

## O PLANO ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

O Plano Estadual de Controle da Tuberculose no RS, em última análise, consiste na compilação de todos os Planos Municipais de Controle da Tuberculose, obrigatórios desde o ano de 2005 para os Municípios Prioritários perante o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT-MS). Até 2009 eram 24 os Municípios Prioritários no RS, sendo que atualmente são em número de 15: Alvorada, Cachoeirinha, Canoas, Gravataí, Guaíba, Novo Hamburgo, Pelotas, Porto Alegre, Rio Grande, Santa Cruz do Sul, Santa Maria, São Leopoldo, Sapucaia do Sul, Uruguaiana e Viamão. Estes Municípios foram responsáveis pela notificação de 68,1% dos casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva no ano 2009 no RS, sendo que Porto Alegre notificou 29,6% do total destes casos.

Cabe ao Programa Estadual incentivar a confecção dos Planos Municipais de Controle da Tuberculose e sua posterior aprovação pelos Conselhos Municipais de Saúde, bem como a supervisão de sua execução, garantindo a capacitação de profissionais para planejarem e executarem as ações.

Desde setembro de 2007 o Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT-RS) saiu do Departamento de Ações em Saúde da SES-RS e passou a estar sediado na Divisão de Vigilância Epidemiológica do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS). Com esta importante mudança, a TB deixa de ser abordada sob o enfoque clínico assistencial estabelecido desde a implantação do Programa na década de 1970 e passa a ser conduzida sob o enfoque epidemiológico, amplamente detalhado no Boletim Epidemiológico do CEVS publicado em dezembro de 2007.

Para o ano de 2011 algumas ações serão prioritárias para o PECT-RS, detalhadas no final deste texto e embasadas nos parágrafos que seguem.

### DETALHAMENTO DA OPERACIONALIZAÇÃO DO NOVO ENFOQUE EM NÍVEL DE MUNICÍPIO

A tuberculose existe na comunidade porque há pessoas que, em algum momento, foram infectados por outra pessoa da própria comunidade ou de fora. Em um ou mais desses infectados se desenvolveu tuberculose pulmonar, ocasionando nova eliminação de bacilos que contagiaram outras pessoas sadias da família, da vizinhança, do trabalho. Mais uma vez, alguém destes teve tuberculose pulmonar, eliminou bacilos causando novas infecções e assim por diante. A proposta é interromper a **cadeia de transmissão** acima descrita. Este objetivo só se consegue com a participação e o esforço de toda sociedade e não apenas com o trabalho dos serviços de saúde. A cada indivíduo, como cidadão, cabe uma parcela do trabalho e da responsabilidade. Somente com a soma do trabalho do poder público e da sociedade, independentemente de credo religioso, cor clubística, interesses político-partidários ou outros é possível vencer a luta contra o bacilo da tuberculose e erradicar a doença nos próximos anos.

O primeiro desafio a enfrentar é erradicar ou, pelo menos, minimizar os mal-entendidos, tabus, preconceitos e todo tipo de discriminação em relação à doença e aos pacientes e, principalmente, não criar novos. A tuberculose é uma doença que se transmite pelo ar como a gripe, quando um portador da forma ou fase contagiante da doença tosse, espirra, grita ou fala em voz alta e os vírus ou os bacilos se espalham no ar e são inalados por aquelas que se encontram no mesmo ambiente. Portanto, não existem culpados. Ninguém infecta alguém por que quer e, muito menos, desenvolve a doença para eliminar o agente causador, o bacilo de Koch.

O chamado poder público, ou seja, as autoridades sanitárias dos Municípios e do Estado são formadas de pessoas desta mesma sociedade, que pelo fato de estarem na função pública, têm a obrigação legal e contratual de assegurar os recursos tecnológicos do SUS, tanto para fazer o

diagnóstico como garantir o tratamento e a cura da tuberculose. Posto isso, tem o outro lado da questão: o paciente com tuberculose diagnosticada, especialmente a forma pulmonar bacilífera, que transmite a doença, tem a obrigação como cidadão e membro de uma comunidade de tomar, regularmente e conforme recomendado em Normas Técnicas, os medicamentos específicos.. Esses são fornecidos gratuitamente para ele, mas pagos por toda sociedade brasileira, para curar sua doença e, mais do que isso, deixar de representar uma fonte de contágio para seus familiares, parentes, amigos, vizinhos e colegas, enfim, os cidadãos que com ele convivem naquela sociedade.

