

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**



DISSERTAÇÃO

**CONTROLE DA TUBERCULOSE EM CONTATOS INTRADOMICILIARES: O
PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE PELOTAS, RS**

LÍLIAN MOURA DE LIMA

PELOTAS, 2011

LÍLIAN MOURA DE LIMA

**CONTROLE DA TUBERCULOSE EM CONTATOS INTRADOMICILIARES: O
PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE PELOTAS, RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADOR: Profª Drª Eda Schwartz

CO-ORIENTADOR: Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Pelotas, 2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

L732c Lima, Lílian Moura de

Controle da tuberculose em contatos intradomiciliares: o papel dos serviços de saúde de Pelotas, RS / Lílian Moura de Lima. Pelotas, 2011.

118 f.; il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2011. Orientação: Eda Schwartz; co-orientação: Roxana Isabel Cardoso Gonzales.

1. Enfermagem. 2. Tuberculose. 3. Avaliação de serviços de saúde. 4. Atenção primária à saúde. I. Título.

CDD: 616.995

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lílian Moura de Lima

Controle da tuberculose em contatos intradomiciliares: o papel dos serviços de saúde de Pelotas, RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Área de concentração: Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa: Práticas de Atenção em Enfermagem e Saúde) da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Eda Schwartz

(Presidente)

Universidade Federal de Pelotas - UFPel

Prof. Dr. Raul Andres Mendoza Sassi

(Titular)

Universidade Federal do Rio Grande- FURG

Prof^a. Dr^a. Elaine Thumé

(Titular)

Universidade Federal de Pelotas - UFPel

Profª. Drª. Vanda Maria da Rosa Jardim
(Suplente)
Universidade Federal de Pelotas - UFPel

Profª. Drª. Claudia Eli Gazetta
(Suplente)
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a minha família. Aos meus pais *Ideir* e *Joaninha*, a minha irmã *Camila* e ao meu noivo *Roger* pelo incentivo a ingressar no curso de mestrado e continuar minha qualificação profissional, obrigada também pela paciência e apoio nos momentos difíceis. Amo muito vocês!

Agradeço a minha orientadora a Professora *Eda Schwartz* por ter me acolhido como orientanda, e pela compreensão em adaptar-se ao objeto de estudo de meu interesse. Obrigada professora pelas reuniões em sua casa, pelo incentivo a produção científica e pelo exemplo de profissional competente, ético, comprometido e versátil que és.

Agradeço a minha co-orientadora a professora *Roxana Isabel Cardozo Gonzáles* por ter me recebido em seu projeto de pesquisa, aceitado participar deste processo como minha co-orientadora. Obrigada professora, pelas inúmeras vezes que a senhora me socorreu nos momentos de dúvida sobre o foco do estudo e o cumprimento dos prazos, me acalmando sempre com muito carinho e paciência. Obrigada pelas vezes que me recebeu em sua casa, pelo estímulo à produção científica e também pelo modelo de profissional e pessoa competente e afetuosa.

Agradeço aos meus colegas de pós-graduação: *Adrize, Cândida, Carla, Caroline, Gabriela, Gabriele, Gimene, Fabiele, Francine, Josiane, Jandro, Michele, Milena, Patrícia, Rita Fernanda, Renata e Viviane*, por terem compartilhado comigo este momento tão importante de nossas vidas. Obrigada a todos, sentirei muita falta do convívio com vocês!

Agradeço as minhas amigas *Katiuscia, Sabrina e Janaina* pelo apoio e incentivo durante o processo seletivo. A *Katiuscia* também pelo apoio durante o curso na construção de meu projeto. Obrigada meninas, adoro vocês!

Aos *professores da pós-graduação* agradeço pelo estímulo a desenvolvermos um pensamento crítico sobre a produção científica e pelas valiosas considerações sobre o projeto.

Aos colegas dos grupos de pesquisa *NUCCRIN* e *GEOTB/Pelotas* pelas discussões durante as reuniões que contribuíram na construção de minha proposta de estudo.

Agradeço aos professores que compuseram a banca examinadora de minha qualificação e defesa do mestrado, o *Prof. Raul Andres Mendoza Sassi*, a *Prof.^a Elaine Thumé*, a *Prof.^a Vanda Jardim* e a *Prof.^a Cláudia Elí Gazetta*. Muito obrigada pela disponibilidade e prontidão em avaliar este trabalho, pelas valiosas contribuições que enriqueceram o produto final de meu trabalho.

Obrigada ainda a *equipe do PCT de Pelotas* que abriu as portas do serviço me recebendo de forma acolhedora e permitindo que eu manuseasse seus arquivos e fizesse questionamentos para a construção deste trabalho.

Àqueles que por ventura possa ter esquecido de citar o nome, mas que estiveram me acompanhando durante esta trajetória e de uma forma ou outra contribuíram para a minha formação como Mestre em Enfermagem, muito obrigada!

*“Há um tempo em que é preciso
abandonar as roupas usadas que já têm a
forma do nosso corpo e esquecer os
nossos caminhos que nos levam sempre
aos mesmos lugares... é o tempo da
travessia e, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado para sempre à margem de
nós mesmos.”*

(Fernando Pessoa)

Resumo

LIMA, Lílian Moura de. **Controle da tuberculose em contatos intradomiciliares: o papel dos serviços de saúde de Pelotas, RS.** 2011. 118f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2011.

Os contatos intradomiciliares dos casos índices de tuberculose têm risco aumentado de desenvolver a doença em virtude da proximidade e do tempo de exposição ao bacilo. Por este motivo a avaliação destes indivíduos é determinante para o controle da doença, já que o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno interrompem a cadeia de transmissão da doença repercutindo na redução das taxas de incidência. Para tanto existem protocolos e metas propostos pela Organização Mundial da Saúde, nos quais, os serviços de saúde devem basear-se na avaliação adequada dos contatos. O estudo objetivou investigar os serviços de saúde que fazem o diagnóstico da tuberculose em Pelotas quanto ao atendimento oferecido aos contatos intradomiciliares do caso índice. Constitui-se de um estudo descritivo, quantitativo de corte transversal, vinculado ao projeto multicêntrico intitulado “Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas nas diferentes regiões do Brasil”. A amostra do estudo foi composta por 85 casos índices de tuberculose entrevistados no estudo de origem em Pelotas e seus 163 contatos intradomiciliares. A coleta destes dados deu-se entre julho e dezembro de 2009 no programa de controle da tuberculose de Pelotas e a etapa de coleta do prontuário em janeiro de 2011, neste mesmo serviço. Utilizou-se o banco de dados da pesquisa do estudo multicêntrico e com os dados do prontuário construiu-se um banco no software Excel. A análise dos dados foi realizada por meio da estatística descritiva. Os resultados evidenciam que a atenção a tuberculose em Pelotas necessita ser repensada no intuito de envolver a atenção primária na avaliação dos contatos intradomiciliares, visando facilitar o diagnóstico precoce, a avaliação clínica adequada dos contatos e a interrupção da cadeia de transmissão da TB em tempo oportuno.

Palavras-chave: Busca de comunicante, tuberculose, avaliação de serviços de saúde, atenção primária à saúde.

Abstract

LIMA, Lilian Moura de. **Control of tuberculosis in household contacts: the role of health services in Pelotas, RS.** 2011. 118p. Dissertation (Masters)- Post-Graduation Program in Nursing. Federal University of Pelotas, Pelotas, 2011.

Household contacts of index cases tuberculosis have an increased risk of developing the disease due to the closeness and the time duration of exposure to the bacillus. For this reason the evaluation of these individuals is decisive to controlling the disease, since the early diagnosis and timely treatment stop the transmission chain of the disease reflecting on the reduction of incidence rates. To this purpose there are protocols and targets proposed by the World Health Organization in which the health services should be based in the proper evaluation of the contacts. The study aimed investigate the health services that diagnosticate tuberculosis in Pelotas in relation to the service offered to household contacts of the index case. It consists of a descriptive, quantitative and transversal cut study linked to the multicentric project entitled "Delay in the diagnosis of tuberculosis: analysis of causes in different regions of Brazil". The study sample was composed of 85 index cases of tuberculosis interviewed in the origin study in Pelotas and their 163 household contacts. The collection of these data took place between July and December 2009 in the control of tuberculosis program in Pelotas and the collection of medical records has occurred in January 2011 in this same service. It was used the database research of the multicentric study and it was built a database in Excel software with the data from medical records. The analysis of data was performed using descriptive statistics. The results show that attention to tuberculosis in Pelotas need to be rethought with the of involving primary care in the evaluation of household contacts in order to facilitate early diagnosis, appropriate clinical evaluation of contacts and interruption of transmission chain of TB in appropriate time.

Keywords: contact tracing, tuberculosis, health services evaluation, primary health care.

LISTA DE FIGURAS

PROJETO	12
Figura 1 - Distribuição dos resultados das buscas nas bases de dados por combinações de descritores	23
Figura 2 - Distribuição das referências identificadas e relevantes por base de dados ...	23
Figura 3 - Artigos relevantes à temática do projeto	24
Figura 4 – Variáveis extraídas do instrumento de coleta de dados – diagnóstico na família e comunidade	55
Figura 5 – Variáveis coletadas do prontuário do caso-índice em tratamento no PCT de Pelotas	56
Figura 6 – Previsão de gastos com materiais para a execução do projeto. Pelotas, 2011	56
RELATÓRIO	70
Figura 1 – Distribuição dos casos índices de TB por local de diagnóstico. Pelotas/RS, 2011	71
ARTIGO	74
Figura 1 – Fluxograma do atendimento ao contato intradomiciliar dos casos índices de TB no PCT de Pelotas/RS, 2011	81

Sumário

I PROJETO DE PESQUISA	12
II RELATÓRIO DE CAMPO.....	70
III ARTIGO.....	74
IV APÊNDICES	90
V ANEXOS	94

I PROJETO DE PESQUISA

LÍLIAN MOURA DE LIMA

**CONTROLE DA TUBERCULOSE EM CONTATOS INTRADOMICILIARES: O PAPEL
DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE PELOTAS, RS**

**Projeto de pesquisa apresentado ao
curso de Mestrado em Enfermagem da
Universidade Federal de Pelotas.**

ORIENTADOR: Profª Drª Eda Schwartz

CO-ORIENTADOR: Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Pelotas, 2011

LISTA DE SIGLAS

- APS:** Atenção Primária à Saúde
- ATA:** *American Thoracic Society*
- BK:** Bacilo de Koch
- BSR:** Busca de Sintomáticos Respiratórios
- BCG:** Bacilo *Calmette-Guérin*
- DOTS:** Tratamento Diretamente Observado
- FUNASA:** Fundação Nacional de Saúde
- HIV:** *Human Immunodeficiency Vírus*
- ITBL:** Infecção Tuberculosa Latente
- MS:** Ministério da Saúde
- OMS:** Organização Mundial da Saúde
- PCT:** Programa de Controle da Tuberculose
- PNCT:** Programa Nacional de Controle da Tuberculose
- PPI:** Programação Pactuada e Integrada
- PT:** Prova Tuberculínica
- Rx:** Raio X
- SIDA:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SINAN:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SR:** Sintomático Respiratório
- SVS:** Secretaria de Vigilância a Saúde
- SUS:** Sistema Único de Saúde
- TB:** Tuberculose
- UBS:** Unidade Básica de Saúde
- UBAI:** Unidade Básica de Atendimento Imediato
- USF:** Unidade de Saúde da Família

Sumário

1	Introdução	16
2	Justificativa	19
3	Objetivos	21
4	Hipóteses	22
5	Revisão bibliográfica	23
6	Quadro teórico.....	34
6.1	Tuberculose e família: o controle da doença do século XIX ao XXI.	34
6.2	Serviços de saúde e o enfoque na família.....	45
7	Metodologia	52
7.1	Caracterização do estudo.....	52
7.2	Caracterização do local de estudo	52
7.2.1	Informações gerais do município.....	52
7.2.2	Atenção à Tuberculose em Pelotas.....	53
7.3	População e amostra do estudo	54
7.4	Critérios de elegibilidade	55
7.4.1	Critérios de inclusão	55
7.4.2	Critérios de exclusão.....	55
7.5	Instrumentos e variáveis do estudo	55
7.7	Coleta de dados	58
7.8	Análise dos dados	59
7.9	Aspectos Éticos	60
7.10	Divulgação dos resultados	61
8	Plano de despesas	62
9	Cronograma.....	63
	Referências	64
	APÊNDICES.....	91
	ANEXOS	96

1 Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou que a incidência mundial de tuberculose (TB) estimada para o ano de 2009 foi de 9,4 milhões de casos, sendo que a mortalidade estimada para este mesmo ano foi de 1,7 milhões (WHO, 2010). A ocorrência de 81% dos casos de TB concentra-se entre 22 países considerados como prioritários pela OMS, o Brasil ocupa o 19º lugar nesta lista. No ano de 2010, foram notificados 71.000 casos novos da doença no país, sendo a incidência de 37,9 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2011a).

Para o estado do Rio Grande do Sul a incidência da doença no ano de 2010, foi de 44,8 casos por 100.000 habitantes, o que o coloca em 5º lugar no ranking nacional dos estados no que diz respeito a incidência da TB, ficando atrás do Rio de Janeiro (69,2 por 100.000 habitantes), Amazonas (65,8 por 100.000 habitantes), Pará (46 por 100.000 habitantes) e Pernambuco (46 por 100 000 habitantes)(BRASIL, 2011b).

A TB é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch (BK), que pode acometer diferentes órgãos do corpo humano, sendo a pulmonar a forma mais frequente, responsável por 90% dos casos diagnosticados, dos quais 60% são bacilíferos. A transmissão ocorre, principalmente pelo ar, quando a pessoa com TB pulmonar bacilífera, ou caso-índice, libera o BK juntamente com aerossóis expelidos naturalmente durante a fala, o espirro e principalmente a tosse (BRASIL, 2010a). Os indivíduos hígidos que são infectados pelo BK, em sua maioria, permanecem assintomáticos, o que caracteriza a infecção latente por TB (MOREE et al, 2009).

Existem fatores que influenciam diretamente na transmissão do BK entre humanos, dentre eles estão as características do caso-índice, a suscetibilidade do exposto e a intensidade de contato. Dentre as características do caso-índice estão a forma pulmonar da doença, a carga de bacilos no escarro e o estado geral do doente, aqueles com melhores condições nutricionais apresentam maior vigor de tosse, liberando mais bacilos no ambiente. Já a intensidade de contato está relacionada ao tempo de exposição e ao tipo de relação com o enfermo, a proximidade e o parentesco guardam relação direta e estatisticamente significativa com a infecção (MELO *et al*, 2005). Além da proximidade ocasionada pelo convívio no mesmo domicílio, a família da pessoa com TB compartilha as mesmas condições socioeconômicas e, muitas vezes, os mesmos hábitos de vida que a torna vulnerável ao adoecimento.

Sendo assim, pertencer ao mesmo grupo familiar e conviver no mesmo domicílio de casos de TB pulmonar bacilífera eleva o risco de infecção por TB, sendo a investigação imediata e adequada destes sujeitos considerada como essencial para o controle da doença. O rastreio de contatos de casos de TB é um meio efetivo e de baixo custo para detectar precocemente novos casos da doença, interrompendo a cadeia de transmissão e evitando a propagação da resistência microbiana às drogas de primeira escolha para o tratamento. Além disso, a detecção da infecção latente por tuberculose (ILTb) é uma importante ferramenta para o controle da propagação da TB na comunidade (TORNEE *et al*, 2005; NGUYEN *et al*, 2009).

Aliados às questões biológicas que envolvem o adoecimento por TB estão os agravantes relacionados às raízes sociais da enfermidade, os quais interferem diretamente nas ações de controle. Entre eles estão a pobreza, a vida em condições insalubres, a presença de co-morbidades (desnutrição e a co-infecção pelo vírus HIV) e ainda o estereótipo social do tuberculoso, que muitas vezes contribui para o retardo na procura pelo serviço de saúde, devido ao medo do preconceito e da discriminação social da pessoa acometida e de seus familiares (RUFFINO-NETTO, 2004).

Destarte, entende-se que a pessoa com TB e seu grupo familiar têm necessidades que vão além do diagnóstico clínico e da prescrição medicamentosa, as quais serão contempladas apenas com o alcance da assistência integral, considerando a dimensão familiar e social que envolve o adoecimento. Para tanto, a investigação dos

familiares da pessoa diagnosticada com TB pulmonar bacilífera é considerada essencial na prevenção do adoecimento e no diagnóstico precoce da TB ativa na população, devendo ser realizada essencialmente pela atenção primária a saúde, eleita como a porta de entrada preferencial para a pessoa com TB (BRASIL, 2010a).

A estratégia de descentralização da atenção à TB para a rede básica de saúde visa o alcance da integralidade da atenção, pois facilita o acesso dos indivíduos a serviços qualificados próximos de seu domicílio. Esta medida contribui para transpor barreiras como a distância geográfica, limitações financeiras e relacionadas ao tempo disponível para buscar atendimento. Entretanto não basta apenas ampliar a rede qualificada para atender a demanda da TB e sim promover o trabalho intra-setorial que assegure o acesso à finalização do cuidado, tanto no local do diagnóstico como no percurso da rede de serviços, por meio do sistema de referência e contra-referência (CECÍLIO, 2001).

O Programa Nacional de Controle da TB (PNCT) reconhece que os níveis de atenção terciária, secundária e primária representam papel de destaque no controle da TB, sendo a porta de entrada variável de acordo com a organização regional da rede de atenção à TB. Desse modo, os serviços devem se estruturar para que a vigilância epidemiológica da TB, prática de grande repercussão para o controle da doença, seja realizada de forma eficiente em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2010b).

A avaliação adequada dos contatos intradomiciliares da pessoa com TB representa um desafio para os serviços de saúde, devido à resistência dos familiares em comparecer ao serviço e a pouca ênfase dada pelos profissionais à importância deste procedimento, seja por limitações relacionadas à carga de trabalho, à falta de recursos humanos ou ao modelo assistencial incorporado pela instituição (TORNEE *et al*, 2005; GAZETTA *et al*, 2006).

Assim sendo, entende-se que, para alcançar melhores resultados na prática de investigação dos contatos, e conseqüente detecção precoce de casos de TB, é preciso que os serviços de saúde consolidem sua prática para o enfoque holístico no indivíduo, considerando o contexto que o envolve e a abordagem à família.

2 Justificativa

O PNCT determinou 230 municípios brasileiros que são considerados prioritários para o controle da doença, pois contemplam os critérios de elevada incidência, mortalidade e co-infecção com HIV, além de problemas operacionais como altas taxas de abandono do tratamento. Dentre estes, 22 estão no estado do Rio Grande do Sul, estando a cidade de Pelotas incluída nesta lista desde sua primeira edição no ano de 1996. A incidência geral da TB em Pelotas no ano de 2008 foi de 46,6 casos por 100.000 habitantes, sendo de 23,9 por 100.000 habitantes para os casos bacilíferos (BRASIL, 2009).

A investigação de contatos intradomiciliares de pessoas com TB é reconhecida como uma importante estratégia na detecção precoce de casos novos, já que cada caso-índice com baciloscopia positiva tem a potencialidade de infectar até 35% de seus contatos intradomiciliares (RIEDER, 2001). Esta estratégia de prevenção está preconizada no PNCT, entretanto, muitas vezes não é realizada de forma efetiva. O que pode ser percebido no relatório de 2009 da OMS, no qual, os campos destinados a incidência de TB em contatos de pacientes bacilíferos dos 22 países priorizados estão em branco, com exceção da China, a qual informou que 5% dos contatos avaliados foram diagnosticados com TB (OMS, 2009).

Desse modo, a organização da atenção aos contatos intradomiciliares de casos índices de TB está relacionada ao cumprimento de diretrizes contempladas no PNCT, e a avaliação destes indicadores aponta a qualidade da atenção oferecida pelos serviços de saúde no que tange a vigilância epidemiológica e prevenção da doença (GAZETTA *et al*, 2006).

Diante à exposição feita sobre a situação epidemiológica da TB no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e na cidade de Pelotas, e considerando a importância do desenvolvimento de ações de controle da TB na família para a interrupção da cadeia de transmissão da doença, e ainda a escassez de estudos sobre este tema, aponta-se a relevância da realização deste trabalho. Acredita-se que os resultados desta pesquisa possibilitarão a sensibilização e a reflexão dos profissionais envolvidos na atenção à TB de todos os níveis de atenção.

Questão de pesquisa: “Os serviços de saúde de Pelotas, que fazem o diagnóstico da TB, realizam ações de controle dos contatos intradomiciliares?”

3 Objetivos

3.1 Objetivo Geral

Investigar a realização de controle dos contatos intradomiciliares de caso índice de tuberculose nos serviços de saúde que fazem o diagnóstico em Pelotas, RS.

3.2 Objetivos específicos

Caracterizar os contatos intradomiciliares quanto aos dados sociodemográficos e ao grau de parentesco com o caso índice (sexo; idade; grau de parentesco; renda familiar);

Avaliar as ações de investigação dos contatos intradomiciliares dos casos índices de TB pelo programa de controle de TB de Pelotas/RS (registro de contatos no prontuário; solicitação de baciloscopia, raio-x de tórax e prova tuberculínica);

Descrever, na percepção do caso índice, o processo de atenção do serviço de saúde com foco no reconhecimento da TB nos contatos intradomiciliares (investigação de sinais sugestivos de TB; realização de visitas domiciliares; realização de exames diagnósticos; informação sobre TB; investigação do contexto social);

4 Hipóteses

- Os contatos intradomiciliares serão predominantemente no sexo feminino, na faixa etária acima dos 10 anos de idade e adultos, sendo o grau de parentesco de maior ocorrência o de filho (GAZETTA et al, 2006);
- O PCT realizará parcialmente o protocolo de avaliação dos contatos intradomiciliares proposto pelo Ministério da Saúde (Gazetta et al, 2006);
- Estima-se que em torno de 60% dos contatos na faixa etária de menores de 15 anos terão sido avaliados, para os maiores de 15 anos estima-se que apenas 9% sejam avaliados (HARTWIG et al, 2008);
- O exame mais solicitado para avaliação dos contatos será o Raio-x de tórax, seguido pela baciloscopia e em menor quantidade a prova tuberculínica (Gazetta et al, 2006); Entretanto, na faixa etária das crianças predominará o Raio-x de tórax e a prova tuberculínica (CALDEIRA et al, 2004; BRASIL, 2010b);
- Entre os contatos intradomiciliares avaliados pelo PCT aproximadamente 1,8% serão diagnosticados com TB ativa (GAZETTA et al, 2006);
- Em torno de 70% dos profissionais de saúde questionarão o caso índice a respeito de sintomas respiratórios sugestivos de TB em seus familiares, e 60% a respeito das condições de vida dos familiares (CRUZ-OLIVIERA, 2009);
- Os casos índices não receberão visita domiciliar de profissionais de saúde após o diagnóstico de TB;

5 Revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica foi realizada com o objetivo de investigar a produção científica dos últimos dez anos acerca das ações de prevenção e controle nos contatos intradomiciliares da pessoa com TB.

