – lima.lilian@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – duda-crag@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – biajung@bol.com.br

⁶Universidade Federal de Pelotas – rcardozogonzales@yahoo.com

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é considerada um problema de saúde pública no Brasil. No ano de 2013 o estado do Rio Grande do Sul teve uma incidência de 43,2/100.000 hab, no Município de Pelotas a incidência de casos pulmonares neste período foi de 64/100.000 hab (BRASIL, 2014). Considerando que 60% dos casos de TB pulmonar são bacilíferos, ou seja, liberam o bacilo no ambiente, dá-se sua importância epidemiológica, visto seu potencial de transmissão. Nesse sentido, a detecção precoce e o tratamento oportuno são fundamentais para o controle da TB (SOARES, 2012). Para tanto, é indispensável o desenvolvimento de ações de detecção de casos, com busca ativa dos sintomáticos respiratórios (SR) (pessoas com tosse há três semanas ou mais), conforme previsto na política nacional de controle da TB (BRASIL, 2011; SOARES, 2012).

Os SR devem ser examinados com baciloscopia de escarro, considerada o principal método para o diagnóstico da TB pulmonar bacilífera na maioria dos municípios do Brasil. A baciloscopia é simples e tem o potencial de detectar de 60 a 80% dos casos de TB pulmonar (RODRIGUES e CARDOSO, 2010; BRASIL, 2011).

A descentralização das ações de controle da TB para a atenção básica facilita a detecção dos SR, visto que as unidades estão inseridas no território. Mas é imprescindível garantir a agilidade e eficácia entre a coleta do escarro e o envio da amostra para análise no laboratório, assim como a devolução do resultado ao profissional solicitante e ao usuário (TRIGUEIRO et al, 2011). Desse modo, a operacionalização do exame de baciloscopia exige a disponibilidade de estrutura básica da unidade de saúde. É preciso recursos humanos, insumos básicos e meios de registro que permitam o monitoramento da ação (MARCOLINO et al, 2009; CLEMENTINO E MIRANDA, 2010). O presente estudo tem como objetivo Identificar a disponibilidade de estrutura para a realização de investigação laboratorial do sintomático respiratório nas unidades de atenção básica do município de Pelotas.

2. METODOLOGIA

Estudo descritivo com abordagem quantitativa de corte transversal. A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro de 2013 e setembro de 2014, com aplicação de um formulário de observação nas cinquenta unidades de atenção básica do município em estudo. Não houve critérios de exclusão.

Os dados foram digitados no programa Excel, com dupla entrada e foram testadas as inconsistências. Após a limpeza do banco foi realizada análise estatística

no software Estatística da StatSoft®, com a distribuição de frequências absolutas e relativas e a utilização de medidas de tendência central e de dispersão. Para o alcance do objetivo analisou-se variáveis relacionadas ao quantitativo de profissionais (Agentes comunitários de Saúde – ACS, Enfermeiros e Médicos), a presença de materiais (potes e caixa térmica) e o sistema de registro (formulários para solicitar baciloscopia e livro de registro do sintomático respiratório – LRSR).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pelotas-Brasil, processo número 310.801. Não foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por se tratar de observação dirigida, sem realização de entrevistas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No município em estudo existem 50 unidades de atenção básica, sendo 24 na modalidade tradicional (UBST) e 26 de estratégia de saúde da família (ESF). As UBST, estudadas, não possuem ACS, o que pode dificultar as ações de detecção do SR, pois se espera que estes profissionais identifiquem, por meio de visitas domiciliares, os indivíduos infectados e que realizem o encaminhamento dos casos suspeitos aos serviços de saúde para iniciar a investigação diagnóstica (CRISPIM et al., 2012).

A média de enfermeiros por unidade foi de 1,8 (DP=1,1), variando de 0 a 5, apenas uma UBST estava sem enfermeiro no momento do estudo. A média de médicos generalistas foi de 2,2 (DP=1,5), variando de 1 a 6. Considerando o recomendado na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), todas as unidades possuíam equipes multiprofissionais. A presença de ao menos um profissional permite a investigação dos SR, no entanto pode ser um entrave diante a demanda da unidade. Salienta-se que, segundo recomendação do Ministério da Saúde, qualquer profissional de saúde da unidade pode responsabilizar-se pela solicitação da baciloscopia de escarro ao SR.

Tabela 1 – Disponibilidade de estrutura para detecção de casos de tuberculose pulmonar nas unidades de atenção básica do município de Pelotas/RS, 2015. N=50.

Característica	Total	
	n	%
Potes para coleta de escarro		
Sim	38	76
Não	12	24
Caixa térmica para acondicionamento de material biológico		
Sim	20	40
Não	30	60
Formulário de solicitação de baciloscopia		
Sim	23	46
Não	26	54
Livro de registro do sintomático respiratório		
Sim	26	52
Não	24	48
Forma de envio da amostra ao laboratório		
Usuário transporta	44	86
Unidade se responsabiliza	6	12

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”. MCTI/CNPQ/MS-SCTIE-DECIT nº 40/2012

Observa-se na Tabela 1 a disponibilidade dos recursos materiais necessários para a solicitação de baciloscopia de escarro, e ainda constatou-se que nenhuma unidade de AB possuía geladeira para acondicionamento do material biológico e tampouco local apropriado para a coleta do escarro na unidade de saúde.