Dessa maneira, o novo enfoque do Programa de Vigilância e Controle da Tuberculose/CEVS-RS visa combater a causa da doença e não apenas tratar as conseqüências clínicas. Essa abordagem envolve vários etapas ou Momentos interligados.

### **Momento Um: busca do Sintomático Respiratório (SR) na comunidade**

O primeiro Momento (Um) começa na comunidade, onde a pessoa com tuberculose mora e mantém suas relações familiares, de amizade e de trabalho. Como foi dito acima, na grande maioria dos casos a tuberculose pulmonar começa com os mesmos sintomas da gripe. Porém, a gripe causada por vírus cura sem tratamento específico em uma ou duas semanas. A tuberculose é diferente. Além de ter como agente etiológico um bacilo, os sintomas de tosse e escarro, febrícula, cansaço fácil, inapetência persistem, acrescentando-se outros como fraqueza, emagrecimento, dor torácica, suores noturnos. Os “pacientes”, pensando que se trata de uma gripe “mal curada”, ou encontrando outras explicações, não procuram um Serviço de Saúde. Enquanto isso, se for tuberculose, os bacilos estão sendo espalhados na comunidade sem que ninguém se dê conta disso. Entretanto, isso pode e deve ser mudado: uma comunidade engajada no combate à tuberculose conhece os sintomas da doença e, se um de seus membros apresenta tosse por 3 semanas ou mais (o sintomático respiratório - SR), esse fato não passa despercebido nas reuniões de associação de bairros, clube de mães, igrejas, clubes, botecos, etc., e o SR é alertado a procurar um serviço de saúde para consultar e coletar escarro para exame laboratorial. Para facilitar o acesso às unidades de saúde com esse objetivo, poderá ser criada uma “Ficha para Atendimento Prioritário”.

### **Momento Dois: coleta de escarro (ESF ou UBS da Atenção Básica)**

Para o SR chegar ao serviço de saúde “mais próximo” de sua residência, os endereços das UBS-PACS/ESF devem ser amplamente divulgados e, principalmente, os horários terão de ser compatíveis com as necessidades da população e não com os interesses dos servidores. Qualquer esforço de implementar a nova fase de combate à tuberculose em bases epidemiológicas e comunitárias será inútil se, ao primeiro contato com o serviço de saúde, surgirem dificuldades no atendimento e acolhimento do cidadão. Todos os profissionais de saúde devem estar cientes que, neste caso, o foco não é a medicina assistencial, mas a busca de determinado número de fontes de infecção no Município. Essas devem estar entre os SR que estão sendo encaminhados às unidades de saúde para serem descobertas, tratadas e curadas e, por isso, exigem prioridade de atendimento.

O procedimento é simples: com base na “Ficha de Encaminhamento” da comunidade, basta qualquer funcionário da Unidade de Saúde fornecer o pote de escarro, orientando a coleta da 1ª amostra naquele momento e fornecendo o pote e a orientação para coleta da 2ª amostra na manhã seguinte. O material deverá ser naquele dia na US, onde os dois potes ficarão armazenados, em refrigerador, para encaminhamento ao laboratório. O pedido das baciloscopias deve ser anotado no Livro de Registro do Sintomático Respiratório (Livro Verde).

O retorno do paciente para conhecer o resultado do exame deve ser agendado, no máximo, dentro de uma semana.

### **Momento Três: Transporte do material ao laboratório**

Em princípio, o resultado da baciloscopia do escarro deve estar disponível dentro de no máximo dois dias úteis (48 horas), após o recebimento da 2ª amostra de escarro na Unidade de Saúde. Isso implica o envio do material para processamento e leitura das lâminas em Laboratório da SMS ou Conveniado e o retorno do resultado no prazo estabelecido. Este encaminhamento é feito mediante o preenchimento de um formulário específico, onde deverá constar, entre outros, o nome do paciente e o endereço residencial com dados que permitam sua localização, se necessário.

O encaminhamento do material é da responsabilidade do gestor municipal que, para isso, deverá contar com um sistema regular de transporte para atender todos os programas da Rede da Atenção Básica.

**Importante:** o que deve ser encaminhado são os potes com escarro e nunca o paciente, pois para esse tudo deve ser facilitado para que se examine o número previsto de SR e, em consequência, sejam descobertos os bacilíferos esperados.