Como estratégia de busca foi realizada a pesquisa bibliográfica controlada nas bases de dados eletrônicas Public Medical/Literatura internacional em ciências da saúde (PUBMED/MEDLINE) e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde (LILACS). A busca foi realizada de forma sistematizada, utilizando descritores cadastrados no MeshTerms para a PUBMED/MEDLINE e no DECS para a LILACS.

Foram introduzidos limites para a realização da busca, sendo incluídos na revisão os artigos realizados entre os anos de 2000 e 2010, considerando estudos realizados com seres humanos, nas línguas português, inglês e espanhol, e que possuísem pelo menos o resumo disponível para verificação do conteúdo.

Os descritores utilizados foram para a língua inglesa: “*tuberculosis*”, “*family*”, “*contact Tracing*”, “*/prevention and control*”; para a língua espanhola: “*tuberculosis*”, “*familia*”, “*Trazado de Contacto*”, “*/prevención & control*”; e para a língua portuguesa: “*tuberculose*”, “*família*”, “*busca de comunicante*”, “*/prevenção & controle*”. Todos os resumos de artigos com título contendo uma das palavras chave foram analisados.

Figura 1 – Distribuição dos resultados das buscas nas bases de dados por combinações de Descritores.

Descritores	Pubmed	Lilacs
Tuberculosis AND family	127	100
Tuberculosis AND contact tracing	0	6
Tuberculosis AND family AND /prevention and control	33	23
Total	160	129

Figura 2 – Distribuição das referências identificadas e relevantes por base de dados.

FONTE	Nº REFERÊNCIAS IDENTIFICADAS	Nº REFERÊNCIAS RELEVANTES
Pubmed	160	7
Lilacs	129	12
Total	289	19

Durante o processo de busca foram identificados 289 artigos com as palavras chaves supracitadas, sendo separados para leitura 130 resumos que tratavam do tema, foram excluídos aqueles que tratavam de estudos clínicos, pois não respondiam ao objetivo da busca. Ao final da etapa de leitura após a eliminação de duplicações (10 artigos), 19 artigos foram considerados relevantes à temática do projeto. Os resultados estão dispostos no quadro abaixo.

Figura 3 – Artigos relevantes à temática do projeto

Autor/Título/Ano	Local/Objetivo	Delineamento	Variáveis	N	Principais resultados
Cavalcante, S.C. <i>et al.</i> Community-randomized trial of enhanced directly observed treatment, short-course for tuberculosis control in Rio de Janeiro, Brazil. Int j tuberc lung dis. 2010;14(2):203-09	Rio de Janeiro/RJ Comparar o impacto da estratégia de tratamento diretamente supervisionado (DOTS) com a DOTS ampliada na incidência da TB.	Estudo de ensaio comunitário randomizado	Sexo, idade, raça, número de pessoas residentes no domicílio, número de quartos, escolaridade, renda mensal da família, forma clínica da TB, reação à prova tuberculínica, testagem para HIV, Raio X torácico, exame de escarro, vacinação BCG.	712 casos índices de TB e 2147 contatos	Os contatos de comunidades com DOTS ampliado, 26 (4%) tiveram diagnóstico de TB ativa e foram tratados, 429 (61,3%) foram detectados com infecção latente e 258 (60,1%) destes iniciaram o tratamento preventivo. Houve diferença na incidência de TB, com o aumento de 5% nas comunidades DOTS e a diminuição de 10% nas comunidades com DOTS ampliado.
SANCHEZ, A.L.; <i>et al.</i> Evaluación de una estrategia para el control de la tuberculosis en un distrito sanitario de Andalucía. Rev Esp Salud Pública 2010; 84: 71-78	Andalucia/Espanha Avaliar a viabilidade e os resultados da aplicação de um indicador sintético de avaliação de uma intervenção.	Estudo epidemiológico descritivo.	Porcentagem de doentes de TB que finalizaram o tratamento; Porcentagem de pacientes bacilíferos dos quais foram avaliados os contatos; casos novos de TB detectados nos contatos avaliados; incidência de TB em menores de 15 anos.	234	Dos 234 pacientes incluídos no estudo foi realizado o seguimento efetivo de 95%, sendo que 182 (78%) completaram o tratamento, 18 morreram, 10 mudaram-se de casa, e 12 continuavam ainda em tratamento. Dos 130 casos que apresentaram baciloscopia positiva, 112 (86%) tiveram seus contatos avaliados. Foram detectados 27 novos casos entre os contatos estudados, e a incidência anual em menores de 15 anos foi de 6,65 por 100.000 habitantes. As perdas de seguimento foram reduzidas em 30% e as conclusões do tratamento e os estudos de contatos melhoraram em 25% e 30%, quando comparados aos dados de toda Andalucia.

Autor/Título/Ano	Local/Objetivo	Delineamento	Variáveis	N	Principais resultados
<p>Oliveira <i>et al</i> Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. Rev Latino-Am Enfermagem. 2009; 17(3):</p>	<p>Avaliar, na percepção dos doentes, o desempenho dos Serviços de Saúde responsáveis pelo controle da TB em relação às dimensões enfoque na família e orientação para a comunidade.</p>	<p>Pesquisa avaliativa transversal</p>	<p>Foram pesquisadas duas dimensões Enfoque na família (com oito indicadores) e Orientações para a comunidade (com cinco indicadores).</p>	<p>108</p>	<p>Os resultados apontam que, na primeira dimensão, os profissionais de saúde demonstram preocupação em relação aos sinais/sintomas dos pacientes e, em menor grau, sobre outros problemas de saúde dos familiares, comprometendo a integralidade do cuidado. Na segunda dimensão, os profissionais da saúde mostraram pouca preocupação quanto à busca ativa dos casos, deficiência na capacitação de PS, baixa taxa de contatos examinados.</p>
<p>Nguyen, T. H. <i>et al</i> Risk of latent tuberculosis infection in children living in households with tuberculosis patients: a cross sectional survey in remote northern Lao People's Democratic Republic BMC Infectious Diseases 2009, v.9, n. 96.</p>	<p>República democrática do Laos</p> <p>Avaliar o risco do desenvolvimento de infecção tuberculosa latente em crianças que vivem com doentes de TB na região rural do noroeste do Laos</p>	<p>Epidemiológico de corte transversal</p>	<p>Características sócio-demográficas; Dados do estado clínico; Dados sobre a habitação; Características das crianças que vivem com o caso índice.</p>	<p>148</p>	<p>Nenhuma das 148 crianças contatos de caso com TB bacilífera receberam profilaxia, o risco para TB Latente foi de 31%. A consciência do contágio da TB foi baixa entre os pacientes (31%) e de seus contatos (31%) e o comportamento de risco era comum, confirmando a importância do rastreamento de contatos em ambientes remotos com alta prevalência de TB.</p>

Autor/Título/Ano	Local/Objetivo	Delineamento	Variáveis	N	Principais resultados
<p>Maciel, E.L.N. <i>et al</i> Comunicantes domiciliares jovens de pacientes com TB pulmonar na região da grande Vitória (ES): um estudo de coorte J Bras Pneumol. 2009, v.35, n.4, p.359-366</p>	<p>Vitória/ES</p> <p>Comparar aspectos clínicos, radiológicos e laboratoriais de contatos domiciliares, menores de 15 anos, de pacientes com cultura positiva para <i>Mycobacterium tuberculosis</i>.</p>	<p>Estudo de coorte</p>	<p>Características demográficas: sexo e idade. Sintomatologia, raio x de tórax, teste tuberculínico. adocimento de acordo com a baciloscopia do caso índice.</p>	<p>155</p>	<p>Dos 155 contatos avaliados, 87 (56,1%) eram do sexo feminino e 68 (43,9%) do masculino. Do total, 28 (18%) eram menores de 5 anos; 62 (40%), entre 5-9 anos; e 65 (42%), entre 10-15 anos. Houve sinais sugestivos de TB em 17 (17%) dos 100 contatos no grupo exposto e 9 (16%) dos 55 do grupo não-exposto ($p = 0,86$). O Raio-x de tórax esteve alterado em 20 (21%) dos expostos e 2 (4%) dos contatos não-expostos ($RR = 6,9$; $p = 0,004$). Nos grupos exposto e não-exposto, respectivamente, 35 (38%) e 10 (18%) dos contatos apresentaram prova tuberculínica positiva ($RR = 2,8$; $p = 0,01$). No total, 5 contatos (5%) do grupo exposto foram diagnosticados com TB, ao passo que não houve diagnóstico de TB no grupo não-exposto ($p = 0,08$).</p>
<p>Jordán <i>et al.</i> Evaluación de la detección de casos de tuberculosis mediante um indicador sintético en los municipios de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2008;46(3)</p>	<p>Habana/Cuba</p> <p>Avaliar a factibilidade e os resultados da aplicação de um indicador sintético para verificar a evolução de uma intervenção de educação em saúde.</p>	<p>Estudo de intervenção</p>	<p>Proporção de sintomáticos respiratórios (SR), proporção de primeiras investigações, tempo entre os primeiros sintomas e a primeira consulta, tempo entre a confirmação do diagnóstico e o estudo epidemiológico dos contatos</p>	<p>Dois municípios</p>	<p>Foi aplicado o indicador sintético de localização de casos em duas cidades de Habana, logo após foi realizada a intervenção de educação em saúde sobre a busca ativa de sintomáticos respiratórios com os grupos de risco para o desenvolvimento de TB e com os profissionais de saúde encarregados do PCT. Em seguida foi aplicado novamente o indicador, que apresentou-se coerente e consistente com a realidade sobre a qualidade da detecção de casos e mostrou uma melhora depois da intervenção realizada.</p>

Autor/Título/Ano	Local/Objetivo	Delineamento	Variáveis	N	Principais resultados
GAZETTA, C.E. <i>et al</i> Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: Revisão de literatura (1984-2004) Rev Latino-am Enfermagem 2008, v.16, n.2	Brasil Identificar as medidas de controle de comunicantes de TB (TB) no Brasil, inseridos nos planos de controle da TB	Artigo de Revisão	Definição de comunicantes, conduta para a busca de comunicantes de TB	-	Identificou-se lacuna na normatização das medidas de controle durante a década de 1984 a 1994. Conclui-se que faltou aos profissionais de saúde incorporar as ações de controle e prevenção de TB na perspectivada vigilância em saúde e monitoramento sistemático.
Hartwig, S.V. <i>et al</i> Avaliação da vigilância de contatos de casos novos de tuberculose no Estado de Mato Grosso – Brasil J Bras Pneumol. 2008.v.34, n.5, p.298-303	Mato Grosso Avaliar as ações de vigilância de contatos de casos novos de TB em Mato Grosso no período de 1999 a 2004.	Estudo epidemiológico descritivo	Distribuição da população, número de casos novos de TB, número de contatos (estimados, examinados e não examinados) e taxa de incidência de TB, faixa etária, distribuição por ano de diagnóstico da faixa etária do contato examinado.		Em 2004, Mato Grosso apresentou 41,3 casos de TB por 100 mil habitantes. A mesorregião centro-sul apresentou a maior taxa de incidência (57 casos/100 mil habitantes) e uma taxa de 15% de contatos examinados. Entre os menores de 15 anos, examinaram-se 63 contatos (60,5%), enquanto entre aqueles com 15 anos ou mais, examinaram-se 389 contatos (8,9%). Em 1999, a média de contatos examinados em Mato Grosso foi de 0,02 (0,5%), e, em 2004, ela alcançou 0,42 (10,5%). Embora o número de contatos avaliados tenha sido pequeno o percentual de contatos examinados foi 40% maior entre os contatos de casos bacilíferos.

Autor/Título/Ano	Objetivo	Delineamento	Variáveis	N	Principais resultados
<p>Baker, M. <i>et al.</i> Tuberculosis associated with household crowding in a developed country <i>J Epidemiol Community Health</i> 2008;62:715–721</p>	<p>Nova Zelândia</p> <p>Identificar se aglomeração de pessoas em residências contribui para a transmissão da TB na Nova Zelândia.</p>	<p>Estudo ecológico</p>	<p>Proporção de domicílios lotados, com pelo menos um morador nascido na Nova Zelândia, Proporção de imigrantes nascidos em países com alta incidência de TB, Proporção da população por etnia, renda média, renda media da família, Proporção de pessoas com TB com 40 anos ou mais nos últimos 5 anos.</p>	<p>1898</p>	<p>A análise incluiu 1.898 casos de TB notificados para o período 2000 a 2004. A análise univariada mostrou a incidência de TB associada com a aglomeração de pessoas na residência, para a população total e para todos os grupos étnicos e grupos etários. Após o ajuste para as variáveis de renda familiar, carga de TB existentes, e a proporção de imigrantes de países de alta incidência de TB, a análise multivariada mostrou associações estatisticamente significantes entre a incidência de TB e aglomeração domiciliar. A taxa de incidência (RTI) foi de 1,05 (IC 95% 1,02-1,08) na população total e 1,08 (IC 95% 1,04-1,12) para pessoas nascidas na Nova Zelândia.</p>
<p>Centro de pesquisas em tuberculose de Chennai, India Additional risk of developing TB for household members with a TB case at home at intake: a 15-year study. <i>Int j tuberc lung dis.</i> 2007;11(3):282–288</p>	<p>Chennai/India</p> <p>Avaliar o risco para os contatos intradomiciliares de um caso infeccioso de TB em uma comunidade rural do Sul da India.</p>	<p>Estudo de coorte por 15 anos, com reavaliações a cada 2,5 anos.</p>	<p>Idade, sexo, tipo de exposição, risco de desenvolver a doença.</p>	<p>253.261</p>	<p>A incidência anual de TB com cultura positiva foi, respectivamente, de 526 e 271 por 100.000 contatos de pacientes com baciloscopia positiva e com baciloscopia negativa e de 198 por 100.000 nos não-contatos. O risco foi de 3,4 vezes para os contatos de pacientes com baciloscopia positiva e de 1,7 vezes para os contatos de pacientes com baciloscopia negativa em comparação aos não-contatos. Dos 3.942 casos incidentes, 337 (8,5%) tiveram contato domiciliar com um caso de TB.</p>

Autor/Título/Ano	Objetivo	Delineamento	Variáveis	N	Principais resultados
<p>Gazetta, C. E. <i>et al</i> O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da Região Sudeste do Brasil, em 2002 J Bras Pneumol. 2006. V.32, n.6, p. 559-65</p>	<p>São Jose do Rio Preto/SP</p> <p>Descrever as ações de controle dos comunicantes de TB no PCT do Município de São José do Rio Preto (SP), em 2002.</p>	<p>Estudo descritivo</p>	<p>Características demográficas: sexo, idade, tipo de parentesco com o caso índice; e local que fez o diagnóstico e encaminhou ao PCT.</p>	<p>166</p>	<p>Dos 166 comunicantes intradomiciliares de TB inscritos em 2002, 82 eram do sexo masculino e 84 do feminino, com maior incidência de casos na faixa etária de 15 e 59 anos (70%); 42 tinham entre 0 e 19 anos (26,4%), 73 entre 20 e 49 anos (45,9%), e 44 tinham 50 anos ou mais (27,7%). Quanto ao grau de parentesco, 41 eram filhos, 29 companheiros, 22 irmãos e 15 mães do paciente índice. Com relação aos exames solicitados, observou-se que: 12% realizaram baciloscopia e/ou cultura; 100% realizaram radiografia de tórax, e destes, 2 apresentaram suspeita de TB pulmonar e 5 outras afecções; 7,2% realizaram prova tuberculínica, com 4,2% de não reatores e 1,2% com enduração igual a 8 mm. Dos comunicantes examinados, 3 tiveram a doença detectada (1,8%).</p>
<p>Becerra M.C. <i>et al</i> Expanding Tuberculosis Case Detection by Screening Household Contacts Public Health Reports. 2005. V. 120</p>	<p>Lima/Peru</p> <p>Avaliar a viabilidade e rendimento de uma estratégia de busca ativa em uma população de alta incidência de TB na cidade de Lima, norte do Peru.</p>	<p>Estudo de coorte</p>	<p>Sexo, idade, escolaridade, número de amostras de escarro, prevalência de TB nos contatos que relataram tosse, prevalência de TB nos contatos com amostra de escarro.</p>	<p>1.094</p>	<p>O Risco de doença ativa entre contatos domiciliares de indivíduos bacilíferos nesta comunidade foi de 0,9% (10/1094), considerado pelos autores como muito elevado. Foram analisadas as duas estratégias de busca: ativa (8/1094) e passiva (2/1094). Verificaram que com a busca ativa identificou-se 4 vezes mais contatos domiciliares contaminados com TB. Os resultados sugerem que o rastreamento dos contatos pode ser um poderoso meio de melhorar as taxas de detecção de casos ativos da doença.</p>

Autor/Título/Ano	Objetivo	Delineamento	Variáveis	N	Principais resultados
<p>TORNEE, S. <i>et al.</i> Factors associated with the household contact Screening adherence of tuberculosis patients. Southeast Asian J Trop Med Public Health. v.36, n.2. 2005.</p>	<p>Bangkok/Tailândia</p> <p>Investigar os fatores associados à adesão dos pacientes com TB em levar seus contatos domiciliares para avaliação</p>	<p>Estudo quantitativo e qualitativo.</p>	<p>Características demográficas: sexo, idade, escolaridade, ocupação, grau de parentesco. Fatores associados a adesão ao rastreio dos contatos: conhecimento sobre TB, susceptibilidade percebida, severidade percebida, benefícios percebidos, barreiras percebidas, satisfação com o serviço, suporte familiar, interação, intenção, distancia da residência ao serviço de saúde.</p>	<p>325</p>	<p>Dos 325 pacientes com TB, 169 (52%) trouxeram seus contatos domiciliares para o serviço de saúde. Fatores Psicossociais de ação foram analisados como indicadores da aderência de triagem familiar dos pacientes com TB. Os resultados revelam que a adesão a triagem dos contatos estava significativamente associada a uma maior susceptibilidade percebida, menores barreiras percebidas, a maior intenção de levar os contactos para a clínica, e a curta distância entre a casa e a clínica da TB.</p>
<p>LIMA, João AB, <i>et al.</i> Características clínicas e epidemiológicas do adulto contagiante da criança com tuberculose. Jornal Brasileiro de Pneumologia. 2004; 30 (3): 243-52.</p>	<p>Porto Alegre/RS</p> <p>Descrever o perfil do adulto contagiante da criança com TB identificada na rede pública de saúde.</p>	<p>Estudo de casos, incluindo todas as crianças (<14 anos) em tratamento para TB na rede pública de Porto Alegre/RS.</p>	<p>Referentes à criança: Idade, sexo, cor da pele, vacinação BCG, cicatriz vacinal BCG, forma clínica da TB. Achados radiológicos, estado nutricional (peso/idade). Referentes ao adulto contato: idade, sexo, cor da pele, escolaridade, uso de álcool, uso de cigarros, HIV, parentesco, sintomas.</p>	<p>50</p>	<p>As formas pulmonares foram observadas em 38% das crianças. A maioria dos diagnóstico foram em hospitais, indivíduos com famílias de seis pessoas em média, e com renda familiar inferior a dois salários mínimos regionais. A co-infecção pelo HIV foi identificada em 25% dos pacientes que realizaram o teste de ELISA. As crianças frequentavam regularmente outro local além de sua residência. O contagiante foi identificado em 78% dos casos, sendo 56% homens, idade média de 32 anos e parente (79%), geralmente pai ou mãe. Neste grupo de adultos, a co-infecção pelo vírus da imunodeficiência humana foi identificada em 43% dos indivíduos testados. O contato intradomiciliar com adulto tuberculoso foi a mais importante fonte de contágio para a criança.</p>

Autor/Título/Ano	Local/Objetivo	Delineamento	Variáveis	N	Principais resultados
Lemos, A.C. <i>et al</i> Risk of Tuberculosis Among Household Contacts in Salvador, Bahia The Brazilian Journal of Infectious Diseases 2004. V.8, n.6, p.424-430	Salvador/BA Determinar o risco de infecção entre contatos domiciliares.	Estudo de Coorte acompanhando contatos de casos-índice de TB, com PPD inicial negativo por 12 meses.	Caracterização demográfica (idade, sexo, etnia), cicatriz vacinal, prevalência de TB entre os contatos.	269	Foram acompanhados 269 contatos domiciliares de 69 casos-índice de TB. A prevalência da doença nesta população foi de 3,7%. A prevalência cumulativa de infecção após 12 meses de acompanhamento foi de 63,9%. Os contatos domiciliares de casos-índice de TB têm uma prevalência de infecção elevada e um risco de infecção de 31%.
Barroso, E C, <i>et al</i> . Ocorrência de tuberculose doença entre contatos de tuberculose sensível e multirresistente J Bras Pneumol 2004; 30(4)401-8	Maracanaú, Messejana e Fortaleza/CE Determinar a ocorrência de casos de TB entre contatos intra-domiciliares de TB multirresistente e TB sensível.	Estudo epidemiológico, caso-controle	Contatos e controles, número de contatos tratados por família, ocorrência de contato tratado por antes e após o caso índice, número de casos de TB multirresistente	1309	O número de contatos foi de 557 no grupo dos casos e 752 no grupo controle. Entre os casos, 4,49% dos contatos (25/557) fizeram tratamento para TB após o caso índice. Esse percentual foi de 5,45% (41/752) entre os controles ($p=0,4468$). Foi detectada em oito famílias micro-epidemia de TB multirresistente confirmada por teste de sensibilidade.
Barroso, E C, <i>et al</i> . Papel da tuberculose domiciliar no surgimento da tuberculose multirresistente J Bras Pneumol 2004; 30(1) 46-52	Maracanaú, Messejana e Fortaleza/CE Avaliar se o contato com TB domiciliar é fator de risco para TB multirresistente.	Estudo epidemiológico caso-controle	Gênero e idade do caso índice, TB curada no domicílio, TB abandonada no domicílio, TBMR no domicílio	319	O grupo de casos e controle foi de 134 e 185, respectivamente. Pelo teste exato de Fisher não foi encontrada associação entre TB multirresistente e contato com TB na família ($p=0,1190$). Estudando os subgrupos, identificou-se que o contato com pacientes curados de TB estava associado com TB sensível ($p<0,0001$), enquanto que o abandono do tratamento da TB na família e a TB multirresistente na família estavam associados com a TB multirresistente nos contatos, $p<0,0160$ e $p<0,0300$ respectivamente.

