

A DISTRIBUIÇÃO DAS SOLICITAÇÕES DE BACILOSCOPIA DE ESCARRO PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE POR DISTRITOS SANITÁRIOS

LUIZE BARBOSA ANTUNES¹; EDUARDA RUSSO GONÇALVES²; DAGOBERTA ALVES VIEIRA³; JÉSSICA OLIVEIRA TOMBERG⁴; MARTINA DIAS DA ROSA MARTINS⁵; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES⁶

¹Universidade Federal de Pelotas – luizeeantunes@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – duda-crag@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – daguialvesvieira@hotmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – jessicatomberg@hotmail.com

⁵Universidade Federal de Pelotas – martinadrm@hotmail.com

⁶Universidade Federal de Pelotas – roxana_cardozo@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma doença infecciosa causada pelo *Micobacterium Tuberculosis*, e perpetua-se como um importante agravo de saúde pública a ser combatido no âmbito nacional e internacional. A alta incidência da tuberculose no Brasil, o coloca entre os 22 países que concentram 80% da carga da doença no mundo, e desse modo sendo considerado prioritário para o desenvolvimento de ações de controle da tuberculose pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2015).

No estado do Rio Grande do Sul a tuberculose permanece como um desafio a ser enfrentado pelo sistema de saúde. O coeficiente de incidência em todas as formas da doença permanece próximo aos 45 por 100.000 habitantes, maior que a taxa nacional, o que o mantém como a 7ª unidade federativa do Brasil com elevado número de casos novos (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Nesse contexto tornam-se fundamentais o desenvolvimento de estratégias de controle da tuberculose, sendo a principal delas a detecção precoce dos casos novos por meio da identificação das pessoas com sintomas da doença na forma pulmonar, visto que esta é a forma transmissível da tuberculose. Desse modo, entende-se que os serviços de atenção primária apresentam-se como estratégicos no processo de diagnóstico dos casos bacilíferos, devido sua proximidade com a comunidade e sua alta capacidade de resolução diante de casos de tuberculose pulmonar (BRASIL, 2011). É essencial a identificação do local de moradia dos sintomáticos respiratórios, no sentido de fornecer informações das possíveis áreas geográficas de ocorrência da tuberculose.

A estratégia de detecção precoce de casos bacilíferos da tuberculose é realizada essencialmente pela identificação dos sintomáticos respiratórios e posteriormente solicitação de baciloscopia de escarro. A baciloscopia de escarro constitui-se em um método simples e eficaz de diagnóstico da tuberculose, no qual se realiza análise bacteriológica microscópica do material biológico coletado por meio do escarro, e assim identifica-se a presença e ainda a contagem dos bacilos causadores da tuberculose (BRASIL, 2011).

Diante do exposto propôs-se identificar o número de solicitações de baciloscopias de escarro realizadas pelas unidades de saúde dentro e fora do distrito de moradia do sintomático respiratório de tuberculose.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal. Vinculado à pesquisa multicêntrica intitulada “Atenção primária à saúde na detecção de casos de

tuberculose em municípios prioritários do sul do Brasil: desafios e investimentos em estratégias de informação” CNPq/40/2012.

O estudo foi realizado no município de Pelotas/RS, considerado pelo Ministério da Saúde prioritário para as ações de controle da doença. Organiza-se em seis distritos sanitários: Três Vendas I; Três Vendas II; Centro/Porto; Fragata; Areal Praias e Colônia (PELOTAS, 2013).

Os dados foram obtidos por meio de consulta ao banco de dados original da pesquisa a qual este estudo vincula-se. O banco foi originado por meio de dados provenientes de fonte secundária, sendo ela o livro de registros de baciloscopias do laboratório municipal de Pelotas, referente ao ano de 2012. Foram incluídas nesse estudo apenas as solicitações de baciloscopia oriundas de serviços de atenção primária à saúde.

A análise dos dados foi realizada por meio de distribuição de frequências relativas e absolutas no software Estatística da StatSoft®.

O projeto obteve aprovação da Secretaria Municipal de Saúde e e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da UFPel (nº 211.201).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do estudo foi composta por 907 baciloscopias de escarro solicitadas pelas unidades básicas de saúde do município de Pelotas/RS. O menor número de solicitações de baciloscopias foi identificado no distrito sanitário 5, correspondendo à 2,45% do total das solicitações (Tabela 1).