### **Momento Quatro: Laboratório - leitura das lâminas e fornecimento do resultado**

No enfoque epidemiológico do PECT-RS os laboratórios, sejam eles públicos, privados, conveniados ou não, deverão constituir os “Postos Sentinela” de detecção e notificação de fontes de infecção de tuberculose nos municípios. O diagnóstico de certeza da doença, por definição conceitual, é dado pelo laboratório. Assim, o resultado **Positivo** de uma baciloscopia de escarro pode ser repassado, em primeira mão e por telefone, à Vigilância Epidemiológica do Município, bem como à US solicitante do exame, que deverá receber estes resultados, assim como os negativo, por escrito, dentro do prazo estipulado no Momento 2.

Esse tipo de acerto deve ser formalizado através de Ordem de Serviço ou por meio de um Termo de Cooperação Técnica.

Para assegurar a confiabilidade do resultado, o profissional do laboratório que faz a leitura das lâminas deverá estar credenciado, isto é, habilitado pelo LACEN-RS, atendendo e aceitando seus padrões de controle de qualidade.

### **Momento Cinco: Tratamento**

A descoberta de um caso bacilífero, ou seja, de uma fonte de infecção implica no tratamento medicamentoso do paciente durante seis meses, até a cura, tendo como resultado, também, a anulação desta fonte de contágio e a interrupção da cadeia de transmissão na comunidade. O diagnóstico de TB no caso implica, também, na solicitação do teste anti-HIV.

O ingresso do paciente no Sistema de Informação-TB se dá através do preenchimento e a digitação de dados da Ficha de Notificação de TUBERCULOSE do SINAN-NET e o início do tratamento propriamente dito deve acontecer o mais rápido possível depois da data do diagnóstico.

A responsabilidade do tratamento correto e completo até a cura deve ser compartilhada entre o paciente e seus familiares, o serviço de saúde e a comunidade. Pelas graves implicações epidemiológicas e sociais, é inaceitável que os pacientes abandonem o tratamento ou o façam de maneira incorreta, permanecendo como fonte de infecção na comunidade, eliminando, agora, bacilos resistentes aos medicamentos em uso.

Antes de iniciar o tratamento e para dar um cunho formal a este “compartilhamento” de responsabilidades, propõe-se criar um “**Termo de Compromisso de Tratamento Bilateral**”, assinado de um lado pelo paciente e familiares e, de outro lado, pelo Serviço de Saúde tratante e o gestor municipal, com o aval do Conselho Municipal de Saúde. Neste documento, o paciente juntamente com alguém da família se compromete a seguir corretamente o tratamento indicado. O Serviço de Saúde compromete-se a instituir o tratamento e controlar a evolução, conforme recomendados nas Normas Técnicas, bem como oferecer ao paciente as facilidades para o

cumprimento desses. O gestor municipal assina o Termo como autoridade responsável pela vigilância e controle da tuberculose em seu território, representado neste ato pelo Coordenador da Vigilância Epidemiológica do Município. O Conselho Municipal de Saúde, representando a comunidade, fica ciente da ocorrência no começo, através do Termo de Compromisso, e certifica a anulação da fonte de infecção na comunidade, por ocasião da alta por cura, junto com a Vigilância Epidemiológica.

Assim que a Unidade de Saúde for avisado por telefone sobre a positividade do escarro do paciente X, caberá a um dos profissionais fazer contato com o paciente através de visita domiciliar ou agendamento de consulta, quando o caso será notificado no SINAN-NET e o tratamento medicamentoso iniciado, o qual poderá ser feito na US-TB da sede ou na própria UBS (PACS/ESF), se esta estiver habilitada. Caso não estiver, poderá atuar como unidade auxiliar da US-TB da sede para o Tratamento Diretamente Observado (TODO) compartilhado.

**Nota:** A estratégia da Atenção Básica (UBS e PACS/ESF) do MS inclui a execução das ações de controle da tuberculose, portanto, também o tratamento dos pacientes com TB.