Autor/Título/Ano	Local/Objetivo	Delineamento	Variáveis	N	Principais resultados
<p>Caldeira, Z. M.R. <i>et al</i> Controle de crianças e adolescentes comunicantes de tuberculosos, Rio de Janeiro, RJ Revista de saúde pública. 2004. V.38, n.3, p. 339-45</p>	<p>Rio de Janeiro/RJ</p> <p>Detectar doença ou infecção tuberculosa em comunicantes de pacientes com TB pulmonar.</p>	<p>Estudo descritivo transversal</p>	<p>Vacinação BCG, Resultado do teste tuberculínico por faixa etária, relação entre o teste tuberculínico e a fonte do contato.</p> <p>Características demográficas: faixa etária, gênero, fonte de infecção, grau de parentesco, número de fontes no domicílio.</p>	<p>184</p>	<p>A casuística foi composta por 98 meninos e 86 meninas, com idades variando entre 0 e 15 anos. Segundo o critério de Gomez, 26,9% das crianças eram desnutridas. Em relação à fonte de infecção, 170 (92,4%) foram intradomiciliares, das quais 66,5% eram os pais. A vacinação BCG foi constatada em 98,4% crianças e 14,7% haviam sido revacinadas. O teste tuberculínico foi reator forte em 110/181 crianças. Consideraram-se infectadas pelo M. tuberculosis 76 (41,3%) crianças e detectaram-se 25 (13,6%) casos de TB pulmonar, dos quais sete (28%) estavam assintomáticos. Houve maior adoecimento quando o comunicante convivia com mais de uma fonte de infecção (p=0,02).</p>
<p>ALSEDÀ, M.; GODOY, P. Estudio de contactos de enfermos tuberculosos em um área semiurbana. Enferm Infecc Microbiol Clin. v.21, n.6, p.281-6. 2003.</p>	<p>Lleida/Espanha</p> <p>Analisar os resultados do estudo de contatos de enfermos com TB (1991-1997) e sua associação com a bacteriologia do caso índice e o nível de exposição.</p>	<p>Estudo epidemiológico.</p>	<p>Bacteriologia do caso índice, grau de intimidade com o caso índice, idade do contato.</p>	<p>1773</p>	<p>A prevalência de infecção tuberculosa entre os contatos foi de 44%. Se observou uma conversão tuberculínica em 7,8% dos contatos e se detectaram 31 novos casos de TB (1,8%). A proporção de infecção tuberculosa, conversão tuberculínica e detecção de novos casos de TB foi superior entre os contatos de pacientes com baciloscopia positiva e maior grau de exposição.</p>

6 Quadro teórico

6.1 Tuberculose e família: o controle da doença do século XIX ao XXI.

A significação e a relevância da TB para a sociedade sofreu alterações ao longo do processo histórico, as quais podem ser percebidas pelas transformações na atenção à família da pessoa com TB, que evoluíram juntamente com o conhecimento científico sobre a doença.

Até o final do século XIX a TB era tida como uma moléstia hereditária, os médicos da época acreditavam que o indivíduo já nascia com a doença ou com o organismo pré-disposto ao adoecimento. Esta idéia estava diretamente relacionada ao fato de que quando havia um doente na família, ao mesmo tempo, outros membros deste grupo também adoeciam. Inexistia o conhecimento sobre o contágio da TB, e por esta razão não eram preconizados cuidados em relação à interrupção da cadeia de transmissão da doença (GONÇALVES, 2000; GILL, 2006).

Além disso, existia uma associação entre às condições de vida e trabalho precários ao acometimento pela TB. Naquela época não existia o conhecimento microbiológico a respeito do bacilo de Koch, não havia métodos diagnósticos e tampouco o tratamento antimicrobiano, por esta razão não se sabia como lidar com a doença. Uma das primeiras iniciativas no sentido de controlá-la foi à implementação do uso de escarradeiras pelos doentes, visto que, acreditava-se que o escarro era um fluido maligno que se lançado ao chão mantinha as propriedades da doença e poderia disseminá-la (GONÇALVES, 2000; ANTUNES *et al*, 2000).

A idéia de TB, nesta mesma época, era dividida entre a imagem européia que a ligava aos poetas e artistas como um sinônimo de refinamento; e a dos médicos higienistas de TB como um “mal social”, relacionado aos trabalhadores que pelas poucas condições financeiras viviam mal alimentados e de forma insalubre nos cortiços, sendo considerados como vítimas do desenvolvimento (GONÇALVES, 2000, p.305; GILL, 2006).

A prática médica de meados do século XIX estava voltada para o social e para a higiene, com práticas normativas e intervencionistas. Naquela época, os médicos acreditavam que alterando os hábitos sociais, de onde e de como viver, do que comer e beber alcançaria melhorias para toda a população, não sendo consideradas necessárias precauções para os contatos familiares, pois se desconhecia a possibilidade de contágio pela doença (GONÇALVES, 2000).

Ao final do século XIX, o doente era tido como vítima das condições de vida, entretanto com a descoberta de Robert Koch sobre a existência do agente causador da doença, a pessoa com TB passou a ser responsabilizada pelo adoecimento e estabeleceu-se a aversão social a estes sujeitos. A nova visão atribuiu aos doentes a culpa do adoecimento, devido ao descumprimento das determinações higienistas e pela capacidade de transmitir a doença também àqueles que não compartilhavam da mesma condição de vida. Foi a partir desta época que o indivíduo passou a ser considerado como transmissor da doença e a medicina tomou a posição de controlar os doentes de TB para o bem-estar geral da sociedade (GILL, 2006; SHAMPO e ROSENOW, 2009).

Neste ponto da história a pessoa com TB passou a ser considerada como um risco à sociedade e à sua família, pois o doente era capaz de contagiar seus familiares e outros indivíduos que compartilhavam da mesma condição social, e até mesmo de disseminar a doença entre os sadios de outras classes sociais quando transitava em locais públicos.

Os tratamentos utilizados na época eram baseados nas terapias climáticas e no repouso absoluto, pois não existia medicamento para o tratamento da TB. Surgiu nesta época a idéia de que os locais de habitação e de trabalho, os objetos, o ar e as aglomerações de pessoas vinculadas à pobreza eram tão infectantes quanto a

própria doença. Assim sendo, a reestruturação urbana foi uma das soluções que os médicos sanitaristas brasileiros propuseram para o combate e eliminação da TB (GONÇALVES, 2000).

Em decorrência da descoberta de Koch e da elevação no número de casos novos foram tomadas iniciativas direcionadas para o controle da doença, visando a interrupção da cadeia de transmissão. Uma delas foi à criação de instituições filantrópicas para o controle da TB. Em 1900 com a fundação da Liga Brasileira contra a TB, com o objetivo de promover a cura e a profilaxia, deu-se início à criação dos dispensários e sanatórios. O primeiro era responsável pela realização de exames diagnósticos, encaminhamento a consultórios médicos e a serviços de enfermagem, além de oferecer assistência social aos necessitados, orientações profiláticas, escarradeiras e lenços. Já os sanatórios eram locais para a internação e o isolamento do doente da vida em sociedade, do trabalho e de seus familiares para buscar a cura da doença e evitar que a disseminassem no período de convalescência. Estes locais eram construídos principalmente em áreas montanhosas, onde o ar era considerado mais puro e favoreceria a implementação da prática curativa climática. Esta terapêutica prevaleceu da década de 1920 até meados de 1940, quando foi considerada insuficiente (ANTUNES *et al*, 2000; GONÇALVES, 2000).

Nota-se que as ações de saúde no intuito de controlar a doença eram firmadas somente sobre a pessoa com os sintomas da TB, limitando-se ao isolamento social em sanatórios, sem a observância de atitudes diretamente direcionadas aos familiares do doente no propósito de intervir na prevenção do contágio e na promoção da saúde.

Somente no ano de 1907 foi lançado no Brasil o plano de combate à TB, entretanto, não foi efetivo devido à falta de financiamento do governo, que negou apoio por considerar que a doença não era uma ameaça à estrutura econômica do estado (GONÇALVES, 2000).

Na década de 1920, o governo finalmente envolveu-se no controle da TB, instituindo o Departamento Nacional de Saúde Pública, e desenvolvendo ações através da Inspeção de Profilaxia da TB, a qual identificava os doentes e realizava

intervenções, notificação do caso, educação em saúde sobre as formas de contágio, o isolamento do doente e a assepsia do ambiente onde ele vivia. Em virtude da elevada incidência de TB, os sanatórios e dispensários não deram conta de isolar e acompanhar todos os doentes, surgindo como alternativa, a elevação do número de atendimentos ambulatoriais e a utilização das visitas domiciliares (GONÇALVES, 2000).

Com este propósito, nesta década, também foi criado no Rio de Janeiro o Serviço de Enfermeiras da Saúde Pública, o qual era responsável em dar continuidade ao atendimento oferecido nos dispensários através da visitação a domicílio. Na ocasião, era verificada a estrutura econômica, social e familiar, com o objetivo de detectar precocemente os casos suspeitos para tratamento ou isolamento, estimulando as práticas higiênicas e profiláticas preconizadas pela autoridade sanitária (ANTUNES *et al*, 2000; SANTOS e KIRSCHBAUM, 2008).

Observa-se que a prática de visitação domiciliar inicia-se no Brasil nesta época com o objetivo de controlar as doenças infecto-contagiosas. Esta ação em saúde caracteriza-se como a primeira atividade que se aproxima do controle da TB com enfoque na família do enfermo. E devido à incapacidade dos dispensários e sanatórios em atender a demanda da população foram instituídos os atendimentos ambulatoriais, os quais fortaleceram a realização do controle da doença no ambiente familiar.

Na década de 1930 houve avanços nas técnicas de diagnóstico da TB, com a descoberta do médico brasileiro Manoel de Abreu que desenvolveu a abreugrafia, exame de imagem dos pulmões. Começaram a serem questionadas as técnicas curativas existentes, havendo um crescimento das intervenções cirúrgicas (pneumotórax artificial, para o descanso do pulmão), sendo colocada em dúvida a eficácia da técnica climática no restabelecimento do doente (GONÇALVES, 2000).

Neste período a TB foi considerada como um problema público de saúde e se firmaram preocupações no sentido de envolver e responsabilizar a família pela atenção ao doente de TB, caracterizando assim, o olhar dos profissionais da saúde voltado para o enfermo, vendo a família apenas como auxílio para a promoção do tratamento adequado e não como foco da atenção. A família com medo do

preconceito, da contaminação dos sadios e dos gastos envolvidos no tratamento do enfermo, mantinha segredo sobre o adoecimento e reunia recursos para enviar o doente a um ambiente propício para a recuperação pulmonar, a região serrana (FILHO, 2001). No ano de 1941, foi instituído o Serviço Nacional de Tuberculose, que ficou responsável por supervisionar os serviços de assistência médica, e nesta mesma época, foram estabelecidos sanatórios e pavilhões específicos para o atendimento de pacientes com TB nos hospitais gerais. Na cidade de Pelotas, a criação da ala exclusiva para o atendimento a estes doentes foi anterior a iniciativa nacional, datando de 1925 a inauguração do pavilhão Baronesa do Arroio Grande (GONÇALVES, 2000; GILL, 2006).

Na década de 1940 houve progressos nas políticas públicas de controle da TB. Em 1946, foi criada a Campanha Nacional contra a Tuberculose com o objetivo de formalizar e normatizar o controle da doença em todas as unidades federativas do país. Em 1947, foi instituída a obrigatoriedade de um exame de Raio-X torácico a todos os trabalhadores que não comparecessem a atividade laboral por motivo de doença, houve também o início da obrigatoriedade da vacinação oral BCG (Bacilo de Calmette e Guérin). Foi neste ano que se deu início ao tratamento dispensarial de medicamentos antituberculosos, sendo considerado o meio mais eficaz para o controle da enfermidade. Nesta época o único medicamento disponível era a estreptomicina, datada de 1944, sendo introduzido em 1949 o ácido paraminossalicílico. E, em 1952, a isoniazida veio completar o tratamento e solucionar, mesmo que temporariamente, o problema da resistência antimicrobiana (GONÇALVES, 2000; FILHO *et al*, 2009).

Na década de 1940 foram alcançados avanços no sentido da precaução coletiva, com a introdução da vacinação aos recém-nascidos. Neste momento, o olhar da instituição sanitária se voltou para a atenção preventiva entre os familiares da pessoa com TB. Embora o tratamento quimioterápico ainda fosse direcionado apenas para a cura da doença já instituída, ele veio a contribuir para a modificação do status da doença de incurável para tratável. O seu uso como profilaxia entre os familiares que se apresentavam como reatores a prova tuberculínica foi firmado em 1962, por recomendação da *American Thoracic Society* (ATA) (PINEDA, 2004).

Nas décadas de 1950 e 1960 foi instituída definitivamente a modalidade de tratamento para a TB como ambulatorial e os doentes poderiam conviver com suas famílias em sociedade durante o transcorrer do tratamento. O doente em poder dos medicamentos tratava-se em casa e da forma como julgasse apropriado, cabendo aos médicos o diagnóstico e a indicação da terapêutica. Este foi um avanço significativo para o alcance de melhorias nas condições de vida destes doentes, pois não necessitavam ficar isolados em sanatórios, ou em alas específicas para TB. Entretanto, sobreviveu uma bagagem das épocas antigas que foi o rótulo de “tuberculoso”, permanecendo nos doentes o estigma. Também houve uma modificação na visão sanitária sobre a doença, que antes estava vinculada ao meio ambiente como fonte de contágio, e a partir daí passou a ser tratada de forma mais individualizada, baseada na terapêutica medicamentosa e não mais na cura do meio (GONÇALVES, 2000).

A transferência dos cuidados do doente para o domicílio humanizou a atenção à TB, entretanto trouxe alguns transtornos para a família, tais como, o medo do convívio com a doença e a necessidade da adoção de medidas de isolamento, como a separação de utensílios e louças e a utilização contínua de lenços pelo doente como barreira à liberação dos bacilos durante a fala e tosse.

Nos anos de 1960 e 1970 foi preconizada a realização de abreugrafia na admissão de funcionários nas fábricas, como exame periódico de saúde e até mesmo no ingresso de crianças à escola. Esta atitude teve como propósito buscar ativamente os casos de TB, iniciar precocemente o tratamento e interromper a transmissão da doença. No início da década de 1980, a abreugrafia deu lugar à recomendação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose a realização de exame de baciloscopia para os sintomáticos respiratórios. Este fato se deu pelo menor custo do exame no rastreio dos doentes de TB, pelos riscos da exposição a repetidas doses de radiação e pela precisão no diagnóstico. Esta determinação foi seguida pelo Ministério do Trabalho que em 1990, revogou as diretrizes quanto à obrigatoriedade do uso da abreugrafia para atestados de saúde de trabalhadores (ANTUNES *et al*, 2000).

No ano de 1971, foi criada a Central de Medicamentos, que distribuía gratuitamente o tratamento medicamentoso para a TB, e, em 1979 foi definida a padronização do tratamento com curta duração e auto-administrado. Somente em 1980 foi lançado o Programa Nacional de Controle da TB que veio em substituição ao Serviço Nacional de Tuberculose (GONÇALVES, 2000).

Em 1976 foi lançado pela ATA um guia específico para o controle dos contatos intradomiciliares da pessoa com TB, o qual relacionava a investigação, diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos contatos intradomiciliares como estratégia de prevenção da disseminação da doença (CENTER FOR DIASES CONTROL, 2005).

Até meados da década de oitenta, os órgãos internacionais acreditavam que a situação da TB estava estabilizada, o que representava a situação dos países desenvolvidos, porque, no Brasil assim como nas demais nações consideradas como subdesenvolvidas ou em desenvolvimento ela nunca deixou de ser um problema de saúde pública (SILVA e BOÉCHAT, 2004; RUFFINO-NETTO, 2004).

Em 1984, foi lançado o manual do programa, o qual ofereceu os elementos técnicos e organizacionais para os serviços de saúde, firmando a centralização do tratamento da doença e a conduta em relação aos contatos da pessoa com TB. A recomendação de acompanhamento dos contatos era para a realização de exame de escarro a todos os sintomáticos respiratórios, a realização da prova tuberculínica nos não vacinados com BCG intradérmica e menores de cinco anos. Os exames de Raio X (RX) eram recomendados a todos quando possível, e a quimioprofilaxia reservava-se aos menores de cinco anos, não vacinados com BCG, retores a prova tuberculínica, mesmo que com RX de tórax normal e assintomáticos desde que convivessem com casos de TB bacilífera (GAZETTA *et al*, 2008).

Verifica-se que os exames diagnósticos passaram a ser amplamente empregados no controle dos contatos intradomiciliares, havendo a consciência da relevância destes sujeitos na cadeia de transmissão da doença.

No ano de 1985, os índices de TB voltaram a crescer no mundo inteiro, esta mudança na direção das curvas de prevalência pode ser explicada pela existência de grandes desigualdades sociais, de pobreza, do envelhecimento da população e da

elevação dos fluxos migratórios, associada à existência de reservatórios de TB nos países pobres da Ásia, África, América Central e América do Sul. Muito embora, o fator primordial para o agravamento deste panorama tenha sido a pandemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) (SILVA e BOÉCHAT, 2004). Em contrapartida, as orientações quanto a utilização da quimioprofilaxia para as pessoas soropositivas para HIV só foi recomendada a partir do ano de 1992 (GAZETTA *et al*, 2008).

Deste modo, a década de oitenta é um marco histórico para as ações de controle da TB, pois a doença passou a ocupar lugar de destaque na mídia mundial e em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a TB como uma doença emergente no mundo todo (SILVA e BOÉCHAT, 2004).

Devido às dimensões alcançadas pela difusão da TB no mundo, a OMS, deu origem ao programa “*STOP TB*”, para auxiliá-la no controle da doença. Este é formado pela própria OMS, pelo Banco Mundial (WB), pela Union International Against Tuberculosis na Lung Disease (UICTB), pelo Center for Disease Control - Atlanta (CDC), pela Royal Netherlands Tuberculosis Association (RNTA) e pela American Thoracic Association (ATA) (RUFFINO-NETTO, 2004).

A partir da declaração da OMS sobre a TB ser uma emergência sanitária mundial, o Brasil passou a desenvolver estratégias com vistas a controlar o avanço da TB no país. A primeira delas foi o Plano Emergencial para Controle da Tuberculose, lançado em 1996 pelo Ministério da Saúde (MS), no qual foram eleitos 230 municípios considerados como prioritários, pois apresentavam além de índices elevados de incidência, mortalidade e co-infecção com HIV, problemas operacionais como altas taxas de abandono do tratamento. Cada um destes municípios desenvolveu um plano de ação juntamente com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a qual estabeleceu metas e o repasse de recursos para o desenvolvimento de ações, tais como, a busca de casos, tratamento e educação em saúde. Foram fixadas as metas de 90% de diagnósticos e o alcance de cura de 85% destes casos (HIJJAR *et al*, 2007).

Neste plano as ações direcionadas para o controle da doença incluíam a busca de sintomáticos respiratórios entre os familiares de pessoas com TB de todas

as formas clínicas, além da adoção das medidas profiláticas denominadas de “*proteção aos sadios*”, as quais contemplavam a vacinação com BCG intradérmica nas crianças entre 0 e 4 anos de idade e a revacinação na idade escolar. Além do uso da quimioprofilaxia com isoniazida em contatos intradomiciliares de caso bacilífero menores de cinco anos de idade e naqueles com sorologia positiva para HIV e outros imunodeprimidos (BRASIL, 1996 p.41).

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) lançou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que manteve as diretrizes técnicas do plano emergencial associando a elas a idéia de construção de centros de excelência. Em 2000, o MS apresentou o “Plano Nacional de Mobilização para Eliminação da Hanseníase e controle da TB em municípios prioritários por meio da atenção básica”. Em 2001, foi à vez do “Plano estratégico para implementação do Plano de controle da Tuberculose no Brasil, no período de 2001-2005”. Estes novos planos mantiveram as metas de diagnóstico e cura do plano emergencial associando a isto a implementação de ações de controle da TB em 100% dos municípios prioritários (HIJJAR *et al*, 2007).

As normas para o controle dos contatos evoluíram entre os manuais publicados na década de noventa, chegando em 1997 a definições direcionadas pontualmente às famílias. Estas determinavam que os contatos intradomiliares com idade menor a quinze anos, com prova tuberculínica (PT) reatora, assintomáticos e vacinados com BCG deveriam apenas ser observados. Para aqueles não vacinados a conduta era a realização da PT, quando não reatores realizavam nova PT após dois meses do primeiro teste e mantendo o resultado no segundo teste era indicada a vacinação, enquanto que aos reatores a conduta indicada era a quimioprofilaxia em qualquer das etapas (GAZETTA *et al*, 2008).

No ano de 2003 com a criação da Secretaria de Vigilância a Saúde (SVS), as ações de vigilância e controle da TB passaram a ser de responsabilidade deste novo órgão do governo. A SVS priorizou o fortalecimento dos sistemas de informação de saúde, para monitoração e tomada de decisões apropriadas sobre a TB no Brasil (HIJJAR *et al*, 2007).

No ano de 2007, foram notificados 72.194 casos novos no Brasil, o que corresponde a uma incidência de 38/100.000 hab. Destes casos novos 41.117 tiveram baciloscopia de escarro positiva. Estes valores posicionam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação à incidência. O número de óbitos anuais no Brasil, tendo a TB como causa é de 4500 pessoas, sendo a maioria deles nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares. Mesmo considerando que a TB é uma doença evitável e curável, no Brasil no ano de 2008 foi a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com AIDS (BRASIL, 2010b).

O MS definiu como prioridade ações contra a TB, colocando em prática um plano nacional que prioriza a qualificação dos recursos humanos, a mobilização social, a ampliação da rede de laboratórios, o monitoramento e a avaliação, esperando que haja um fortalecimento das ações, reduzindo o número de casos de TB na população e nos grupos vulneráveis. Dentre estas ações estão a adoção da estratégia DOTS, a capacitação dos recursos humanos envolvidos no PCT, e a definição de metas de diagnóstico para novos casos, para a porcentagem de cura e para a de abandono do tratamento (BRASIL, PNCT-ONLINE).