Sabe-se que a realização da coleta de amostra de escarro para o exame do SR deve ocorrer no primeiro contato com o doente, ainda na unidade de saúde. Entretanto, esta normativa é inviabilizada em parte das unidades avaliadas no município em estudo, em virtude da indisponibilidade de materiais necessários para desenvolver este procedimento, praticamente uma a cada quatro unidades não dispunha de pote para coleta de escarro. O serviço de saúde deve responsabilizar-se pela coleta, armazenamento e transporte do material até o laboratório (BRASIL, 2011) o que também não é possível na ausência da caixa térmica na maioria das unidades.

Balderrama et al. (2014) identificaram resultados semelhantes em município no interior de São Paulo, com ausência de local específico para coleta de escarro na unidade e de geladeira para acondicionamento da amostra coletada.

Além dos materiais para acomodar a amostra até o envio ao laboratório também é necessário o formulário padronizado para a solicitação da baciloscopia de escarro. Verificou-se que mais da metade das unidades não possuía o formulário específico. Outro registro importante no que se refere à detecção de casos de TB é o Livro de Registro do Sintomático Respiratório (LRSR), o mesmo oferece se preenchido com exatidão, dados para a realização do monitoramento de SR e casos identificados no território, pelos profissionais da unidade de saúde (ASSIS et al., 2012). Nas unidades avaliadas 48% não possuíam o livro, o que dificulta a realização da continuidade do cuidado em TB, fragmentando a assistência em uma ação pontual, de solicitação de exame baciloscópico. Sem a incorporação permanente da avaliação das atividades desenvolvidas, por meio dos registros, pelos profissionais das unidades. Não possuir os registros dos SR identificados e dos resultados de seus exames e tratamento, pode significar o retardo no diagnóstico da doença, e as consequências decorrentes deste atraso para o usuário e a comunidade onde está inserido (RODRIGUES e CARDOSO, 2010).

Quanto ao transporte das amostras de escarro até o laboratório, há predomínio do usuário como o responsável pela atividade. Apenas 12% das unidades se responsabilizam pelo envio até o laboratório, a totalidade destas unidades está localizada da zona rural do município. Segundo a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e o manual de recomendações para o controle da TB do Ministério da Saúde, esta responsabilidade é do serviço de saúde. Para garantir a realização do exame, assim como agilidade no diagnóstico e no início do tratamento interrompendo a cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2011; SES, 2014).

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que as unidades de atenção básica, do município em estudo, apresentam deficiências na estrutura para a atenção à tuberculose, no que diz respeito aos recursos materiais para a realização da baciloscopia de escarro. Este resultado evidencia a necessidade de investimentos, pela gestão municipal, no gerenciamento e monitoramento contínuo da oferta de insumos às unidades e no estabelecimento de um fluxo de envio das amostras das unidades até o laboratório municipal de forma a favorecer a continuidade do cuidado na detecção de casos de tuberculose.

Agradecimento ao CNPQ pelo financiamento da pesquisa por meio da chamada MCTI/CNPQ/MS-SCTIE-DECIT nº 40/2012.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSIS, E.G. de et al. A coordenação da assistência no controle a tuberculose. **Rev Esc Enferm USP**, 2012.

BALDERRAMA, P. V. et al. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. **Rev eletrôn enferm.** v.16, n.3, p.511-9, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Departamento de atenção básica**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde**. SINAN, Ministério da Saúde, 2015.

CLEMENTINO, F.S.; MIRANDA, F.A.N. Acessibilidade: identificando obstáculos na descentralização do controle da tuberculose nas unidades de saúde da família. **Rev. Enferm. UERJ**. v.18, n.4, p.:584-90, 2010.

CRISPIM, J. A. et al. Agente Comunitário de Saúde no controle de Tuberculose na Atenção Primária à saúde. **Acta Paul Enf.** 2012.

MARCOLINO, A.B.L.et al. Avaliação do acesso às ações de controle da tuberculose no contexto das equipes de saúde da família de Bayeux- PB. **Rev Bras Epidemiol.** v.12, n.2, p.1457, 2009.

RODRIGUES, I.L.A.; CARDOSO, N.C. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde na rede pública de Belém, Pará, Brasil. **Rev Pan-Amaz Saúde.** v. 1, n.1, p. 67-71, 2010.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Prevenção e combate a doenças: tuberculose**. 2014.

SOARES, E.C.C. Estratégias de busca de casos de tuberculose. **Pulmão RJ**. V.21, n.1, p.50-4, 2012.

TRIGUEIRO, J.V.S. et al. Controle da tuberculose: descentralização, planejamento local e especificidades gerenciais. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**. v.19, n.6, 2011.