### **Momento Seis: Análise dos Dados e Notificação do Caso**

A Ficha de Notificação encaminhada pela UBS para a VE será analisada em relação à consistência dos dados e revisada quanto à completude de preenchimento. Em consulta ao Banco de Dados poderá ser confirmada, também, a informação de que se trata de um caso novo de TB, pois se for reingresso após abandono ou recidiva, o procedimento é colher novo escarro para cultura e teste de sensibilidade. As dúvidas e os problemas detectados deverão ser corrigidos na origem, por telefone ou 'in loco', quando já poderá ser acoplada a Investigação Epidemiológica do caso, conforme descrito no **Momento Oito**. Assim que a Ficha estiver completa, deverá ser providenciado a digitação de inclusão do caso no SINAN-NET.

A Ficha de Notificação da US-TB também passará pela VE com a mesma finalidade.

A localização da residência do paciente no mapa do município, por ocasião da análise e revisão da Ficha de Notificação, fornecerá um dado epidemiológico importante, pois informa se estamos tratando da eclosão de um novo foco no município ou de outro caso por "contiguidade" em uma região geográfica (bolsão) já conhecida.

### **Momento Sete: Provisão e Previsão dos Tuberculostáticos**

A provisão, a distribuição e o controle do estoque dos tuberculostáticos no município serão feitas sob a orientação e o monitoramento da VE, pois o tratamento e a cura do paciente tem como objetivo epidemiológico o controle da doença no Município. Por outro lado, os quantitativos destes medicamentos, que não poderão estar em falta em nenhum momento durante o tratamento estão diretamente ligados à previsão anual do número de casos no Município, cujo cálculo está a cargo da VE. Os fármacos que compõem o Esquema Básico são fornecidos pelo PNCT-MS ao PECT-RS, que faz sua distribuição às Coordenadorias Regionais de Saúde para que cheguem a cada um dos Municípios.

### **Momento Oito : Investigação epidemiológica dos Contatos do Caso Índice**

O Banco de Dados do SINAN permite a geolocalização dos casos de tuberculose por quadrantes no mapa do Município, baseado nos endereços domiciliares registrados na Ficha de Notificação de cada paciente. Estes dados, que podem ser gerados pelo TABWIN-TB no próprio Município ou ser disponibilizados pela Coordenação do PECT-RS do nível central, permitem concluir se o novo caso índice está localizado em "bolsão" de tuberculose do Município ou se constitui em novo foco isolado em determinada área. Esta informação, colhida da Ficha de Notificação do Caso vinda das unidades de execução (AB) é importante, pois a amplitude e profundidade da investigação epidemiológica dos contatos em torno do caso índice será orientada por este instrumento.

## **Momento Nove: TB pulmonar abacilífera e TB extra-pulmonar**

Todos os casos pulmonares bacilíferos confirmados são “fontes de infecção”. Os demais casos, tanto os pulmonares negativos como os extrapulmonares, são “sinalizadores” de algum fenômeno relacionado à vigilância e controle da TB nos Municípios e, precisam ser analisados e investigados.

Nos pulmonares negativos e, especialmente, os que não realizaram baciloscopia, podem sinalizar, por exemplo, algum problema com a execução da baciloscopia do escarro ou, então, com a falta de conhecimento da Norma Técnica sobre os critérios de tratamento. Nas formas extrapulmonares, não sendo um problema de diagnóstico etiológico e tratando-se de uma pessoa jovem, indica a presença atual ou não muito remota de uma fonte de infecção na comunidade que terá de ser procurada. Neste caso, a investigação epidemiológica procura identificar a fonte de infecção, cuja proximidade será tanto maior quanto menor for a idade do caso notificado. A possibilidade de êxito nesta investigação será maior nos aglomerados humanos em áreas de vulnerabilidade social.

## **Momento Dez: monitoramento da evolução e do desfecho**

A equipe de VE deverá ter o domínio total sobre a situação e o funcionamento das diversas áreas relacionadas à TB no município, citados nos Momentos anteriores, incluindo o surgimento das falências às drogas e seu equacionamento junto à Coordenação Estadual no CEVS.

A proposta descrita nos parágrafos acima está resumida no Fluxograma disponibilizado neste site.

## **PROPOSTA DE UM PLANO DE AÇÃO PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO RS EM 2011**

Com base no enfoque epidemiológico para o controle da TB no Estado e de acordo com prioridades determinadas pelo PNCT-MS e metas sugeridas aos Municípios através da “Planilha de Programação Municipal das Ações em Vigilância em Saúde (PAVS) para 2011” descrevemos abaixo as ações planejadas pelo PECT-RS para o enfrentamento da Tuberculose no ano de 2011.