As determinações atuais para o controle da TB no Brasil estão dispostas no “Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil”, lançado no ano de 2010 pelo Ministério da Saúde, SVS e PNCT. Este manual contém um capítulo direcionado ao controle dos contatos e determina como deve ser o processo de avaliação destes sujeitos, iniciando pela identificação dos mesmos assim que o caso-índice for diagnosticado pela realização de entrevista minuciosa com a listagem de todos os contatos, suas idades e o tipo de convívio com o caso-índice. Está recomendado sempre que possível a realização de visita domiciliar para complementar a coleta de dados da entrevista e melhorar a caracterização da família.

O passo seguinte na investigação é o convite para que todos os contatos intradomiciliares identificados compareçam ao serviço de saúde para serem avaliados através de anamnese e exame físico. Caso não compareçam, se faz necessária a busca ativa com visita domiciliar. Todos os sintomáticos

respiratórios, sendo crianças, adultos ou HIV positivo deverão ser investigados também por intermédio de exames, que incluem, o Raio X de tórax, a baciloscopia de escarro, a prova tuberculínica e o histopatológico, de acordo com cada caso. Já os assintomáticos adultos e crianças maiores de dez anos devem ser testados com prova tuberculínica, caso o resultado seja reator e o Raio X de tórax tenha excluído a possibilidade de doença ativa, recomenda-se o tratamento para infecção tuberculosa latente (ANEXO I). A conduta recomendada para menores de 10 anos de idade assintomáticos é da realização da PT e Raio X de tórax já na primeira consulta, caso a PT seja não reator realizá-la após oito semanas (ANEXO II) (BRASIL, 2010b).

Os resultados da avaliação dos contatos intradomiciliares devem ser registrados no prontuário, caso não seja identificada a TB e não seja necessário tratar para TB latente, os contatos deverão ser orientados a retornar ao serviço de saúde em caso de aparecimento de sintomas sugestivos de TB (BRASIL, 2010b).

Muitos avanços foram observados desde a implementação do PNCT, houve redução do número absoluto de casos novos de TB, queda na taxa de incidência da doença e de mortalidade entre a população, expansão da cobertura da estratégia DOTS, ampliação da testagem para HIV nos pacientes acometidos pela doença e a introdução de nova abordagem terapêutica com o acréscimo de mais um medicamento para a TB (NETO, 2010).

Atualmente, com o tratamento disponível e distribuído gratuitamente pelo Ministério da Saúde, seria possível curar praticamente todos os casos de TB, entretanto, no Brasil, esta doença ainda apresenta alta incidência e mortalidade. Este fato pode estar explicado pelos índices de pobreza, prevalência de co-infecção TB-HIV, pelo crescimento da população e concentração urbana desordenada, além da não execução das ações previstas no PNCT (RUFINO-NETTO, 2002; DALCOMO *et al*, 2007).

Outro fator relevante na manutenção das taxas de infecção da TB refere-se à multirresistência aos antimicrobianos, ocasionada principalmente pelo abandono do tratamento e pelo uso inadequado das medicações. A interrupção do tratamento favorece a mutação dos bacilos, possibilitando que eles adquiram resistência aos antimicrobianos de primeira escolha para a terapêutica (BARROSO *et al*, 2004).

A resistência aos fármacos é classificada em três tipos, natural, primária e adquirida. A natural está relacionada ao processo de multiplicação do bacilo sem interferência externa; a primária é aquela que se verifica em pacientes nunca tratados anteriormente para TB, e sim que foram contaminados com bacilos previamente resistentes; e a adquirida ocorre quando um bacilo inicialmente sensível se torna resistente após a exposição aos medicamentos de forma inadequada ou irregular. O bacilo é considerado resistente se não responder pelo menos a rifampicina (RFP) + isoniazida (INH) (BRASIL, 2010b).

No Brasil, 96% dos casos de resistência dos bacilos são do tipo adquirida, estando 50% dos pacientes infectados, em seu terceiro ou mais tratamento para TB, apresentando cavitações pulmonares bilaterais em 65% dos casos, e co-infecção pelo HIV em 7%. Para o tratamento desses casos, é necessário o uso de medicamentos injetáveis e de fármacos de reserva, com duração de 18 a 24 meses, cuja efetividade é de aproximadamente 60% (BRASIL, 2007).

A multirresistência não se apresenta de forma acentuada, na realidade brasileira, entretanto é indispensável que se controle a propagação destas cepas. Para tanto, deve-se acompanhar o tratamento das pessoas com TB e avaliar adequadamente os seus contatos, para garantir que eles possam ter acesso a terapêutica e a profilaxia apropriadas, sem interrupção do tratamento até a cura (BRASIL, 2010b).

6.2 Os serviços de saúde e o enfoque na família

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê a hierarquização da atenção à saúde, distribuindo as competências entre as três esferas do governo. Estas são representadas no nível federal pelo MS, no estadual pela Secretaria Estadual de Saúde (SES) e no municipal pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (BRASIL, 2000).

Na atenção à TB esta distribuição de responsabilidades dá-se da seguinte forma: o MS tem como atribuições estabelecer normas técnicas e operacionais, adquirir os medicamentos para o tratamento da TB, oferecer subsídio técnico e

financeiro, estabelecer estratégias de descentralização das ações de controle da TB na atenção básica e promover campanhas de informação à sociedade sobre promoção da saúde, com informações sobre prevenção da doença e tratamento. Além disso, cabe ao MS coordenar o sistema de registro de informações e pactuar com as outras esferas de governo o cumprimento de metas para eliminação da doença. Ao MS cabe o incentivo ao desenvolvimento de pesquisas sobre o tema, visando avaliar a execução das ações de controle da TB (BRASIL, 2010b).

A Secretaria Estadual de Saúde cabe a responsabilidade de gerenciar as medidas de controle no estado, monitorando os indicadores epidemiológicos, o cumprimento das metas pactuadas e divulgando boletins para fins de planejamento, monitoramento e avaliação. Realiza ainda, o armazenamento e controle dos medicamentos e insumos para todo o estado. Promove a capacitação de recursos humanos na área da TB, assessora as coordenadorias regionais na implantação dos PCT's nos municípios, mantendo intercâmbio permanente com as instituições de ensino e pesquisa, PNCT, laboratórios de referência e setores relacionados ao controle de outras doenças de notificação compulsória, principalmente a Aids. Responsabiliza-se também em divulgar boletins sobre a situação epidemiológica estadual e estimular a participação da população no controle social da TB (BRASIL, 2010b).

Os municípios, representados pelas Secretarias Municipais de Saúde em conjunto com o PCT são responsáveis por monitorar os indicadores epidemiológicos, coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios, bem como supervisionar e, inclusive, participar da investigação e do controle dos contatos intradomiciliares de pacientes bacilíferos. Notificar ao SINAN os casos de TB, bem como acompanhá-los durante todo o tratamento mensalmente. Consolidar e analisar os dados gerados pelo sistema de informação oferecendo subsídios para fins de planejamento, monitoramento e avaliação. Assegurar a realização de exames diagnósticos conforme preconizado nas normas. Providenciar os medicamentos junto ao órgão regional ou estadual e distribuí-los às unidades de saúde, além de zelar pela vacinação BCG entre os recém-nascidos. Tem o papel de articular-se com as equipes da ESF ou agentes comunitários de saúde visando aperfeiçoar as ações de

controle da TB em todas as suas faces. E por último identificar e organizar a rede de laboratórios locais e suas referencias municipais, estaduais e federais (BRASIL, 2010b).

Neste panorama operacional, visualiza-se ainda a atenção à TB no contexto da assistência à saúde, verifica-se que também há distribuição de papéis entre os diferentes níveis de atenção. De acordo com o MS, os três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) têm papel fundamental a desempenhar no controle da TB no Brasil (BRASIL, 2010b).

A atenção primária à saúde (APS) se constitui pelo modelo tradicional de unidades básicas de saúde (UBS), e pelo modelo com enfoque na família realizado pela estratégia de saúde da família (ESF). Este nível de atenção deve constituir a principal porta de entrada do SUS, e a referência para o atendimento e a criação de vínculo entre os profissionais de saúde e a pessoa com TB, oferecendo atenção ao grupo familiar. Estas características do serviço estão entre as oito dimensões da atenção primária à saúde definidas por Starfield (2004).

No que diz respeito à TB, a APS tem a competência de: realizar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios; coletar exames de escarro para o diagnóstico e realizar o encaminhamento, se necessário, do usuário para a realização de prova tuberculínica ou Raio X de tórax em serviço de referência; indicar o tratamento básico para TB; acompanhar o tratamento através da estratégia DOTS; oferecer o teste anti-HIV a todas as pessoas com TB; realizar o controle diário dos faltosos; realizar investigação, controle e orientação dos contatos; realizar vacinação BCG; encaminhar para o serviço de referência os casos de difícil diagnóstico; além de responsabilizar-se pelo andamento do tratamento de todos os casos de sua região de cobertura, oferecendo apoio ao doente e a sua família em relação às orientações sobre a doença e as condições psicossociais (BRASIL, 2010b).

A partir das ações de descentralização do controle da TB para a atenção primária, e a adoção da estratégia DOTS, no ano de 2004, o PNCT brasileiro reconheceu a importância de ampliar o combate à TB em todos os serviços de saúde do SUS (FIGUEIREDO *et al*, 2009).

O nível secundário de atenção à TB no Brasil é constituído pelos ambulatorios de referência, que devem ser determinados pela Pactuação Programada e Integrada (PPI) entre os municípios. Este acordo visa identificar as unidades de referência pela magnitude dos casos, considerando as distâncias geográficas e a facilidade de acesso. Este serviço deve contar com profissionais capacitados para a condução dos casos de maior complexidade, incluindo, se possível, profissionais da área de saúde mental e do serviço social, para oferecer auxílio à pessoa com TB e a sua família. O local para a instalação das unidades de referência podem ser as policlínicas, os centros de referências ou os hospitais, conforme a conveniência para os municípios. Lembrando que, o serviço de referência deve manter comunicação direta com a APS. Para tanto, devem existir estímulos e estratégias articuladas pelas coordenações estaduais, regionais e municipais, que facilitem este intercâmbio, incluindo periodicamente discussão de casos em reuniões clínicas (BRASIL, 2010b).

Nas últimas décadas, devido à consolidação do tratamento medicamentoso para a TB, que passou a ser recomendado para nível ambulatorial, o hospital perdeu o papel central desempenhado outrora, para o tratamento e isolamento da pessoa com TB da vida em família e sociedade. Sendo assim, ocorreu o direcionamento das ações prioritárias de controle da TB para a APS e para as unidades ambulatoriais de referência, entretanto, o hospital ainda é um importante componente da rede de assistência à TB no Brasil. Mesmo a porta de entrada de eleição sendo a APS, reconhece-se que nos médios e grandes centros urbanos o diagnóstico é, muitas vezes, realizado nos serviços de urgência e emergência (Pronto socorro e Hospital geral) (BRASIL, 2010b).

A relevância do papel deste serviço pode ser vinculada ao fato de atenderem pacientes com co-morbidades (em particular HIV/AIDS), ou por problemas organizacionais do sistema de saúde, como, entraves no acesso ao diagnóstico na atenção primária a saúde, tais como, a demora na realização dos exames diagnósticos. Atualmente, a proporção de casos de TB notificados e tratados em hospitais é muito maior do que o esperado em várias regiões do país (BRASIL, 2010b).

Ao olhar para a organização dos serviços de saúde na atenção a TB no Brasil, conclui-se que, independente da existência de uma porta de entrada de preferência para o atendimento à TB, todos os níveis de atenção devem estar preparados para a identificação precoce dos sintomáticos respiratórios, para a adequada condução dos casos e para a vigilância epidemiológica da doença. Esta inclui ações voltadas para a interrupção da cadeia de transmissão da doença, em especial no núcleo familiar, já que, trata-se de uma patologia de transmissão respiratória, a qual é favorecida pelo contato prolongado e íntimo com o enfermo (BRASIL, 2010a).

Além disso, em estudo realizado na Colômbia por Hurtado *et al* (2007), foi revelado que o fato da pessoa com TB ser parte de um grupo familiar não nucleado é considerado como fator de risco para o insucesso do tratamento, o que confirma que o apoio familiar é um aspecto fundamental para a adesão ao tratamento da TB, assim como, favorece o cumprimento e conclusão do mesmo. Logo, a inclusão do familiar no tratamento é ação extremamente importante e deve ser estimulada em todos os casos (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Considerando que a abordagem à família, na atenção à TB, parte da intervenção inicial realizada com a pessoa doente considera-se o modelo “Família/indivíduo” proposto por Ribeiro (2004), o qual caracteriza a família, a partir da percepção da pessoa doente, que é o foco real de atenção. A família é tida como interventora, apresentando necessidades de orientação e treinamento, já que, tem deveres e responsabilidades para com a pessoa com TB e possui o poder de interferir positiva ou negativamente no processo de saúde/doença do indivíduo. No caso da TB, o grupo familiar é constituído por potenciais casos novos da patologia, devido ao elevado risco de adquirirem a doença pelo contato direto e prolongado com o enfermo. Destarte, necessitam receber atenção direcionada para a detecção precoce e prevenção da doença. Além de ações educativas que esclareçam sobre as formas de contágio e tratamento, favorecendo a redução do medo e do estigma do doente.

Partindo desta visão de família, verifica-se a necessidade crescente de alterar a forma de percebê-la no contexto de saúde, indo além do conceito de família

como apoio afetivo na recuperação do doente, muitas vezes, indesejada e apenas tolerada no serviço de saúde (ANGELO, 1999).

É preciso incorporá-la no plano de cuidados dos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, e o primeiro passo para esta concretização foi dado a partir da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde e a construção da Constituição Federal na década 1980, aliadas a criação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, estabelecendo no Brasil uma nova perspectiva para as políticas públicas de saúde, com o intuito de complementar as diretrizes do Sistema Único de Saúde. Em 1991, o MS, implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com vistas à progressão para o Programa de Saúde da Família (PSF), que foi instituído em 1994, e atualmente é considerada uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial brasileiro (GONÇALVES e MORAIS, 2007).

Acredita-se que a procura por novos modelos assistenciais, esteja relacionada às transições demográfica, epidemiológica, histórica e social, que interferem na composição e na percepção de saúde-doença da população. A qual apresenta necessidades de saúde que vão além do adoecimento e da prática individualizada, o que torna o modelo tecnicista/curativo obsoleto e insuficiente (MERHY e FRANCO, 2003; GONÇALVES e MORAIS, 2007).

Para tanto, a implementação de novas dimensões à assistência, como o enfoque na família, torna-se essencial para alcançar a integralidade da atenção, e reforçar o vínculo entre o serviço de saúde, o indivíduo e a sua família, favorecendo que todos se sintam atuantes na busca de melhores condições de vida (OLIVEIRA *et al*, 2009).

Dessa forma, a estratégia de saúde da família, surge como uma alternativa viável para trabalhar a saúde no contexto atual, colocando no centro de sua abordagem não apenas o paciente, mas a sua família como um todo, visando a realização de ações de prevenção e intervenção no grupo familiar em seu ambiente comunitário (ROSA e LABATE, 2005).

De acordo com Starfield (2004 p.486), a “centralização na família”, só é conseguida quando se alcança a integralidade da atenção, ou seja, para avaliar as

necessidades do indivíduo, é necessário visualizá-lo imerso em seu contexto familiar, considerando os riscos a sua saúde e as limitações dos recursos familiares.

Com este propósito, Lima *et al* (2001), sugerem que ao lado das tradicionais abordagens de intervenção institucional, necessita-se de outras que contemplem uma dimensão integradora, de acordo com as especificidades de cada contexto social e cultural, incorporando as expectativas dos pacientes e o envolvimento ativo da família no tratamento da TB.

Para tanto, necessita-se da transformação global do modelo de atenção curativo e intervencionista que ainda vigora atualmente, redirecionando o olhar focado na doença do indivíduo para uma prática assistencial voltada para a prevenção e promoção da saúde, visando à educação em saúde para a redução da carga da TB.

7 Metodologia

7.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo. Elaborado para investigar os serviços de saúde de Pelotas/RS, na perspectiva da pessoa com TB, no que diz respeito à atenção oferecida a sua família.

Esta proposta é um recorte da pesquisa “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas¹” (ANEXO III), vinculada ao inquérito epidemiológico transversal, desenvolvido em três regiões do país, intitulado “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas nas diferentes regiões do Brasil²”. A utilização dos dados para este projeto foi autorizada pela coordenadora da pesquisa de Pelotas (ANEXO IV).

7.2 Caracterização do local de estudo

7.2.1 Informações gerais do município

A pesquisa foi desenvolvida no município de Pelotas/RS, que se encontra habilitado no modelo de Gestão Plena do Sistema Municipal desde agosto de 2000 atendendo a 22 municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (3ªCRS).

Possui uma população de 327.778 habitantes, e conta com uma área territorial de 1.609 Km², sendo distribuída em seis grandes bairros na

¹ Coordenado pela Profª Dra. Roxana Isabel Cardozo Gonzales da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.

² Coordenado pela Profª Dra. Tereza Cristina Scatena Villa, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, aprovado pelo CNPq no Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT nº 034/2008 - Doenças Negligenciadas.

zona urbana e nove distritos na zona rural. O número de pessoas por domicílio é em média 2,9 (IBGE, 2010); Em relação ao índice de desenvolvimento humano (IDH), Pelotas está entre os 5% com melhores resultados, ocupando a 276ª posição no Brasil. Quando o referencial é o RS, a colocação de Pelotas está dentre os 20% com IDH mais elevado (IBGE, 2010; PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007).

O sistema de saúde está constituído por 51 Unidades Básicas de Saúde, sendo 13 na zona rural e seis vinculadas às universidades; 02 ambulatórios de saúde (01 da Universidade Federal de Pelotas e 01 da Universidade Católica de Pelotas); 01 Centro de Especialidades do Município; 01 Setor da Secretária de Saúde Municipal, responsável pelo atendimento do DST/AIDS; 24 Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com uma cobertura de 24,13% da população total do município; e 01 Unidade básica de atendimento imediato (UBAI). A rede hospitalar de Pelotas é constituída por dois hospitais Universitários e três hospitais filantrópicos que prestam serviços ao SUS, e a cidade possui 01 pronto socorro municipal (IBGE, 2010; PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2007; MS/SAS/DAB, 2010).

7.2.2 Atenção à Tuberculose em Pelotas

O atendimento a pessoa com TB está centralizado em um único serviço, o PCT, localizado no centro de especialidades do município. Este serviço acompanha em média 120 pacientes por mês e conta com uma equipe composta por um médico pneumologista, um clínico geral, uma secretária e uma assistente social.

Os casos suspeitos ou diagnosticados com TB são encaminhados para o PCT por intermédio de referenciamento dos serviços de saúde que realizaram a captação dos sintomáticos respiratórios. Estes podem ser de qualquer nível de atenção (primário, secundário e terciário), incluindo iniciativa privada e SUS. A rede de atenção pública possui um laboratório de referência para a realização das baciloscopias.

O PCT realiza a dispensação dos antimicrobianos para o tratamento e faz o acompanhamento da pessoa com TB e de seus familiares até o estabelecimento da cura. Este serviço não realiza visita domiciliar. Portanto, para os casos de

abandono de tratamento, é tentado, primeiramente, contato telefônico com o doente, caso não seja possível localizá-lo, a secretaria municipal de saúde é comunicada sobre a situação do paciente, e entra em contato com a unidade básica de saúde da região de moradia da pessoa em questão, para que ela faça a busca e verifique o motivo do abandono e estimule o retorno do indivíduo ao tratamento. Não está articulada no município a estratégia de tratamento diretamente observado. A pessoa com TB desloca-se, mensalmente até o PCT para retirar os antimicrobianos para o tratamento durante os próximos trinta dias, para tanto, é oferecido, como incentivo, vales-transporte para a ida até o PCT.

Diante da necessidade de internação hospitalar da pessoa com TB, o município conta com leitos de isolamento simples, nos hospitais da cidade, não havendo uma unidade de referência para o tratamento de doenças infecto-contagiosas de transmissão respiratória.

7.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta pelas pessoas com TB entrevistadas na pesquisa “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas”, as quais estavam em tratamento no PCT de Pelotas/RS no período de Julho a Dezembro de 2009, constituindo-se por 102 entrevistados (cálculo do tamanho da amostra no Anexo III). O que caracterizou uma amostra por conveniência, já que, o serviço em questão centraliza o atendimento à pessoa com TB no município.

A amostra foi extraída do grupo de entrevistados, tomando-se como base que se tem como informante a pessoa com TB, a qual é questionada quanto ao enfoque dado pelos serviços de saúde a sua família. Portanto, foram selecionados, dentre os 102 respondentes, aqueles usuários do PCT de Pelotas/RS que mencionaram viver com outras pessoas, para este recorte da pesquisa.

7.4 Critérios de elegibilidade

7.4.1 Critérios de inclusão

- Doentes de TB em tratamento no período de julho a dezembro de 2009;
- Maiores de 18 anos;
- Fora do sistema prisional;
- Residentes na área de abrangência do município de Pelotas;
- Relatarem viver com outras pessoas em seu domicílio.

7.4.2. Critérios de exclusão

- Participantes do teste piloto da pesquisa (n=3);
- Diagnosticados fora dos serviços de saúde do município de Pelotas;
- Sujeito que não apresenta condições cognitivas para dar informações a respeito de seu diagnóstico.

7.5 Instrumentos e variáveis do estudo

Foram utilizados dois instrumentos para este estudo, sendo o primeiro construído pelos autores do estudo multicêntrico³, com base em uma revisão sistematizada da literatura científica, a partir da qual foram extraídas as variáveis essenciais para a composição do questionário. Este contempla questões referentes às características sócio-demográficas, ao trajeto da pessoa com TB desde que apresentou sinais e sintomas da TB, se sentindo doente e desejando obter cuidado de saúde, até a procura pelos serviços de saúde, a descoberta da doença e o início do tratamento. Incluindo variáveis relacionadas ao diagnóstico na família e na comunidade.

A pessoa com TB respondeu a cada pergunta referente ao diagnóstico da doença na sua família, segundo escalas de múltipla escolha com resposta única e de somatória (escala de Likert). Na escala de Likert, o valor zero será atribuído para

³ Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas nas diferentes regiões do Brasil.

resposta não sei ou não se aplica e os valores de 1 a 5 registrarão o grau de relação de preferência (ou concordância) das afirmações (1=nunca, 2=quase nunca, 3=às vezes, 4=quase sempre e 5=sempre).