Observa-se que no Distrito 4 houve maior percentual de solicitações de baciloscopias em unidades fora do distrito de moradia.

Tabela 1 – Distrito de procedência das solicitações de baciloscopias de escarro de acordo com o local de moradia do sintomático respiratório examinado. Pelotas, 2012.

Distrito de residência do sintomático respiratório	Baciloscopia solicitada em unidade básica do distrito de moradia					
	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Distrito 1	171	91,5	16	8,5	187	20,6
Distrito 2	320	95,8	14	4,2	334	36,8
Distrito 3	76	67,3	37	32,7	113	12,5
Distrito 4	214	95,5	10	4,5	224	24,7
Distrito 5	21	95,4	1	4,6	22	2,4
Distrito 6	26	96,3	1	3,7	27	3
Total	828	91,3	79	8,7	907	100

Os resultados identificados no estudo podem estar relacionados ao vínculo dos usuários com profissionais das unidades básicas de saúde, e ainda à uma melhor avaliação da qualidade da assistência prestada na unidade procurada. Destaca-se que o vínculo dos profissionais com os usuários do serviço de saúde é um fator essencial para a continuidade das ações de controle da tuberculose no território (LIMA, et al; 2016).

A escolha da unidade básica de saúde pelo usuário com sintoma da tuberculose também pode ser influenciada pela presença do estigma da doença,

uma vez que as pessoas diagnosticadas com tuberculose podem experimentar isolamento social (LIMA, et al; 2016). Desta forma, o usuário demandará o serviço de saúde onde não seja reconhecido pelas pessoas de seu convívio.

Outro fator que pode ter influenciado nos resultados é próprio desempenho das unidades básicas de saúde nas ações de controle da tuberculose, especialmente no que diz respeito ao acesso ao diagnóstico pelas pessoas com sintomas da tuberculose pulmonar no território (SCATENA, et al; 2009).

Ainda, cabe ressaltar que uma maior abrangência populacional do distrito sanitário pode influenciar na escolha das unidades básicas de saúde, uma vez que geralmente o maior porte populacional implica em maior demanda dos serviços de saúde, ocasionando muitas vezes dificuldades na agilidade e resolutividade das necessidades de saúde.

A ocorrência da doença em áreas de maior vulnerabilidade também constitui-se em um fator que pode influenciar no número de solicitações de baciloscopias pelas unidades básicas de saúde. A tuberculose apresenta-se fortemente associada à populações com alta vulnerabilidade social, caracterizadas por precárias condições de moradia e saneamento básico (AUTOR)

4. CONCLUSÕES

Identificou-se diferenças no quantitativo das solicitações entre os distritos sanitários com destaque para os distritos 1,2 e 4. Assim, menor percentual de solicitações fora da área de abrangência em todos os distritos.

Os resultados apresentados trazem à tona a necessidade de realizar novos estudos que contemplem as características dos distritos sanitários (população, número de unidades básicas de saúde, distribuição espacial dos casos de tuberculose, cobertura da estratégia de saúde da família, etc.). Desse modo, identificar os fatores associados ao número de solicitações de baciloscopias nos distritos sanitários, visando o desenvolvimento de estratégias baseadas na realidade de cada distrito sanitário, fortalecendo ações de detecção oportuna dos casos de tuberculose pulmonar nos territórios.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, A. S.; TAMAKI, E. M.; SALES, C. M.; RENOVATO, R. D. Avaliação da Descentralização do Programa de Controle da Tuberculose do Nível Secundário para o Nível Primário do Sistema de Saúde de Dourados-MS. **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.4, p.794-802, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. 2011.

LIMA, L.M. de et al. Estigma e tuberculose: olhar dos agentes comunitários de saúde. **Cuidado Y Salud/Kawsayninchis**, v. 1, n. 1, 2016.

PELOTAS. Prefeitura Municipal de Pelotas. Lei nº 6.033, de 18 de Setembro de 2013. Distritos Sanitários para atuação junto à Secretaria Municipal de Saúde. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Tuberculose no Rio Grande do Sul: Relatório Técnico 2014 – 2015. Porto Alegre, 2016.

SCATENA. M. L. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. Rev Saúde Pública, v. 43, n. 3, p. 389-97, 2009.