- 1. Descentralização das Ações de Controle da Tuberculose para a Atenção Básica:** realização de uma Oficina de Trabalho e Capacitação para Multiplicadores com vistas à descentralização do diagnóstico e acompanhamento do TDO destinada às 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) e aos 15 Municípios Prioritários no primeiro semestre de 2011, envolvendo 60 profissionais de nível médio e superior. Através desta ação estaremos estimulando os Municípios a ampliarem para pelo menos 70% a cobertura do TDO para os casos novos pulmonares bacilíferos e para 80% a busca dos contatos destes casos, conforme pactuado na PAVS-2011.
- 2. Ações Integradas com o Programa de DST/AIDS:** a) Capacitação de 50 profissionais médicos de Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em DST/AIDS dos Municípios Sede das CRS e dos Municípios Prioritários para diagnóstico precoce da TB e da infecção latente em pacientes soropositivos para o HIV; e b) Capacitação de 06 enfermeiros de SAEs para Multiplicadores em Teste Tuberculínico.
- 3. Ações no Sistema Prisional:** a) Capacitação continuada das Equipes de Saúde que atuam no Sistema Prisional para o diagnóstico precoce da TB, solicitação de cultura para Micobactérias em todos os casos pulmonares, solicitação de anti-HIV para todos os pacientes e acompanhamento rigoroso do tratamento com baciloscopia mensal e TDO, elevando as taxas de cura para, pelo menos, 75%; e b) Implantação definitiva da avaliação na “Porta de Entrada” do Presídio Central de Porto Alegre, com exame

radiológico e baciloscópico de escarro em todos os que ingressarem no Sistema Prisional através daquela casa prisional.

4. **Ações em Conjunto com o LACEN/RS:** a) Continuidade nas capacitações para a descentralização da cultura para Micobactérias em todas as CRS e Municípios Prioritários, com o objetivo de ampliar a realização de cultura para os casos de retratamento, recidiva, reingresso após abandono e falência de tratamento para pelo menos 50% dos casos estimados de tuberculose pulmonar, conforme a PAVS-2011; b) Realização das supervisões anuais aos laboratórios Municipais e Conveniados que atuam junto aos Programas de Controle da TB.
5. **Ações em Populações Vulneráveis:** Realização de duas Oficinas de Trabalho para a abordagem de pessoas em situação de rua para diagnóstico precoce e tratamento adequado da TB, destinada às CRS e Municípios Prioritários, uma oficina em cada semestre, totalizando 80 profissionais capacitados.
6. **Capacitação em Teste Tuberculínico:** Capacitar pelo menos um enfermeiro como Multiplicador na Realização de Teste Tuberculínico nas 10 (dez) CRS com maiores taxas de incidência de TB.
7. **Ações de Vigilância e Sistema de Informação:** Capacitar 34 profissionais das CRS e dos Municípios Prioritários em SINAN-TB no primeiro semestre de 2011, com vistas a encerrar oportunamente 95% dos casos de TB e realizar vinculação de casos de transferência.
8. **Ações Rotineiras do PECT-RS:** Continuar prestando assessoria a todos os Municípios e CRS através da discussão de casos clínicos, supervisões anuais dos PMCT, distribuição de medicamentos, análise dos indicadores epidemiológicos, participação em Reuniões Mensais do Comitê Metropolitano de Porto Alegre e supervisões realizadas em conjunto com o PNCT-MS
9. **Ações com Organizações da Sociedade Civil:** Realização de uma Oficina de Trabalho para 80 representantes de entidades da Sociedade Civil Organizada e Conselhos Municipais de Saúde para o enfrentamento da TB e da coinfeção TB-HIV dentro das comunidades com altas taxas de incidência destas enfermidades, durante o segundo semestre de 2011.
10. **Reunião Anual de Avaliação:** Realização de uma reunião com 120 (cento e vinte) profissionais de todo o RS que estejam atuando na TB, DST/AIDS e Atenção Básica, com vistas à avaliação de indicadores epidemiológicos e pactuação de metas para 2012, durante o mês de novembro de 2011.

**Responsável pela Elaboração deste Documento: Carla A. Jarczewski**

**Colaborador: Werner P. Ott**

**Porto Alegre, dezembro de 2010.**