Para Marconi e Lakatos (2010), as escalas emitem um julgamento através dos vários graus de intensidade para um mesmo questionamento sendo capazes de estimar ou avaliar o objeto de estudo.

O segundo instrumento foi criado para caracterização da família da pessoa com TB, participante da amostra do estudo (n=85), será utilizado um instrumento adicional para coleta de dados do prontuário do caso-índice (APÊNDICE A).

Para este recorte da pesquisa foram escolhidas aquelas variáveis relacionadas no Bloco C e F do instrumento de pesquisa, as quais se referem ao serviço de saúde que realizou o diagnóstico do caso índice e ao diagnóstico na família e comunidade.

A outra fonte de informação utilizada na pesquisa foi o prontuário do caso índice, para tanto, foi construído um instrumento para caracterização da família (APÊNDICE A).

Figura 4 - Variáveis extraídas dos Blocos C e F do instrumento de coleta de dados - Diagnóstico na família e comunidade.

Variável	Nº variável no instrumento	Características	Tipo
Renda mensal familiar	v.10	Menos de 1 salário mínimo/ 1 a 2 salários mínimos/ 3 a 4 salários mínimos/ 5 ou mais salários mínimos	Categórica ordinal
Tipo de serviço de saúde que realizou o diagnóstico	v.36c	UBS/USF/Ambulatório de referência/PA/Hospital/Consultório/outros	Categórica nominal
Foi questionado quanto à presença de familiares com sintomas de tuberculose	v.56	Nunca/Quase nunca/Às vezes/Quase sempre/Sempre/Não sabe/Não se aplica	Escala tipo likert Numérica discreta
Recebeu visita domiciliar após o diagnóstico de tuberculose	v.57	Nunca/Quase nunca/Às vezes/Quase sempre/Sempre/Não sabe/Não se aplica	Escala tipo likert Numérica discreta

Os familiares fizeram baciloscopia	v.58 ^a	Nunca/Quase nunca/Às vezes/Quase sempre/Sempre/Não sabe/Não se aplica	Escala tipo likert Numérica discreta
Os familiares fizeram RX de tórax	v.58b	Nunca/Quase nunca/Às vezes/Quase sempre/Sempre/Não sabe/Não se aplica	Escala tipo likert Numérica discreta
Os familiares fizeram PPD	v.58c	Nunca/Quase nunca/Às vezes/Quase sempre/Sempre/Não sabe/Não se aplica	Escala tipo likert Numérica discreta
Foi realizada conversa com os familiares sobre tuberculose	v.59	Nunca/Quase nunca/Às vezes/Quase sempre/Sempre/Não sabe/Não se aplica	Escala tipo likert Numérica discreta
Foi questionado sobre condições de vida dos familiares	v.60	Nunca/Quase nunca/Às vezes/Quase sempre/Sempre/Não sabe/Não se aplica	Escala tipo likert Numérica discreta

Figura 5 - Variáveis relacionadas aos contatos intradomiciliares do caso-índice, coletadas do prontuário da pessoa com TB em tratamento no PCT- Pelotas/RS.

Variável	Características	Tipo
Número de contatos intradomiciliares	Número de contatos	Numérica discreta
Sexo	Feminino/masculino	Categórica dicotômica
Grau de parentesco	Pais/irmãos/filhos/cônjuge/outro	Categórica nominal
Idade	Idade em anos completos	Numérica discreta
Avaliação do contato pelo PCT	Sintomático/Assintomático	Categórica dicotômica
Solicitação de Exame de escarro para o contato	Não/Sim	Categórica dicotômica
Solicitação de Exame de Raio-X de tórax para o contato	Não/Sim	Categórica dicotômica

Solicitação de PPD para o contato	Não/Sim	Categórica dicotômica
Realização de Exame de escarro pelo contato	Não/Sim	Categórica dicotômica
Realização de Raio X de tórax pelo contato	Não/Sim	Categórica dicotômica
Realização de PPD pelo contato	Não/Sim	Categórica dicotômica
Conduta adotada para o contato	Descartado/Observar/BCG/Tratamento ILTB/Tratamento para TB	Categórica nominal

7.7 Coleta de dados

A etapa de entrevistas foi realizada por acadêmicos e uma aluna de Pós Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas no período de julho a dezembro de 2009. Os entrevistadores foram treinados previamente e supervisionados por docentes participantes da pesquisa durante este processo.

O controle de qualidade das entrevistas foi realizado pelos docentes, que atuaram como supervisores na pesquisa, exercendo a atividade de verificação da qualidade de preenchimento dos dados ao final de cada coleta e a resolução imediata de problemas operacionais.

As entrevistas foram realizadas no PCT e no domicílio dos doentes em tratamento no programa conforme disponibilidade e aceitabilidade dos doentes e profissionais do PCT.

As informações relacionadas ao prontuário da pessoa com TB serão coletadas pela autora desta pesquisa, a partir do instrumento de coleta de dados do prontuário (APÊNDICE A).

7.8 Análise dos dados

Após a realização das entrevistas, e do controle de qualidade pelo docente supervisor da pesquisa, as informações coletadas foram digitadas em um banco de dados construído no programa Excel, e convertido para o formato do programa Estatística 9.0 da Statsoft, com o qual, será realizada a análise estatística.

As informações coletadas a partir do instrumento do prontuário serão digitadas no programa Excel, para posterior análise estatística no software Estatística 9.0, que terá como objetivos:

Caracterizar os contatos intradomiciliares por meio da análise descritiva, com distribuição de proporções, medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão) utilizando-se as variáveis relacionadas na figura 5;

Distribuir os casos índices por serviço de saúde que realizou o diagnóstico de TB, utilizando-se a estatística descritiva com distribuições de proporções;

Avaliar as ações de investigação dos contatos intradomiciliares pelo PCT, tomando-se como base o protocolo do MS (ANEXOS I e II). Para tanto, as proporções das variáveis relacionadas ao tipo de conduta do PCT (Figura 5) serão estratificadas por faixa etária (menores de 10 anos e maiores de 10 anos e adultos);

Analisar o processo de atenção do serviço de saúde, que fez o diagnóstico do caso índice, com foco no reconhecimento da TB nos contatos intradomiciliares. Para tanto, serão utilizadas as variáveis relacionadas no bloco F do instrumento de pesquisa aplicado ao caso índice no projeto de origem (ANEXO V) cujas variáveis estão dispostas na figura 4. A análise dos serviços de saúde dar-se-á por meio do valor médio obtido pela somatória de todas as respostas de todos os entrevistados para cada variável, dividindo-as pelo total de respondentes. Serão considerados os valores entre 4 e 5 como satisfatórios, 3 a <4 como regular, e 1 a <3 como insatisfatórios. O valor médio obtido para cada variável será estratificado pelo tipo de serviço de saúde que realizou o diagnóstico.

Para verificar o desempenho do PCT quanto à realização de exames diagnósticos nos contatos intradomiciliares, utilizar-se-á duas fontes de dados. Será realizado um comparativo entre as respostas dos casos índices, coletadas por meio

da entrevista no projeto mãe, e os dados coletados dos prontuários no PCT, para tanto, será utilizada a análise descritiva com distribuição de proporções para os dados do prontuário e das entrevistas com o caso índice.

7.9 Aspectos Éticos

A pesquisa recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), sob parecer favorável nº 2009/04 (Anexo VI). Atendendo aos procedimentos éticos que norteiam a pesquisa com seres humanos, conforme Resolução 196/96⁴ do Conselho Nacional de Saúde e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem⁵ (2007) no seu capítulo III, no que diz respeito a Deveres nos artigos 89, 90 e 91 e as Proibições nos artigos 94 e 98.

O levantamento de dados foi iniciado mediante autorização da Secretária Municipal da Saúde de Pelotas em articulação com a equipe responsável pelo Programa de Controle da Tuberculose. Para coleta dos dados foi explicado às pessoas com TB sobre os objetivos do estudo e benefícios do mesmo, e oferecido o Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da entrevista e o termo de autorização para acessar os prontuários dos entrevistados – (Anexo VII e Anexo VIII).

Os participantes do estudo terão suas identidades preservadas.

⁴ Resolução nº 196/96 Resolução que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta Resolução incorpora os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao estado.

⁵ Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem Capítulo III (dos Deveres): Art.89 – Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação; Art. 90- Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa; Art. 91 – Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (dos Direitos): Art. 94 – Realizar ou participar de atividade de ensino pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou dano aos envolvidos; Art.98 – Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização.

7.10 Divulgação dos resultados

Os resultados da pesquisa serão divulgados por meio de publicações no formato de artigos em periódicos científicos da área da saúde e da enfermagem; em eventos científicos por meio de apresentação de trabalho; na dissertação do curso de Mestrado em Enfermagem; e será entregue ao PCT um resumo executivo com os resultados do estudo.

8 Plano de despesas

Material	Valor unitário	Valor total
02 Canetas	2,00	4,00
01 lápis	1,00	1,00
01 borracha	0,80	0,80
02 pacotes de folhas A ₄	3,00	6,00
04 cartucho de impressão	12,00	48,00
12 impressões	0,10	300,00
12 encadernações	4,00	48,00
08 passagens de ônibus	2,20	17,60
06 encadernações em brochura	25,00	150,00
8 CD's	3,00	24,00
Total*	53,1	599,40

*Os custos do projeto serão financiados pela autora.

Figura 6 – Previsão de gastos com materiais para a execução do projeto. Pelotas, 2011.

9 Cronograma

Cronograma das atividades previstas para a execução do projeto de pesquisa. Pelotas, 2011.

Descrição da Atividade	2009	2010		2011	
	2º Semestre	1º Semestre	2º semestre	1º semestre	2º semestre
Definição do tema			X		
Elaboração do projeto			X		
Revisão de Literatura		X	X	X	X
Qualificação			X		
Comitê de Ética em Pesquisa	X				
Coleta de dados por entrevistas	X				
Coleta de dados do prontuário				X	
Análise dos dados				X	
Elaboração de artigos				X	X
Defesa da dissertação					X

Referências

ANGELO, E. Abrir-se para a família: superando desafios. Família, Saúde e Desenvolvimento, v.1, n.1, p.7-14, 1999. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4882/3729>>. Acesso em: 20 nov.2010.

ANTUNES, J.L.F.; WALDMAN, E.A.; MORAES, M. A tuberculose através dos séculos: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.2, p.367-379, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7101.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

BARROSO, E.C.; MOTA, R.M.S.; PINHEIRO, V.G.F.; CAMPELO, C.L.; RODRIGUES, J.L.N. Ocorrência de tuberculose doença entre contatos de tuberculose sensível e multirresistente. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v.30, n.3, p.401-8, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n4/v30n4a04.pdf>. Acesso em 10 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p.

BRASIL. SINANET/SINANW - Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas/RS. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano Emergencial Para o Controle da Tuberculose. 1996. Disponível em: <http://www.fef.br/biblioteca/arquivos/data/Plano_Nacional_de_Control_e_da_Tuberculose_1999_2.pdf>. Acesso em 20 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso. 8ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 448p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2010. [internet]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf> Acesso em 20 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Projeto MSH. Tuberculose Multirresistente: Guia de Vigilância Epidemiológica. 1ª edição. Rio de Janeiro, 2007. 90p. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_670024370.pdf>. Acesso em 20 jul. 2011

BRASIL. SINAN/SVS/MS. Série histórica da Taxa de Incidência de Tuberculose. Brasil, Regiões e Unidades Federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2010). 2011. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/taxa_incidencia_tb_1990_2010_atual_31_05_11.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2011.

BECERRA, M.; TORREBLANCA, I.F.P.; BAYONA, J.; CELI,R.; SHIN, S.S.; KIM, J.Y.; FARMER, P.E; MURRAY, M. Expanding tuberculosis case detection by screening household contacts. Public Health Reports, v.120, p. 271-7, 2005. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497729/pdf/16134567.pdf>>. Acesso em: 3 dez. 2010.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for the investigation of Contacts of persons with infectious tuberculosis, United States. v.54, n.RR-15, p.1-55. 2005. Disponível em: < <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr5415.pdf>>. Acesso em: 3 Jan. 2011.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A., organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ABRASCO, 2001. p.113-26.

DALCOLMO, M.P.; ANDRADE, M.K.N.; PICON, P.D. Tuberculose multirresistente no Brasil: histórico e medidas de controle. Rev Saúde Pública, v.41, Supl.1, p.34-42, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6570.pdf>>. Acessado em: 13 nov. 2010.

FIGUEIREDO, T.M.R.M; VILLA, T.C.S.; SCATENA, L.M.; GONZALES, R.I.C; RUFFINO-NETTO, A.; NOGUEIRA, J.A.; OLIVEIRA, A.R.; ALMEIDA, S.A. Desempenho da atenção básica no controle da tuberculose. Rev. Saúde Pública, v. 43, n.5, p.825-31, 2009. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rsp/2009nahead/265.pdf>. Acesso em: 12 maio 2010.

FILHO, C.B. História social da tuberculose e do tuberculoso: 1900-1950. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 248p.

FILHO, A.J.A.; MONTENEGRO, H.R.A.; SANTOS, T.C.F. A nova ordem no combate à Tuberculose no Brasil: implicações para a Enfermagem. Rev.Rene, v.10, n. 1, p. 114-123, 2009. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/vol10n1_html_site/Resumos_portugues/a13v10n1.htm>. Acesso em 12 out. 2010.

GAZETTA, C.; SANTOS, M.L.S.G.; VENDRAMINI, S.H.F.; POLETTI, N.A.A.; NETO, J.M.P; VILLA, T.C.S. Controle de comunicantes de tuberculose no Brasil: revisão de literatura (1984- 2004). Rev Latino-am Enfermagem, v.16, n.2, p.306-13, 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_21.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2010.

GAZETTA, C.; RUFFINO-NETTO, A.; NETO, J.M.P.; SANTOS, M.L.S.G.; CURY, M.R.C.O.; VENDRAMINI, S.H.F.; VILLA, T.C.S. O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da Região Sudeste do Brasil, em 2002. *J Bras Pneumol*, v. 32, n.6, p.559-65, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1806-37132006000600014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2010.

GILL, L.A. A TUBERCULOSE E SUAS REPRESENTAÇÕES. In: III Simpósio Nacional de História Cultural, 2006, Florianópolis. Disponível em: <http://ich.ufpel.edu.br/ndh/downloads/lorena_historia_cultural.pdf>. Acessado em: 3 nov. 2010.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. *História, Ciências, Saúde Manguinhos*, v. 7, n.2, p.303-25, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702000000300004>. Acessado em: 20 out. 2010.

GONÇALVES, A.C.; MORAIS, E.P. Programa de saúde da família: contradições e desafios no trabalho com famílias. In: LOPES, M.J.M.; PAIXÃO, D.X. *Saúde da família: histórias, práticas e caminhos*. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2007. p.357-67.

HIJJAR MA, G.G.; TEIXEIRA, G.M.; PROCÓPIO, M.J. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saúde Pública*, v.41, n. Supl1, p.50-58, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41s1/6489.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

HURTADO, J.J.; VILLA, M.A.; ZULUAGA, F.M. Factores convencionales y no convencionales asociados con fracaso al tratamiento antituberculoso: Medellín, 2003-2004. *Revista CES medicina*, v. 21, n.2, 2007. Disponível em: <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=48404&id_seccion=2971&id_ejemplar=4908&id_revista=175>. Acesso em 29 nov.2010.

LEMOS, A.C.; MATOS, E.D.; SAMPAIO, D.B.P.; NETTO, E.M. Risk of tuberculosis among household contacts in Salvador, Bahia. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v.8, n.6, p.424-30, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjid/v8n6/a06v08n6.pdf>>. Acessado em 3 dez 2010.

LIMA, M. B.; MELLO, D.A.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, W.C. Estudo de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose. *Cad. Saúde Pública*, v.17, n.4, p.877-885, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5293.pdf>>. Acesso em 01 dez 2010.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. *Fundamentos de metodologia científica*. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2010. 297p.

MELO, F.A.F.; AFIUNE, J.B.; HIJJAR, M.A.; GOMES, M.; RODRIGUES, D.S.S.; KLAUTAU, G.B. Tuberculose. In: FOCACCIA, R.; VERONESI, R. Tratado de Infectologia. 3ª edição. Editora Atheneu, 2005. p.1139-206.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B.. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. Saúde em Debate, v.27, n. 65, 2003.

MORRE, M. et al. Building biotech solutions for diseases of the developing world. BVGH Global health primer. 2009. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/29864866/BVGH-Global-Health-Primer-2009>

NETO RJP. Reflexões sobre a Tuberculose para o dia do infectologista 2010. Sociedade Brasileira de Infectologia, 2010. Disponível em: http://www.infectologia.org.br/default.asp?Site_Acao=mostrapagina&paginaid=134&mnoti_Acao=mostranoticia¬iciaid=15480>. Acesso em: 12 nov. 2010.

NGUYEN, T.H.; ODERMATT, P.; SLESACK, G.; BARENNE, H. Risk of latent tuberculosis infection in children living in households with tuberculosis patients: a cross sectional survey in remote northern Lao People's Democratic Republic. BMC Infectious Diseases. v.9, p.96. 2009.

OLIVEIRA, S.A.C.; NETTO, A.R.; VILLA, T.C.S.; VENDRAMINI, S.H.F.; ANDRADE, R.L.P.; SCATENA, L.M. Serviços de saúde no controle da tuberculose: enfoque na família e orientação para a comunidade. Rev. Latino Americana de Enfermagem. v.17, n.3, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_13.pdf>. Acessado em 1 nov. 2010. Acesso em: 1 dez. 2010.

OMS. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing: WHO report 2009. 303p. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563802_eng.pdf>. Acessado em 4 out 2010.

PINEDA, N.L.S.; PEREIRA, S.M.; MATOS, E.D.; BARRETO, M.L. Quimioprofilaxia na prevenção da tuberculose. J Bras Pneumol, v. 30, n.4, p. 485-95, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n4/v30n4a15.pdf>>. Acesso em: 9 set 2010.

RIEDER, H. L.Bases epidemiológicas do controlo da tuberculose.Trad. José Miguel Carvalho. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2001. 168 p. – Título original: Epidemiologic basis of tuberculosis control (first edition 1999). Disponível em: http://www.theunion.org/component/option,com_guide/Itemid,79/cat_id,12/guide_id,15/keywords,/>. Acessado em: 12 set 2010.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). Rev Latino-am Enfermagem, v.12, n.4, p.658-64, 2004.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a12.pdf>>. Acesso em 13 nov. 2010.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-am Enfermagem, v.13, n.6, p.1027-34. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acessado em: 29 nov. 2010.

RUFFINO-NETTO A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.35, n.1, p. 51-58, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n1/7636.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2010.

RUFFINO-NETTO, A. Carga da tuberculose: reflexões sobre o tema. Editorial. J Bras pneum, v.30, n.4, p.307-9, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n4/v30n4a02.pdf>>. Acesso em: 26 set. 2010.

SANTOS, E.M.; KIRSCHBAUM, D.I.R.. A trajetória histórica da visita domiciliária no Brasil: uma revisão bibliográfica. Rev. Eletr. Enf, v.10, n.1, p.220-27, 2008. Disponível em:< <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a20.htm>>. Acesso em 13 set. 2010.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Municipal de Pelotas. Plano Municipal de saúde, 2007. Disponível em: <http://www.pelotas.rs.gov.br/politica_social/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf>. Acesso em: 17 set. 2010.

SHAMPO, M.A.; ROSENOW III, E.C. A history of Tuberculosis on Stamps. Chest online, v.136, n.2, p. 578-82, 2009. Disponível em: <<http://chestjournal.chestpubs.org/content/136/2/578.full.html>>. Acesso em: 14 out. 2010.

SILVA, J.R.L.; BOÉCHAT, N. O ressurgimento da tuberculose e o impacto do estudo da imunopatogenia pulmonar. J Bras Pneumol, v. 30, n.4, p. 478-84, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v30n4/v30n4a14.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2010.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco Brasil, MS, 2004. 726p.

TEIXEIRA, R.A.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B. O trabalho de enfermagem em atenção primária à saúde: a assistência à saúde da família. Rev. Brasileira de Enfermagem, v.53, n.2, p.193-206, 2000.

TORNEE, S.; KAEWKUNGWAL, J.; FUNGLADDA, W.; SILACHAMROON, U.; AKARASEWI, P.; SUNAKORN, P. Factors associated with the household contact screening adherence of tuberculosis patients. Southeast Asian J Trop Med Public

Health, v.36, n.2, p.331-40, 2005. Disponível em: <
www.tn.mahidol.ac.th/seameo/2005_36_2/08-3496.pdf>. Acesso em: 20 jun.2010.

II Relatório do trabalho de campo

Relatório do trabalho de campo

O presente trabalho foi elaborado como requisito integrante para a obtenção do título de Mestre pelo curso de Mestrado Acadêmico em Enfermagem, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O mestrado teve início no mês de março do ano 2010, com uma duração máxima prevista de 24 meses.

O projeto de pesquisa foi construído com vinculação ao Projeto “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas”, sob coordenação da Prof. Dr^a Roxana Isabel Cardozo Gonzáles docente do departamento de Enfermagem da UFPel.

A aluna ingressou no curso de mestrado, após a conclusão das etapas de entrevista e construção do banco de dados do projeto de origem, sendo assim, realizou o trabalho de campo apenas no que se refere à coleta de informações dos prontuários.

Em fevereiro de 2011 a pesquisadora realizou a coleta de dados dos prontuários daqueles indivíduos que referiram possuir contatos intradomiciliares no momento da aplicação da entrevista do estudo de origem. Esta etapa da pesquisa teve duração de sete dias, neste período foram revisados 85 prontuários. Foram extraídas as informações referentes ao número de contatos, o sexo, a idade, a presença de sintomas respiratórios, a solicitação e a realização de exames diagnósticos, o resultado destes e a conduta adotada pelo programa de controle da TB de Pelotas a respeito dos contatos intradomiciliares.

Após a coleta de dados foi construído um banco para entrada das informações no programa Excel. A análise estatística foi realizada com o uso do software Estatística 9.0, com construção de tabelas para caracterizar os contatos intradomiciliares, e para apresentar a conduta do programa foi construído um fluxograma baseado nas recomendações do MS para investigação de contatos intradomiciliares de casos índices de TB. Para tanto foi realizada análise descritiva, univariada com distribuição de proporções, medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão).

Para a construção do artigo de defesa, realizou-se a avaliação das ações de investigação dos contatos intradomiciliares dos casos índices de TB pelo programa de controle da TB de Pelotas/RS, tomando-se como base o protocolo do MS. Para tanto se utilizou as informações colhidas no prontuário do caso índice. Distribuíram-se os contatos em duas faixas etárias, menores de dez anos e maiores de dez e adultos. Estratificaram-se as ações do PCT entre estas duas categorias, obtendo-se um fluxograma da investigação dos contatos intradomiciliares. A caracterização dos contatos foi construída em uma tabela com as proporções das variáveis de sexo, faixa etária, grau de parentesco e renda familiar.

A construção do segundo artigo será baseada no bloco F do instrumento de pesquisa aplicado no projeto multicêntrico (ANEXO V). Será utilizada a descrição do caso índice sobre o processo de atenção do serviço de saúde que fez o seu diagnóstico de TB, com foco no reconhecimento da doença em seus contatos intradomiciliares. Os resultados por variável foram estratificados pelo tipo de serviço que realizou o diagnóstico. A distribuição dos casos índices por local de diagnóstico está representada na Figura abaixo.

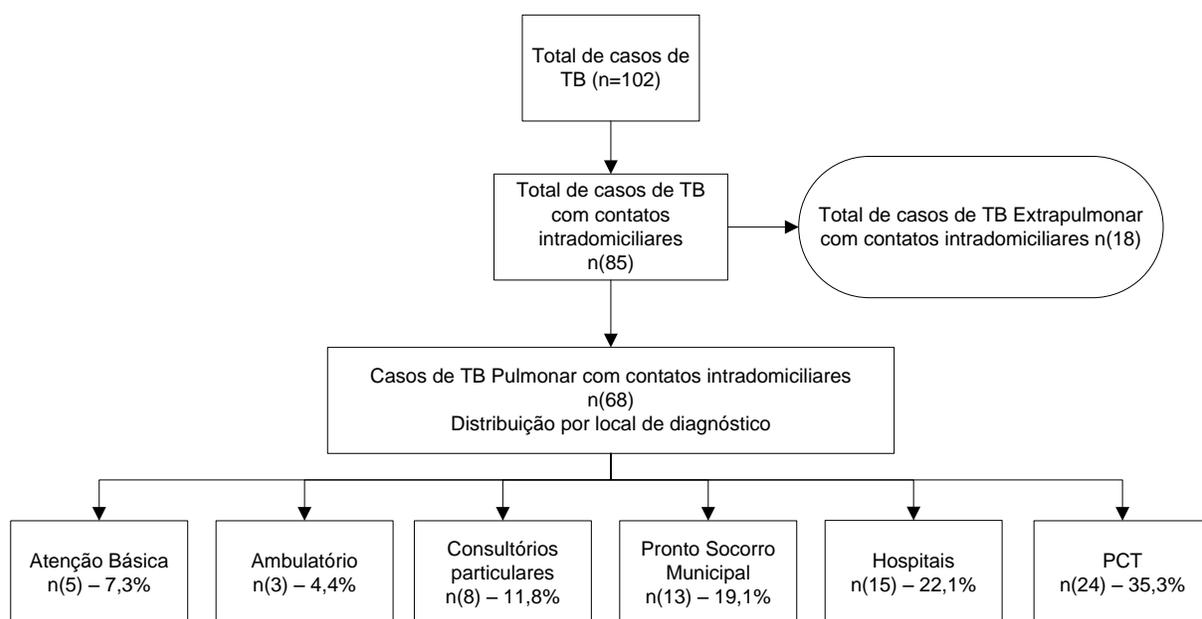


Figura 1 – Distribuição dos casos índices de TB por local de diagnóstico. Pelotas/RS, 2011.

Fonte: Rodrigues, K. M. R. Serviços de Saúde utilizados como porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose no município de Pelotas/RS. 2010. 111 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2010.

Durante o curso de mestrado a pesquisadora participou de capacitações de ordem operacional e estatística, via tele conferência entre os municípios brasileiros envolvidos no projeto multicêntrico localizados no Estado da Paraíba, Paraná, Pernambuco, São Paulo, Rio Grande do Sul bem como com a Universidade de Murcia na Espanha, fatos que oportunizaram vários debates durante as reuniões presenciais do Grupo GEOTB/Pelotas. Em maio de 2011 participou do IV Encontro Nacional de Tuberculose e I Fórum da Parceria Brasileira Contra a Tuberculose em maio de 2010, no Rio de Janeiro, no qual apresentou pôster com dados referentes ao controle da tuberculose na família. Relacionados ao grupo GEOTB/Pelotas também participou de publicação aceita para apresentação no formato de pôster no VIII congresso brasileiro de epidemiologia, a realizar-se em novembro de 2011, intitulado “Acompanhamento dos doentes de tuberculose em tratamento pelos profissionais de saúde em um município do sul do Brasil, 2009”. Participou ainda da construção de um capítulo de livro que contém os resultados do estudo multicêntrico organizado pelos pesquisadores do GEOTB/Ribeirão Preto.

Durante o período do mestrado pode participar como co-orientadora de dois trabalhos monográficos de conclusão do curso de graduação em Enfermagem da UFPel, tendo como temáticas “Atendimentos sensíveis à atenção básica no pronto socorro municipal de Pelotas, 2011” e “Auto percepção de saúde em idosos usuários de um serviço de quimioterapia”.

Participou na construção do banco de dados e análise estatística do projeto de pesquisa “Os Clientes Oncológicos e Suas Famílias e os Sistemas de Cuidado nas Condições Crônicas”, assim como das reuniões realizadas pelo núcleo de condições crônicas e suas interfaces (NUCCRIN), do qual é membro desde 2006.

No mês de agosto de 2011 participou do 13º Leifams – Seminário Latino Americano de Pesquisa e Assistência de Enfermagem à Família, realizado na cidade de Maringá entre os dias sete e dez de agosto de 2011. Nesta ocasião apresentou resumo intitulado “Adoecer de Câncer: o agir e o sentir do grupo familiar”, que teve sua versão em artigo, publicado na revista Ciência, Cuidado e Saúde volume especial destinado ao evento.

III ARTIGO

**INVESTIGAÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES: CONDUTA DO
PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DE PELOTAS/RS**

**INVESTIGATION OF HOUSEHOLD CONTACTS: CONDUCT OF THE
TUBERCULOSIS CONTROL PROGRAM OF PELOTAS/RS**

Lílian Moura de Lima¹

Eda Schwartz²

Roxana Isabel Cardozo Gonzáles³

¹ Especialista em Estratégia de Saúde da Família, Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Docente da Faculdade de Enfermagem da Anhanguera, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

² Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Doutora em Enfermagem, Docente da Faculdade de Enfermagem da UFPel, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Objetivou-se avaliar as ações de investigação dos contatos intradomiciliares dos casos índices de tuberculose (TB) no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de Pelotas/RS. Estudo descritivo de corte transversal, com dados do prontuário dos casos índices. Amostra composta por 163 contatos intradomiciliares de 85 casos índices de TB em tratamento no PCT entre julho e dezembro de 2009. Identificou-se que os contatos eram predominantemente do sexo feminino, com idade acima dos dez anos e filhos do caso índice. Os exames mais solicitados foram o raio x de tórax e a baciloscopia, não foi utilizada a prova tuberculínica. Verificou-se a presença da doença ativa em 1,8% dos contatos intradomiciliares listados no prontuário do caso índice. Os resultados evidenciam que a atenção a tuberculose em Pelotas necessita ser repensada no intuito de envolver a atenção primária ativamente na avaliação dos contatos intradomiciliares, visando facilitar o diagnóstico precoce, a avaliação clínica adequada dos contatos e a interrupção da cadeia de transmissão da TB em tempo oportuno.

Descritores: Busca de comunicante, tuberculose, avaliação de serviços de saúde

ABSTRACT

The study aimed to evaluate the actions of investigation of household contacts of index cases of tuberculosis (TB) in the Tuberculosis Control Program (TCP) of Pelotas/RS. It was a descriptive study of transversal cut with data from the records of index cases. The sample was composed of 163 household contacts of 85 index cases of TB treatment from the TCP between July and December 2009. It was found that the contacts were predominantly female, over the age of ten years and children of the index case. Exams over requested were the chest x-ray and bacilloscopy, it was not used the tuberculin skin test. There was a presence of active disease in 1.8% of household contacts listed in the records of the index case. The results show that attention to tuberculosis in Pelotas need to be rethought with the aim of involving actively primary care in the evaluation of household contacts in order to facilitate early diagnosis, appropriate clinical evaluation of contacts and interruption of transmission chain of TB in the appropriate time.

Descriptors: contact tracing, tuberculosis, health services evaluation.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) a incidência mundial de tuberculose (TB) estimada para o ano de 2009 foi de 9,4 milhões de casos, sendo que a mortalidade estimada para este mesmo ano foi de 1,7 milhões¹. A ocorrência de 81% dos casos de TB concentra-se entre 22 países considerados como prioritários pela OMS, o Brasil ocupa o 19º lugar nesta lista. No ano de 2010, foram notificados 71.000 casos novos da doença no país, sendo a incidência de 37,9 casos por 100.000 habitantes².

Para o estado do Rio Grande do Sul a incidência da doença no ano de 2010, foi de 44,8 casos por 100.000 habitantes, o que o coloca em 5º lugar no ranking nacional dos estados no que diz respeito a incidência da TB, ficando atrás do Rio de Janeiro (69,2 por 100.000 habitantes), Amazonas (65,8 por 100.000 habitantes), Pará (46 por 100.000 habitantes) e Pernambuco (46 por 100 000 habitantes)³. A incidência geral da TB em Pelotas no ano de 2008 foi de 46,6 casos por 100.000 habitantes, sendo de 23,9 por 100.000 habitantes para os casos bacilíferos⁴.

A TB é uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, ou bacilo de Koch (BK), que pode acometer diferentes órgãos do corpo humano, sendo a forma mais frequente a pulmonar, responsável por 90% dos casos diagnosticados, sendo 60% destes bacilíferos. A transmissão ocorre, principalmente pelo ar, quando a pessoa com TB pulmonar bacilífera, ou caso-índice, libera BK juntamente com aerossóis expelidos naturalmente durante a fala, o espirro e principalmente a tosse⁵.

Existem fatores que influenciam diretamente na transmissão do BK entre humanos, dentre eles estão as características do caso-índice, a intensidade de contato e a suscetibilidade do exposto. Dentre as características do caso-índice estão a forma pulmonar da doença, a carga de bacilos no escarro e o estado geral do doente, aqueles com melhores condições nutricionais apresentam maior vigor de tosse, liberando mais bacilos no ambiente. Já a intensidade de contato está relacionada ao tempo de exposição e ao tipo de relação com o enfermo, a proximidade e o parentesco guardam relação direta e estatisticamente significativa com a infecção⁶. Além da proximidade ocasionada pelo convívio no mesmo domicílio, a família da pessoa com TB vivencia as mesmas condições socioeconômicas e, muitas vezes, os mesmos hábitos de vida que a torna vulnerável ao adoecimento.

Dessa forma, pertencer ao mesmo grupo familiar e conviver no mesmo domicílio de pessoas com TB pulmonar bacilífera eleva o risco de infecção, sendo a investigação imediata e adequada destes sujeitos considerada como essencial para o controle da doença. O rastreamento de contatos de casos de TB é um meio efetivo e de baixo custo para detectar precocemente novos casos da doença, interrompendo a cadeia de transmissão e evitando a propagação da resistência microbiana às drogas de primeira escolha para o tratamento. Além disso, a detecção da infecção tuberculosa latente (ILT) é uma importante ferramenta para o controle da propagação da TB na comunidade⁷⁻⁸.

Entretanto, estudos de avaliação de serviços quanto à investigação de contatos de casos de TB, verificaram que não há uma sistematização no controle destes indivíduos, mesmo existindo a normatização da vigilância epidemiológica dos contatos amplamente divulgada em publicações oficiais do Ministério da Saúde (MS) brasileiro⁹⁻¹⁰.

Assim sendo, a organização da atenção à família de pessoas com TB bacilífera está relacionada ao cumprimento de diretrizes contempladas no plano nacional de controle da TB (PNCT), e a avaliação destes indicadores aponta a qualidade da atenção oferecida pelos serviços de saúde no que tange a vigilância epidemiológica e a prevenção da doença⁹.

Considerando a situação epidemiológica da TB no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e na cidade de Pelotas, e a importância do desenvolvimento de ações de controle da TB na família, para a interrupção da cadeia de transmissão da doença, e ainda a escassez de estudos sobre este tema, aponta-se a relevância da realização deste trabalho. Para tanto, este estudo tem como objetivo avaliar as ações de investigação dos contatos intradomiciliares dos casos índices de TB pulmonar cadastrados no Programa de Controle de TB (PCT) de Pelotas/RS.

Metodologia

Trata-se de um estudo com delineamento descritivo e abordagem quantitativa de corte transversal, realizado com base em levantamento de dados do prontuário dos casos índices de TB em tratamento no PCT de Pelotas/RS. Este estudo é um recorte do projeto multicêntrico desenvolvido pela Área de Pesquisa Operacional da Rede Brasileira de Pesquisa em TB/REDE-TB “*Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em diferentes*

regiões do Brasil”, aprovado e financiado pelo MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº034/2008 575386/2008-8.

Pelotas é um município de médio porte, com população de 327.778 habitantes, e conta com uma área territorial de 1.609 Km², sendo distribuída em seis grandes bairros na zona urbana e nove distritos na zona rural¹¹.

Quanto à atenção à TB, os casos suspeitos ou diagnosticados são encaminhados para o PCT por intermédio de referenciamento dos serviços de saúde que realizaram o diagnóstico ou identificaram a presença de sintomas respiratórios sugestivos de TB. Estes podem ser de qualquer nível de atenção (primário, secundário e terciário), incluindo a iniciativa privada e o Sistema Único de Saúde (SUS). O PCT acompanha em média 120 pacientes por mês e dispõe de uma equipe composta por um médico pneumologista, um clínico geral, uma secretária e uma assistente social.

Foram sujeitos do estudo as pessoas com TB pulmonar que estavam em tratamento neste serviço entre os meses de julho e dezembro de 2009, e que participaram da etapa de entrevistas do projeto multicêntrico.

Dentre os 102 casos de TB que foram entrevistados no estudo multicêntrico foi identificado que 85 deles possuíam contatos intradomiciliares, sendo que 17 eram casos de TB extrapulmonar, e 68 apresentavam a forma clínica pulmonar da doença. Estes últimos foram o foco deste estudo, sendo coletadas informações sobre seus contatos intradomiciliares.

Para proceder à coleta de dados foram examinadas as cópias das fichas de investigação epidemiológica do sistema de informação de agravos de notificação (SINAN) arquivadas no serviço, e os prontuários destes sujeitos no PCT de Pelotas. Estas informações referentes aos contatos foram coletadas em fevereiro de 2011.

As variáveis foram coletadas do prontuário dos casos índices. Estas foram registradas pelos profissionais do serviço no momento da consulta clínica do caso índice. As variáveis estão relacionadas às características dos contatos intradomiciliares: sexo (masculino/feminino); idade (em anos completos); grau de parentesco com o caso índice (pais/filhos/cônjuges/irmãos/netos/outros familiares); e ao atendimento oferecido pelo PCT a este sujeito (classificação do contato quanto a presença de sintomas respiratórios (sintomático/assintomático); solicitação de exame de escarro (sim/não); solicitação de Raio-x de tórax (sim/não); solicitação de prova tuberculínica (sim/não); realização de exame de

escarro (sim/não); realização de Raio-x de tórax (sim/não); realização de prova tuberculínica (sim/não); conduta do PCT (assintomático, não avaliado/baciloscopia negativa, descartado/Raio-x de tórax normal, descartado/assintomático+BCG, não avaliado/solicitados exames, não realizou/baciloscopia positiva, indicado tratamento para TB ativa). A variável renda familiar (em salários mínimos) foi coletada a partir do banco de dados do estudo multicêntrico e posteriormente categorizada (menos de 1/ de 1 a 2/de 3 a 4/ e 5 ou mais salários mínimos).

Os dados foram digitados em um banco construído no programa Excel e a análise foi realizada no software Estatística 9.0 da StatSoft®.

Tomando-se como base o protocolo de avaliação de contatos intradomiciliares do MS¹² distribuiu-se os sujeitos em duas faixas etárias – as crianças até dez anos e os maiores de dez e adultos. Estratificaram-se as ações do PCT entre estas duas categorias, obtendo o fluxograma da investigação dos contatos intradomiciliares neste serviço. Para tanto, utilizou-se a estatística descritiva com distribuição de frequências, medidas de tendência central (média e mediana) e medida de dispersão (desvio padrão).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) pelo processo número 2009/04, estando em concordância com os procedimentos éticos exigidos para pesquisa com seres humanos, atendendo o constante da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹³.

Resultados

O total de contatos intradomiciliares dos 68 casos índices investigados no PCT de Pelotas constitui uma amostra de 163 indivíduos. A média de familiares por caso índice foi de 2,4 (DP=1,7), variando de zero a oito (mediana= 2,0). Do total de comunicantes intradomiciliares, 69,9% (n=114) foram considerados como assintomáticos e 30,1% (n=49) como sintomáticos.

Na Tabela 1 pode-se observar a distribuição dos contatos por sexo com 62,5% de mulheres, concentrando-se na faixa etária de maiores de 10 anos e adultos com 77,9% (n=127), com média de idade de 31,8 anos (DP=23,2) variando entre hum mês e 94 anos. Quanto à renda familiar verificou-se que 78,5% viviam com até dois salários mínimos, sendo a média de renda familiar de R\$ 992,20 (DP=949,1) variando de R\$ 102,00 a R\$ 5.000,00 e

com mediana de R\$ 650,00. O grau de parentesco com o caso índice foi predominantemente o de filho(a) com 37,1% (n=76) dos contatos investigados.

Tabela 1 – Caracterização dos contatos intradomiciliares de casos índices de TB pulmonar. Pelotas/RS, 2011.

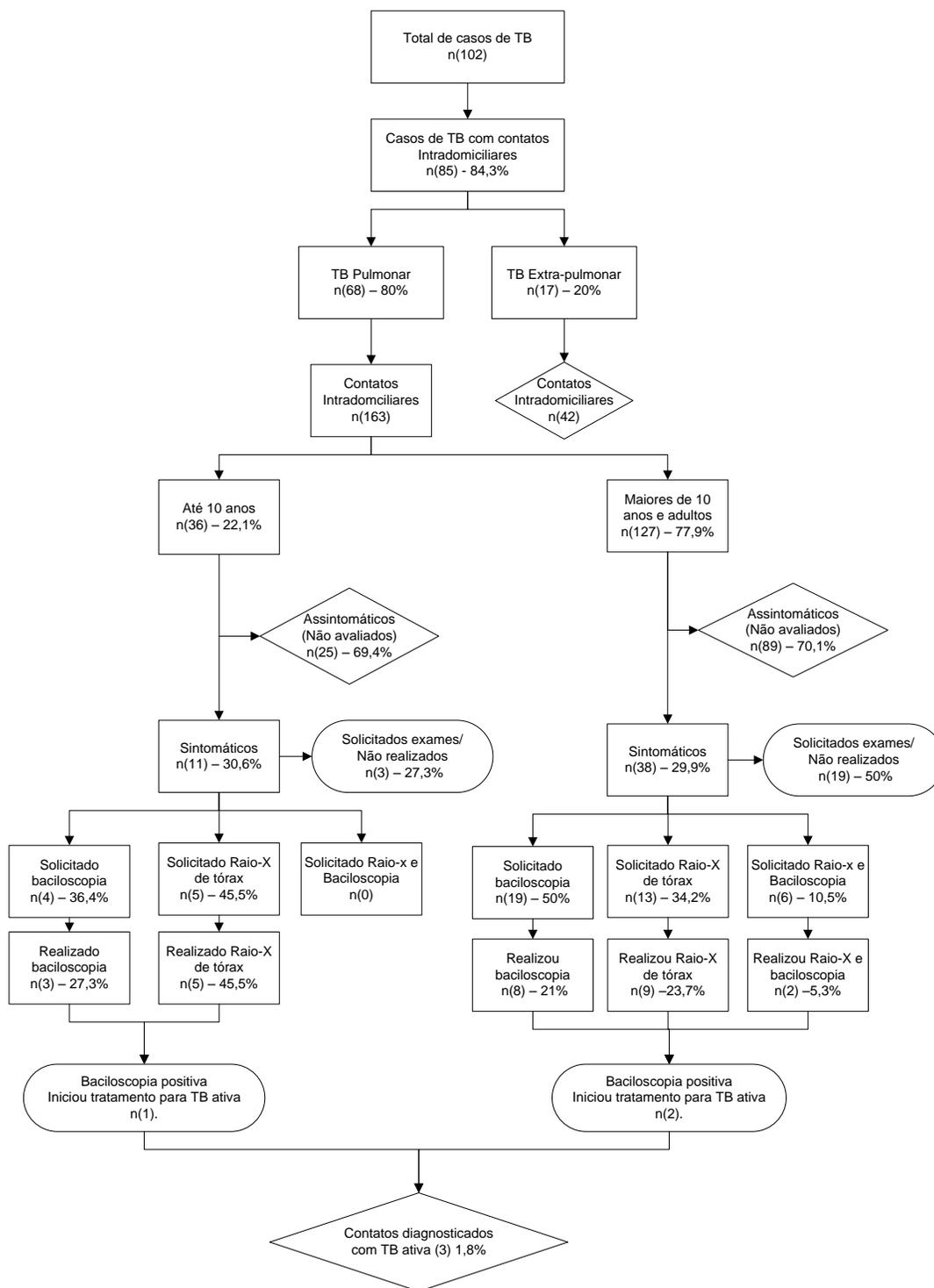
Características dos contatos intradomiciliares	Frequencia (n=163)	(%)
Sexo		
Masculino	63	39,4
Feminino	100	62,5
Faixa etária		
0-10 anos	36	22,1
>10 anos e adultos	127	77,9
Grau de parentesco com o caso índice		
Neto(a)	12	7,4
Irmão(ã)	14	8,6
Outros familiares	20	12,3
Pais	23	14,1
Conjuge/Companheiro	34	20,9
Filho (a)	60	36,8
Renda familiar# (Salário Mínimo)		
Menos de 1	26	40,0
1 a 2	25	38,5
3 a 4	10	15,4
5 ou mais	4	6,10

#Salário mínimo regional de R\$ 511,00. Variável referente aos 68 grupos familiares em estudo (n=65), com três ignorados.

Na Figura 1, observa-se o fluxo de conduta do PCT na avaliação dos contatos intradomiciliares. Na consulta clínica o caso índice foi questionado quanto à presença de sinais sugestivos de TB entre seus contatos intradomiciliares, encontrando que 30,6% (n=11) dos menores de 10 anos de idade e 29,9% (n=38) dos maiores de 10 anos e adultos foram considerados sintomáticos.

Dentre as crianças de até 10 anos sintomáticas, foi solicitado baciloscopia a 36,4% (n=4) sendo que 27,3% (n=3) realizaram o exame. Quanto ao Raio-X de tórax 45,5% (n=5) receberam a solicitação e a totalidade realizou o exame. Identificou-se com base nos achados laboratoriais uma criança com TB, a qual iniciou tratamento.

Para os indivíduos com mais de 10 anos de idade foi solicitado baciloscopia para 50% (n=19), sendo realizada por 21% (n=8) destes indivíduos. Quanto ao Raio-X de tórax houve solicitação para 34,2% (n=13), sendo que 23,7% (n=9) deles realizaram o exame. Para 10,5% (n=6) foi solicitado Raio-x de tórax e baciloscopia, destes 5,3% (n=2) fizeram os exames. Dos indivíduos nesta faixa etária que se submeteram a exames 2 foram diagnosticados com TB ativa. Em nenhuma das faixas etárias foi aplicada a prova tuberculínica.



Legenda: ASSINTOMÁTICO: foram considerados assintomáticos todos aqueles indivíduos que no momento da consulta do caso índice não apresentavam sintomas sugestivos de TB ativa, segundo informações colhidas com o paciente.

SINTOMÁTICO: foram considerados sintomáticos todos aqueles indivíduos que no momento da consulta do caso índice apresentavam sintomas sugestivos de TB ativa, segundo informações colhidas com o paciente.

Figura 2 – Fluxograma do atendimento ao contato intradomiciliar da pessoa com TB no PCT de Pelotas/RS.

Discussão

O controle dos contatos de doentes com TB deve ser considerado como uma ferramenta importante para prevenir o adoecimento e diagnosticar precocemente casos de doença ativa nesta população. Esta atividade deve ser realizada prioritariamente entre os contatos intradomiciliares dos pacientes pulmonares com baciloscopia positiva¹².

Os contatos intradomiciliares deste estudo foram predominantemente filhos e cônjuges/companheiros, caracterizando uma alta exposição ao bacilo devido à proximidade e o tipo de relação com o doente⁶. Este achado concorda com o verificado em outros estudos realizados com comunicantes intradomiciliares, sendo mais expostos aqueles com maior intensidade de contato com o caso índice^{9,14}. A faixa etária predominante foi de >10 anos e adultos, assim como foi identificado em estudo realizado em São José do Rio Preto-SP⁹, no qual foi identificada a concentração dos contatos intradomiciliares na faixa etária produtiva, entre 15 e 59 anos¹⁵.

De acordo com o IBGE¹¹, a média de habitantes por domicílio em Pelotas é de 2,9. Considerando que foram diagnosticadas 68 pessoas com TB pulmonar, estimava-se identificar 204 contatos intradomiciliares, entretanto, constataram-se nos registros 163 indivíduos, sendo 30% destes considerados como sintomáticos. Neste serviço, a investigação dos contatos não é realizada com avaliação clínica individual e sim por intermédio do que é referido pelo caso índice, assim sendo, acredita-se que possa ter ocorrido uma subnotificação de indivíduos sintomáticos entre os contatos intradomiciliares. Este achado demonstra que o acompanhamento da TB em único serviço dificulta a avaliação dos contatos, seja pela carga de trabalho imposta à equipe do PCT ou pela dificuldade de acesso dos usuários em virtude da distância entre os domicílios e o serviço de saúde.

Corroborando com este achado Tornee *et al*⁷ em estudo realizado na cidade de Bangkok na Tailândia com 325 casos índices de TB, verificou a adesão dos doentes em levar seus contatos até o serviço de TB para avaliação clínica, identificando que houve baixa adesão (52%), sendo atribuído a este resultado fatores como a pouca disponibilidade de tempo dos contatos intradomiciliares e a distância entre a residência e a clínica de TB. Esta afirmativa também pode ser atribuída a não realização dos exames diagnósticos solicitados aos contatos intradomiciliares pelo PCT, percebida principalmente na faixa etária produtiva¹⁵ que teve uma

adesão de 21% para a realização da baciloscopia, 23,7% para o Raio-x de tórax e apenas 5,3% fizeram os dois exames quando solicitados em conjunto.

Verifica-se que dos 68 grupos familiares participantes do estudo 78,5% vivem com renda familiar de até dois salários mínimos, este fator tem interferência direta na possibilidade de deslocamento dos contatos da periferia onde residem até o centro da cidade para a avaliação clínica no PCT. Em contrapartida a organização da assistência relacionada ao acompanhamento da pessoa com TB é realizada em um único serviço, com uma equipe de profissionais reduzida, o que os impossibilita de deslocarem-se para realização de visita domiciliar. Geralmente, em áreas de alta incidência, à investigação, de contatos de TB, é atribuída uma baixa prioridade, em parte por causa da carga de trabalho imposta pelos casos ativos, que são a prioridade para o tratamento em qualquer programa de controle da TB¹⁶.

Tendo em vista este panorama, verifica-se que a atenção básica é o local ideal para a avaliação dos contatos, seja por intermédio do programa de agentes comunitários de saúde ou pela estratégia de saúde da família¹². Esta afirmativa está relacionada à inserção dos profissionais na comunidade, o que facilita a abordagem e o acompanhamento efetivo dos contatos, além de não haver necessidade de deslocamento destes sujeitos de seu território para a consulta no PCT⁹. Entretanto, para que isto ocorra, é necessária uma estruturação dos serviços, com o bom funcionamento das estratégias de referência e contra-referência, com vistas a otimizar a comunicação entre o PCT e as unidades básicas de saúde. Além disso, é indispensável a capacitação das equipes da atenção básica para realizar o procedimento de investigação, com o seguimento de um protocolo único. Acredita-se que este conjunto de ações favorecerá a detecção precoce de casos repercutindo no controle da TB no município.

Para a avaliação dos contatos a conduta recomendada pelo MS os distribui em duas faixas etárias, as crianças de até dez anos e os maiores de dez anos e adultos. Para qualquer uma das categorias recomenda-se a realização da consulta clínica como indispensável para a caracterização do tipo de contato com o caso índice e a avaliação da sintomatologia. O contato pode ser considerado sintomático e ser investigado laboratorialmente com exame de escarro para TB, ou ainda ser considerado como assintomático¹².

Neste último caso procede-se para as crianças até dez anos com a realização de Raio-x de tórax e prova tuberculínica, se o resultado do exame radiológico for suspeito, indica-se investigar infecção tuberculosa ativa, entretanto, se o Raio-x estiver normal verifica-se o

resultado da Prova Tuberculínica (PT) para tratamento da infecção latente de tuberculose (ILTB). Se a prova tuberculínica originar enduração ≥ 5 mm (em crianças não vacinadas com BCG, vacinadas há mais de 2 anos ou portadoras de condição imunossupressora); ou ≥ 10 mm em crianças vacinadas com BCG há menos de 2 anos, deve-se tratar ILTB. Para os casos em que a PT não for indicativa de tratar ILTB, deve-se repeti-la em oito semanas para avaliar possível conversão¹².

Um alto percentual de crianças até dez anos foram consideradas como assintomáticas, não sendo avaliados clinicamente para confirmação da ausência de sintomas sugestivos de TB e tampouco foram realizados os exames indicados no protocolo do MS para investigação da ILTB. Este resultado é preocupante considerando-se os achados de um estudo realizado na República Democrática do Laos⁸, no qual foi verificado o risco de ILTB em crianças que convivem com doentes de TB no mesmo domicílio, verificando-se para os 72 casos índices 317 contatos intradomiciliares, sendo 46,7% deles crianças entre 0-15 anos. Os autores concluíram que o risco das crianças que conviviam com casos índices de TB desenvolverem a ILTB era de 31%. Já em um estudo transversal realizado no Peru¹⁷ com 135 crianças, verificou-se que até 50% delas desenvolveriam a doença dentro de 3 a 9 meses da infecção, entre os adolescentes 15% apresentariam a doença dentro de 1 a 2 anos da infecção, enquanto que entre os adultos infectados estima-se que 5 a 10% desenvolveriam a doença¹⁰.

Maciel *et al*¹⁸ aponta que a TB em crianças é um problema negligenciado de importante repercussão na saúde infantil, pois é nesta faixa etária que a TB apresenta maior impacto em virtude da maior morbidade e mortalidade.

Para a faixa etária de > 10 anos e adultos o MS recomenda a realização da PT para todos aqueles que no momento da avaliação clínica forem considerados assintomáticos. Com resposta da PT ≥ 5 mm, indica-se a realização do Raio-x de tórax, se este resultado for normal deve-se tratar ILTB, e se o exame radiológico for suspeito, indica-se prosseguir a investigação para TB. Se a PT for < 5 mm repetir em oito semanas, se nova PT < 5 mm, dá-se alta e orientações, e se houve a conversão da PT procede-se com a realização de Raio-x de tórax. Se o exame radiológico tiver resultado normal tratar para ILTB e, com o resultado suspeito investiga-se a forma ativa da doença¹².

Verificou-se na amostra deste estudo que não é realizada a busca ativa dos contatos intradomiciliares para avaliação clínica, o que pode estar relacionado com a forma de

organização do serviço centrada no PCT, o que gera a busca dos contatos baseada na percepção do caso índice. Foram considerados assintomáticos, a partir desta referência, 70% dos contatos de caso índice de TB, desconsiderando-se a utilização da prova tuberculínica e a realização de Raio-x de tórax para a investigação de ILTB entre os assintomáticos, cuja detecção é uma ação impreterível para controlar a disseminação da doença na comunidade⁷.

Observa-se que mesmo entre os contatos considerados como sintomáticos a solicitação de baciloscopia e de raio x de tórax foram abaixo do esperado, visto que, estes exames deveriam ser solicitados para todo o indivíduo com suspeita clínica de TB pulmonar¹², este resultado aponta para deficiência no seguimento dos protocolos de avaliação dos contatos pelo serviço em estudo.

Diante esta forma de avaliação verificou-se que 1,8% dos contatos intradomiciliares investigados no PCT foram diagnosticados com TB pulmonar ativa, sendo um indivíduo da faixa etária de crianças (≤ 10 anos) e dois na faixa etária de adolescentes e adultos (> 10 anos). Este resultado é idêntico ao identificado por Gazetta *et al*⁹ em estudo com 166 comunicantes de casos de TB. Entretanto, fica muito abaixo do verificado em estudo realizado no Rio de Janeiro¹⁴ com contatos intradomiciliares na faixa etária de 0 a 15 anos (n=184), no qual 13,6% (n=25) foram diagnosticados com TB doença. Dentre eles dezoito apresentavam sintomas, sendo a tosse o mais frequente, e sete pertenciam ao grupo de 75% (n=138) de assintomáticos da amostra, sendo possível sua detecção pela utilização da prova tuberculínica, dados epidemiológicos, clínicos e radiológicos. Ainda foram consideradas infectadas 41,3% (n=76) das crianças, dentre estas 29,4% (n=54) realizaram quimioprofilaxia por seis meses.

O estudo de Caldeira *et al*¹⁴ remete para a relevância da investigação da ILTB nos contatos por intermédio da aplicação da prova tuberculínica entre os assintomáticos. Entretanto, constatou-se que no PCT de Pelotas os contatos listados como assintomáticos não foram submetidos a este exame. Este achado pode estar relacionado a vertente que aponta falhas na utilização deste método por interferência da vacinação por BCG (bacilo de *Calmette-Guérin*) invalidando a sua aplicação¹⁹⁻²⁰. Contudo, os protocolos nacionais para o controle da TB¹² preconizam a aplicação da PT e defendem a sua eficácia, dependendo dela a indicação da quimioprofilaxia para a ILTB. Desse modo, verifica-se a necessidade da sensibilização e capacitação dos profissionais que atuam em programas de TB para a utilização deste método

diagnóstico, permitindo que a estratégia de detecção precoce de casos da doença seja cumprida¹⁸.

Considerações Finais

As limitações deste estudo estiveram relacionadas à coleta de dados de fonte secundária - prontuários dos pacientes- que, muitas vezes, apresentam problemas de completude e qualidade das informações.

Verificou-se a predominância de contatos intradomiciliares do sexo feminino, na faixa etária de maiores de dez anos e adultos, sendo o grau de parentesco mais presente o de filho. A consulta clínica dos contatos, não é realizada como rotina, utilizando-se os relatos dos casos índices para determinação de presença ou ausência de sintomas respiratórios. A solicitação de exames constitui-se de Raio-x de tórax e baciloscopia, sendo desconsiderada a utilização da prova tuberculínica como determinante na identificação da ILTB. Percebe-se que há baixa adesão dos contatos na realização dos exames solicitados pelo PCT, principalmente na faixa etária acima de dez anos e adultos. Do total de contatos mencionados nos registros dos prontuários um baixo percentual foi identificado com TB doença.

Os resultados evidenciam que a investigação dos contatos intradomiciliares de TB em Pelotas apresenta fragilidades relacionadas primeiramente a forma como os contatos são caracterizados como sintomáticos ou assintomáticos, tomando-se como referência a interpretação do caso-índice, seguida pela falta de padronização da realização de exames diagnósticos entre os sintomáticos e a ausência da aplicação da PT para avaliar a ILTB. Alia-se a estes fatores a atenção a TB ser realizada em um único serviço localizado no centro da cidade.

Dessa forma, a atenção aos contatos intradomiciliares em Pelotas necessita ser repensada no intuito de desenvolver uma política local de atenção primária, comprometida com o doente e seus contatos, visando facilitar o diagnóstico precoce, a avaliação clínica adequada dos contatos e a interrupção da cadeia de transmissão da TB em tempo oportuno, repercutindo sobre as taxas de incidência e o conseqüente controle desta patologia. Pensa-se que apenas descentralizar não seja suficiente, sendo necessário instituir uma política de capacitação permanente das equipes de profissionais que atenderão à TB no município no

intuito de prepará-los para o desenvolvimento de ações seguindo criteriosamente os protocolos propostos pelo MS.

Por fim acredita-se que os achados do estudo trazem à tona a necessidade da realização de novas pesquisas que investiguem as fragilidades identificadas na atenção aos contatos intradomiciliares, tendo-se como fonte os profissionais de saúde do município e os contatos de pessoas com tuberculose.

Referências

1. WHO. Global tuberculosis control: WHO report 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564069_eng.pdf
2. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa nacional de controle da tuberculose. Situação de controle da tuberculose no Brasil: dia mundial de luta contra a tuberculose. 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apres_padrao_pnct_2011.pdf
3. Brasil. SINAN/SVS/MS. Série histórica de incidência de tuberculose. Brasil, regiões e unidades federadas de residência por ano de diagnóstico (1990 a 2010). 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/taxa_incidencia_tb_1990_2009_21_03_2011.pdf
4. Brasil. SINANET/SINANW - Vigilância Epidemiológica, Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas/RS. Mar/2010.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças Infecciosas e Parasitárias: guia de bolso. 8ª edição revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 448p.
6. Melo FAF, Afiune JB, Hijjar MA, Gomes M, Rodrigues DSS, Klautau GB. Tuberculose. In: Focaccia R, Veronesi R. Tratado de Infectologia. 3ª edição. Editora Atheneu; 2005. p.1139-206
7. Tornee S, Kaewkungwal J, Fungladda W, Lachamroon U, Akarasewi P, Sunakor P. Factors Associated With The Household Contact Screening Adherence Of Tuberculosis Patients. Southeast Asian J Tropmed public health 2005; 36(2):331-40. Disponível em: http://www.tm.mahidol.ac.th/seameo/2005_36_2/08-3496.pdf
8. Nguyen TH, Odermatt P, Slesak G, Barennes H. Risk of latent tuberculosis infection in children living in households with tuberculosis patients: a cross sectional survey in remote northern Lao People's Democratic Republic. BMC Infectious Diseases 2009; 9:96

9. Gazetta C, Ruffino-Netto A, Neto JMP, Santos MLSG, Cury MRCO, Vendramini SHF, Villa TCS. O controle de comunicantes de tuberculose no programa de controle da tuberculose em um município de médio porte da Região Sudeste do Brasil, em 2002. *J Bras Pneumol* 2006; 32(6):559-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1806-37132006000600014&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 mar. 2010.
10. Hartwig SV, Ignotti E, Oliveira BF, Pereira HC, Scatena JH. Evaluation of surveillance of contacts of new tuberculosis cases in the state of Mato Grosso - Brazil. *J Bras Pneumol* 2008; 34(5):298-303.
11. IBGE. Instituto brasileiro de geografia e estatística [Online] // IBGE Cidades. - 2010. - 28 de junho de 2011. - <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose 2010. [internet]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde [Online] // Diretrizes e Normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo Seres Humanos: Resolução 196/96. - Ministério da Saúde. Brasília(DF), 1996. - 29 de junho de 2011. - <http://conselho.saude.gov.br/comissao/conecp/resolucao.html>.
14. Caldeira ZMR, Sant'Anna CC, Aidé MA. Controle de crianças e adolescentes comunicantes de tuberculosos, Rio de Janeiro, RJ. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(3):339-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n3/20648.pdf>
15. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde no Brasil (IDB). Ficha de qualificação do Indicador: demográficos - razão de dependência 2009. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_A.16.pdf> Acesso em 14 Ago. 2011.
16. Morrison J, Pai M, Hopewell CP. Tuberculosis and latent tuberculosis infection in close contacts of people with pulmonary tuberculosis in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2008; 8(6):359-68
17. Salazar GE et al. Pulmonary tuberculosis in children in a developing country. *Pediatrics* 2001; 108:448-453.
18. Maciel ELN, Vieira LWH, Molina LPD, Alves R, Prado TN, Dietze R. Juvenile household contacts aged 15 or younger of patients with pulmonary TB in the greater metropolitan area of Vitória, Brazil: a cohort study. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(4): 359-366.
19. Leung CC, Yew WW, Tam CM, Chan CK, Chang KC, Law WS, Lee SN, Wong MY, Au KF. Tuberculin response in BCG vaccinated schoolchildren and the estimation of annual

risk of infection in Hong Kong. *Thorax*. 2005; 60(2):124–129. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1747293/pdf/v060p00124.pdf>>. Acesso em: 2 Out. 2011.

20. Wang L, Turner M O, Elwood R K, Schulzer M, FitzGerald J M. A meta-analysis of the effect of Bacille Calmette Guérin vaccination on tuberculin skin test measurements. *Thorax* 2002;57:804–809. Disponível em: <<http://thorax.bmj.com/content/57/9/804.full.pdf>> Acesso em: 3 out. 2011.

IV APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados do Prontuário da pessoa com tuberculose em tratamento no PCT - Conduta do PCT			
Pesquisadora: _____		Nquest __	
		Data: ____/____/____	
Bloco A – Identificação do usuário			
Nome do caso-índice: _____			
Possui registro de familiares investigados () Sim () Não		finv_	
Número de familiares __		nfam __	
Bloco B – Familiares do caso-índice			
Grau de parentesco do familiar com o caso-índice		Fam1__	Fam5 __
(01) Pais	(04) Avós	Fam2 __	Fam6 __
(02) Filho	(05) Neto	Fam3 __	Fam7 __
(03) Irmão	(06) Outro.	Fam4 __	Fam8 __
Qual? _____			
Idade em anos completos (999 ignorado)		ldf1 ___	ldf5 ___
Familiar1 ___	Familiar5 ___	ldf2 ___	ldf6 ___
Familiar2 ___	Familiar6 ___	ldf3 ___	ldf7 ___
Familiar3 ___	Familiar7 ___	ldf4 ___	ldf8 ___
Familiar4 ___	Familiar8 ___		
Sexo do familiar			
Fam1 (0) Masculino (1) Feminino	Fam5 (0) Masculino (1) Feminino	sexf1 _	sexf5 _
Fam2 (0) Masculino (1) Feminino	Fam6 (0) Masculino (1) Feminino	sexf2 _	sexf6 _
Fam3 (0) Masculino (1) Feminino	Fam7 (0) Masculino (1) Feminino	sexf3 _	sexf7 _
		sexf4 _	sexf8 _

Fam4 (0) Masculino (1) Feminino	Fam8 (0) Masculino (1) Feminino		
Foi solicitado exame de escarro para os familiares		sbkf1 _	sbkf5 _
Familiar 1 (0) Não (1) Sim	Fam5- (0) Não (1) Sim (9) IGN	sbkf2 _	sbkf6 _
Familiar 2 (0) Não (1) Sim	Fam6- (0) Não (1) Sim (9) IGN	sbkf3 _	sbkf7 _
Familiar 3 (0) Não (1) Sim	Fam7- (0) Não (1) Sim (9) IGN	sbkf4 _	sbkf8 _
Familiar 4 (0) Não (1) Sim	Fam8- (0) Não (1) Sim (9) IGN		
Foi solicitado exame de Raio X para os familiares		sbkf1 _	sbkf5 _
Familiar 1 (0) Não (1) Sim	Fam5- (0) Não (1) Sim (9) IGN	sbkf2 _	sbkf6 _
Familiar 2 (0) Não (1) Sim	Fam6- (0) Não (1) Sim (9) IGN	sbkf3 _	sbkf7 _
Familiar 3 (0) Não (1) Sim	Fam7- (0) Não (1) Sim (9) IGN	sbkf4 _	sbkf8 _
Familiar 4 (0) Não (1) Sim	Fam8- (0) Não (1) Sim (9) IGN		
Foi solicitado PPD		sbkf1 _	sbkf5 _
Familiar 1 (0) Não (1) Sim	Fam5- (0) Não (1) Sim (9) IGN	sbkf2 _	sbkf6 _
Familiar 2 (0) Não (1) Sim	Fam6- (0) Não (1) Sim (9) IGN	sbkf3 _	sbkf7 _
Familiar 3 (0) Não (1) Sim	Fam7- (0) Não (1) Sim (9) IGN	sbkf4 _	sbkf8 _
Familiar 4 (0) Não (1) Sim	Fam8- (0) Não (1) Sim (9) IGN		
O familiar realizou Exame de Escarro		f1bk __	f5bk __
Fam 1- (0) Não (1) Sim (9) IGN	Fam5- (0) Não (1) Sim (9) IGN	f2bk __	f6bk __
Fam 2- (0) Não (1) Sim (9) IGN	IGN	f3bk __	f7bk __
Fam 3- (0) Não (1) Sim (9) IGN	Fam6- (0) Não (1) Sim (9) IGN	f4bk __	f8bk __
Fam 4- (0) Não (1) Sim (9) IGN	IGN		
	Fam7- (0) Não (1) Sim (9) IGN		
	Fam8- (0) Não (1) Sim (9) IGN		

<p>O familiar realizou Raio X de tórax.</p> <p>Fam 1- (0) Não (1) Sim (9) IGN Fam5- (0) Não (1) Sim (9) Fam 2- (0) Não (1) Sim (9) IGN IGN Fam 3- (0) Não (1) Sim (9) IGN Fam6- (0) Não (1) Sim (9) Fam 4- (0) Não (1) Sim (9) IGN IGN Fam7- (0) Não (1) Sim (9) IGN Fam8- (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>f1rx __ f2rx __ f3rx __ f4rx __</p>	<p>f5rx __ f6rx __ f7rx __ f8rx __</p>
<p>O familiar realizou PPD</p> <p>Fam 1- (0) Não (1) Sim (9) IGN Fam5- (0) Não (1) Sim (9) Fam 2- (0) Não (1) Sim (9) IGN IGN Fam 3- (0) Não (1) Sim (9) IGN Fam6- (0) Não (1) Sim (9) Fam 4- (0) Não (1) Sim (9) IGN IGN Fam7- (0) Não (1) Sim (9) IGN Fam8- (0) Não (1) Sim (9) IGN</p>	<p>f1ppd __ f2ppd __ f3ppd __ f4ppd __</p>	<p>f5ppd __ f6ppd __ f7ppd __ f8ppd __</p>
<p>Conduta adotada para o familiar</p> <p>Fam1- (0) descartado (1) Observar (2) BCG (3) Tto ILTB (4) Tto para TB Fam2- (0) descartado (1) Observar (2) BCG (3) Tto ILTB (4) Tto para TB Fam3- (0) descartado (1) Observar (2) BCG (3) Tto ILTB (4) Tto para TB Fam4- (0) descartado (1) Observar (2) BCG (3) Tto ILTB (4) Tto para TB Fam5- (0) descartado (1) Observar (2) BCG (3) Tto ILTB (4) Tto para TB Fam6- (0) descartado (1) Observar (2) BCG (3) Tto ILTB (4) Tto</p>	<p>f1cta __ f2cta __ f3cta __ f4cta __ f5cta __ f6cta __ f7cta __ f8cta __</p>	

para TB

Fam7- (0) descartado (1) Observar (2) BCG (3) Tto ILTB (4) Tto

para TB

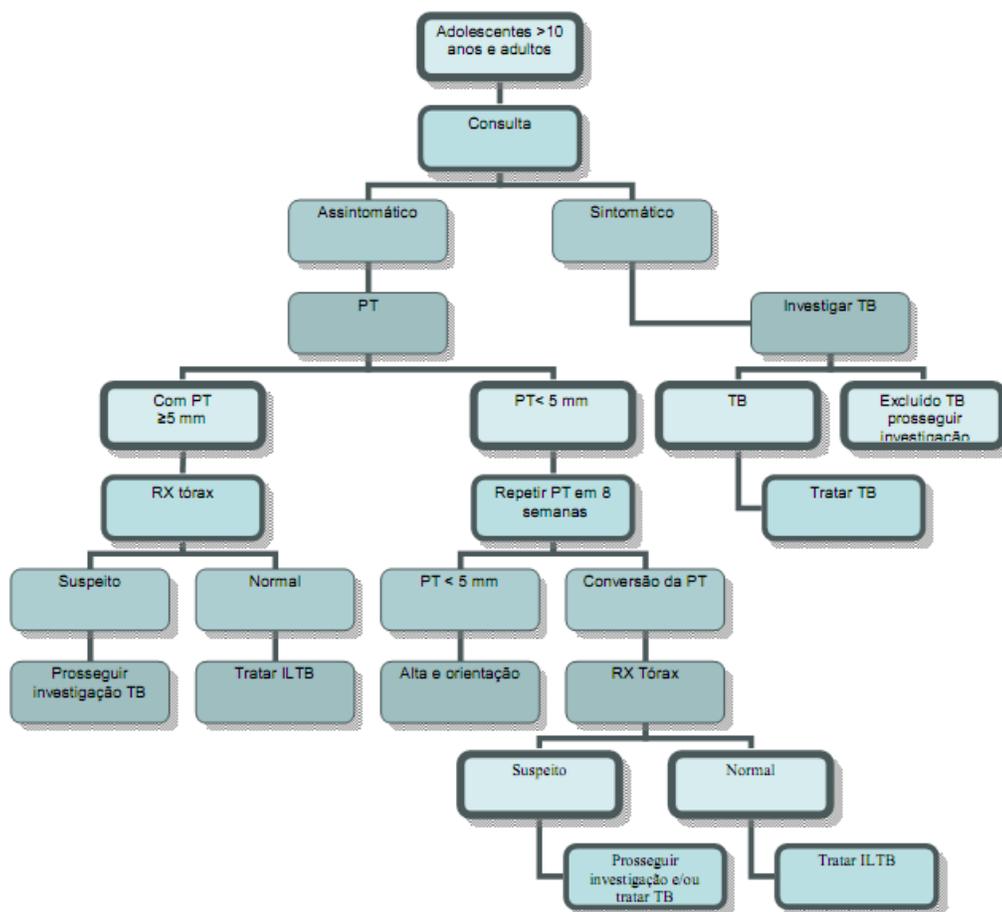
Fam8- (0) descartado (1) Observar (2) BCG (3) Tto ILTB (4) Tto

para TB

V ANEXOS

ANEXO I

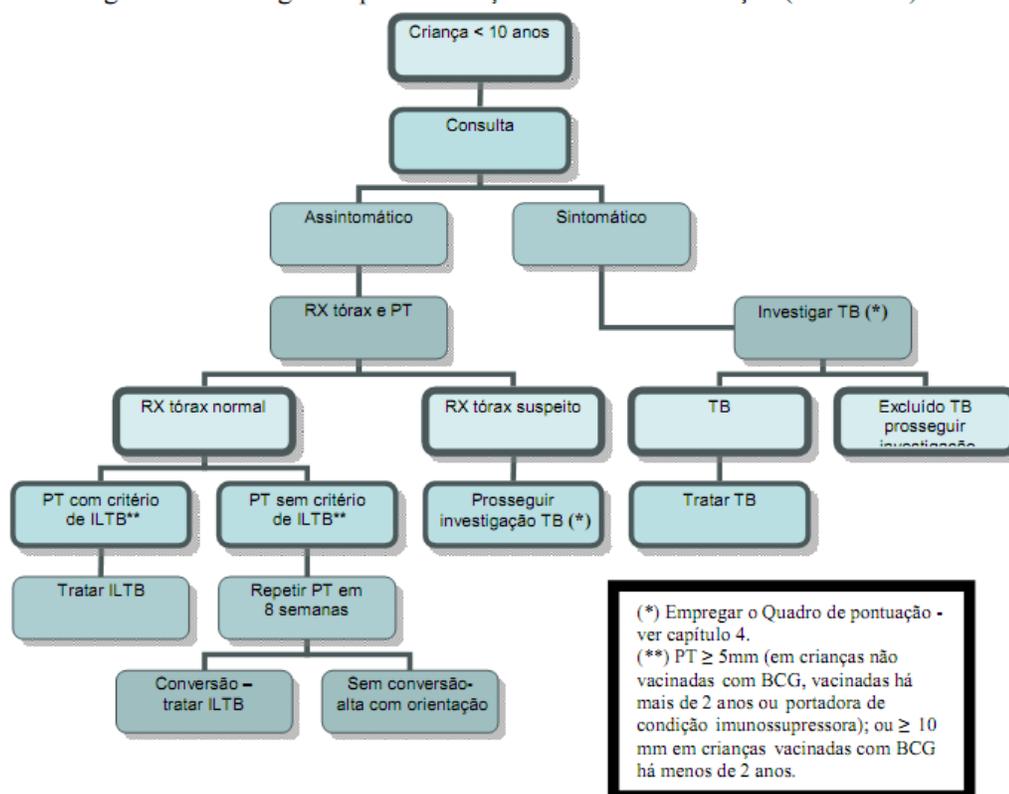
Figura 1 – Fluxograma para investigação de contatos adultos e adolescentes (>10 anos)



Fonte: Brasil, 2010b.

ANEXO II

Figura 2 – Fluxograma para avaliação de contatos crianças (< 10 anos).



Fonte: Brasil, 2010b.

ANEXO III

Projeto “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas”

O projeto “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas” foi aprovado e financiado pelo MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT Nº 034/2008 575386/2008-8, e é coordenado pela Prof^a.Dr^a. Roxana Isabel Cardozo Gonzáles, tendo por objetivo avaliar as causas de retardo no diagnóstico da TB no município de Pelotas-RS. Está vinculado ao estudo multicêntrico, denominado “Retardo no diagnóstico da TB: análise das causas em diferentes regiões do Brasil”, sob coordenação da Prof^a Dr^a Tereza Cristina Scatena Villa.

Foi utilizado como referencial teórico metodológico as categorias básicas da avaliação da qualidade de serviços de saúde: estrutura-processo-resultado, proposta por Donabedian (1996), Starfield (2002), Tanaka e Melo (2004) e Hartz (2008)⁹.

Será realizado um inquérito epidemiológico prospectivo, desenvolvido em três regiões do país: Nordeste (Bayeux - PB, Feira de Santana - BA); Sudeste (Ribeirão Preto - SP, São José do Rio Preto - SP, Área Programática 1 do Rio de Janeiro - RJ; Vitória – ES) e Sul (Foz do Iguaçu – PR; Pelotas – RS). Para contemplar os objetivos, serão coletados dados de fontes primárias (por meio de entrevistas com doentes, profissionais, gestores e representantes da sociedade civil organizada) e secundárias (prontuários e sistemas de informação - Sinan, WEB-TB, HYGIA). Será utilizado abordagem quanti-qualitativa.

⁹ DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care*, v.8, p 401–407, 1996.

HARTZ, Z. M. A. **Metas – avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde /Unesco, 2002.

TANAKA, O.Y.; MELO, C.M.M. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa, pp. 121-136. In: BOSI, M.L.L.; MERCADO, F.J. (Org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

O processo de amostragem foi aleatório simples para as categorias profissionais de saúde e gestores. Para os doentes, utilizou-se uma amostragem por conveniência.

O tamanho da amostra estimada de doentes de TB calculada através do programa *Statistica* (usando os comandos *Several means, ANOVA, 1-Way*) e considerando os parâmetros: número de municípios = 7; probabilidade do erro tipo I = 0,05; probabilidade do erro tipo II = 0,20 e erro amostral = 0,2; foi de 58 informantes para cada município. Prevendo-se uma taxa de não resposta de aproximadamente 20%, calculou-se 70 doentes para cada município, totalizando 490. O município de Bayeux-PB, com menor número de doentes que os demais, não foi considerado neste cálculo e terá como amostra todos os doentes em tratamento no período de coleta de dados.

Este projeto de pesquisa tem ainda a proposta de utilizar métodos de análise de dados não inferenciais multivariados que utilizam um número mínimo de 50 observações (informantes) e, preferencialmente, maior ou igual a 100 (HAIR et al., 2005)¹⁰. Desta forma, o tamanho da amostra de doentes inicialmente prevista de 70 doentes será acrescida de 30 doentes para cada município para atender esta proposta.

Para a análise qualitativa dos dados, serão entrevistados 20 informantes de cada categoria.

O instrumento de coleta de dados dos doentes de TB contempla questões referentes às características sócio-demográficas e questões que procuram recuperar o trajeto do mesmo desde o momento em que apresentou sinais e sintomas da TB, se sentiu doente, desejando obter cuidado de saúde até a procura pelos serviços de saúde, o diagnóstico e início do tratamento, buscando identificar aspectos relacionados ao retardo do diagnóstico por parte do doente e do serviço de saúde. Além de contemplar questões referentes ao diagnóstico na família e comunidade.

¹⁰ HAIR JUNIOR, J.F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L. et al. **Análise Multivariada de Dados**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

Um índice composto será determinado para cada grupo de indicadores (sócio-culturais, organizacionais, econômicos e geográficos) utilizando a somatória de todas as respostas de todos os doentes entrevistados do grupo e dividido pelo total de respondentes.

Este índice representará o desempenho de cada grupo de indicadores. O desempenho será classificado segundo os valores obtidos dos indicadores. Aos valores próximos de 1 e 2 será estipulado a classificação de desempenho não-satisfatório, próximo de 3, regular e próximo de 4 e 5, satisfatório.

Os indicadores serão analisados individualmente, por categoria de informantes, comparados entre diferentes unidades de saúde e entre municípios. Serão utilizadas técnicas de estatística descritiva, testes de hipóteses quanto à semelhança ou diferença destes indicadores utilizando Análise de Variância, Teste Qui-quadrado para associação entre variáveis independentes, Análise Fatorial de Correspondência Múltipla para avaliar as possíveis associações entre as variáveis categóricas do questionário e/ou diferentes municípios e Análise de Regressão Logística Multivariada para determinar as variáveis associadas ao retardo no diagnóstico.

A confiabilidade dos indicadores será analisada através da técnica estatística de Alpha de Cronbach. Serão georreferenciados os locais de diagnóstico de TB e a moradia do doente para determinar se as Unidades de Atenção Primária à Saúde (EBS/PSF/PACS) da área de abrangência do doente promovem maior acesso ao diagnóstico da TB. Além disso, serão georreferenciados os locais de tratamento da TB e a moradia do doente para identificar se as Unidades de Atenção Primária à Saúde (EBS/PSF/PACS) da área de abrangência do doente promovem maior acesso ao tratamento da TB.

ANEXO IV**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
GRUPO DE ESTUDOS OPERACIONAIS EM TUBERCULOSE****DECLARAÇÃO****Pelotas, 18 de novembro de 2010**

Declaro para os devidos fins que **LÍLIAN MOURA DE LIMA**, Enfermeira do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, é membro do Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose da mesma instituição, o qual desenvolveu a pesquisa “Retardo do diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas”, sobre minha coordenação. Assim sendo está autorizada a utilizar parte dos dados coletados para elaborar sua dissertação de mestrado intitulada: “**Controle da tuberculose na família: avaliação dos serviços de saúde de Pelotas/RS, na percepção do doente**”, sob minha co-orientação e orientação da Profª. Drª. Eda Schwartz.

Profª Drª Roxana Isabel Cardozo Gonzales

Coordenadora geral da pesquisa

ANEXO V

Instrumento de coleta de dados

Número do questionário: _____	Município: _____

Responsável pela coleta de dados: _____	Data da coleta de dados: ____/____/____
Digitador: _____	Data da digitação: ____/____/____
Local da coleta: _____	
Horário de início da entrevista: _____ Horário de término da entrevista: _____	
Recusa da entrevista <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Justificar: _____	

A. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DO PACIENTE

1.	Iniciais: _____						
2.	Sexo: 1- <input type="checkbox"/> Feminino 2- <input type="checkbox"/> Masculino						
3.	Idade: _____						
4.	Endereço Completo: _____						
5.	Raça/Cor	1 <input type="checkbox"/> Branco	2 <input type="checkbox"/> Negro	3 <input type="checkbox"/> Pardo	4 <input type="checkbox"/> Amarelo	5 <input type="checkbox"/> Indígena	
6.	Estado civil	Solteiro 1 <input type="checkbox"/>	Casado/ União Estável 2 <input type="checkbox"/>	Separado / Divorciado 3 <input type="checkbox"/>	Viúvo 4 <input type="checkbox"/>	Outro _____ 5 <input type="checkbox"/>	
7.	Crença ou religião	Sem religião 1 <input type="checkbox"/>	Católica 2 <input type="checkbox"/>	Evangélica 3 <input type="checkbox"/>	Espírita 4 <input type="checkbox"/>	Umbanda/Cand omblé 5 <input type="checkbox"/>	Outras _____ 6 <input type="checkbox"/>
8.	Até que série o(a) Sr.(a) estudou?	Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/>	1ª fase do ensino fundamental (incompleto) 2 <input type="checkbox"/>	1ª fase do ensino fundamental (completo) 3 <input type="checkbox"/>	2ª fase do ensino fundamental(inc ompl.); 4 <input type="checkbox"/>	2ª fase do ensino fundamental (completo) 5 <input type="checkbox"/>	

	_____	Ensino Médio (incompleto) 6 <input type="checkbox"/>	Ensino médio (completo) 7 <input type="checkbox"/>	Ensino superior (incompleto) 8 <input type="checkbox"/>	Ensino superior (completo) 9 <input type="checkbox"/>			
9.	Na atual situação o(a) Sr(a) se considera:	Desempreg ado(a) 1 <input type="checkbox"/>	Empregad o(a) 2 <input type="checkbox"/>	Autônom o 3 <input type="checkbox"/>	Do lar 4 <input type="checkbox"/>	Estudante 5 <input type="checkbox"/>	Aposenta do 6 <input type="checkbox"/>	Afastado 7 <input type="checkbox"/>
10.	Qual renda mensal da família? _____			11	Número de pessoas que dependem dessa renda: _____			
12.	O local onde o(a) Sr(a) vive é:	1 <input type="checkbox"/> Casa		2 <input type="checkbox"/> Instituição (asilar/ abrigo)		3 <input type="checkbox"/> Morador de rua		
13.	Zona	Urbana 1 <input type="checkbox"/> Rural 2 <input type="checkbox"/>						
B. PORTA DE ENTRADA								
14.	Antes de ficar doente de tuberculose qual era o primeiro local que o(a) Sr(a) procurava quando ficava doente?			1- <input type="checkbox"/> Locais religiosos/benedeiras 2- <input type="checkbox"/> Farmácia 3- <input type="checkbox"/> Serviços de saúde Especificar: _____ 4- <input type="checkbox"/> Outros Especificar: _____ _____ (se o doente responder nenhum, especificar em outros)				
15.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) para fazer algum controle preventivo (vacinar, medir pressão, exames de rotina)?			1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre				
16.	Qual o nome do serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a)			Nome: _____ _____				

	costuma procurar para consulta/exames de rotina?	<p>1 <input type="checkbox"/> - UBS; 2 <input type="checkbox"/> - UBS/PACS; 3 <input type="checkbox"/> - USF; 4 <input type="checkbox"/> - Pronto Atendimento; 5 <input type="checkbox"/> - Ambulatório de Referência; 7 <input type="checkbox"/> - Hospital Público; 8 <input type="checkbox"/> - Hospital Privado; 9 <input type="checkbox"/> - Consultório particular; 10 <input type="checkbox"/> - Outros</p> <p>Especificar _____</p> <p>_____</p> <p>0 <input type="checkbox"/> - Não sabe;</p> <p>99 <input type="checkbox"/> - Não se aplica (caso não nunca procure nenhum SS para consulta/exames de rotina)</p> <p>(preenchida pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)</p>
17.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) procurava o serviço de saúde (postinho, PA...) mais próximo de sua casa?	<p>1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre</p>
18.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) recebia visita de algum profissional de saúde na sua casa?	<p>1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre</p>
19.	Com que frequência o(a) Sr(a) via propagandas/campanhas/trabalhos educativos sobre a tuberculose antes de saber que estava doente?	<p>1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre</p>
20.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) fazia uso de bebidas alcoólicas ?	<p>1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca</p>

21.	Antes de ficar doente de tuberculose com que frequência o(a) Sr(a) fazia uso do cigarro ?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
22.	Antes de ficar doente de tuberculose , alguém da sua família já havia feito tratamento para tuberculose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
23.	O(a) Sr(a) já fez tratamento preventivo para tuberculose? (quimioprofilaxia)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe
24.	Antes de ficar doente da tuberculose , como era o conhecimento do(a) Sr(a) sobre a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim; 2- <input type="checkbox"/> Ruim; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Bom; 5- <input type="checkbox"/> Muito bom
25.	O que o(a) Sr(a) sentia (sintomas) quando começou a ficar doente de tuberculose?	
26.	Estes sintomas que o(a) Sr(a) sentia eram?	1 - <input type="checkbox"/> Muito fraco; 2 - <input type="checkbox"/> Fraco; 3 - <input type="checkbox"/> Moderado; 4- <input type="checkbox"/> Forte; 5 - <input type="checkbox"/> Muito forte
27.	Quando o(a) Sr(a) começou a perceber que estava doente , quantos dias demorou para procurar o primeiro serviço de saúde? _____ DIAS	
28.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente , procurou o serviço de saúde (postinho, PA...) mais perto de sua casa?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
29.	Qual foi o primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a perceber que estava doente? 29.a. Nome:	

	<p>29.b. Endereço:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)</p> <p>29.c. Tipo: 1-<input type="checkbox"/> UBS; 2-<input type="checkbox"/> UBS/PACS; 3-<input type="checkbox"/> USF; 4-<input type="checkbox"/> Ambulatório de Referência; 5-<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento; 6-<input type="checkbox"/> Hospital Público; 7-<input type="checkbox"/> Hospital Privado; 8-<input type="checkbox"/> Consultório particular 9-<input type="checkbox"/> Outros Especificar _____ 0-<input type="checkbox"/> Não sabe; (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)</p>
30.	<p>Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente, quantos dias demorou para conseguir uma consulta no primeiro serviço de saúde? _____ DIAS</p>
<p>C. ACESSO AO DIAGNÓSTICO</p>	
31.	<p>O que o profissional de saúde que o atendeu na primeira vez em que foi até o serviço de saúde falou que o(a) Sr(a) tinha?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
32.	<p>O primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a ficar doente pediu os exames:</p> <p>32.a. Exame de escarro (catarro): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>32.b. Exame de raio-X (chapa do pulmão): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>32.c. Outros exames. Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>
33.	<p>O primeiro serviço de saúde (postinho, PA...) que o(a) Sr(a) procurou quando começou a ficar doente o encaminhou à outro serviço</p> <p>33.a. Consulta médica com outro profissional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>33.b. Fazer o exame de escarro: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (caso a suspeita seja TB extrapulmonar)</p>

	para:	33.c. Fazer o raio-X: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica (caso a suspeita seja TB extrapulmonar) 33.d. Fazer o outros exames <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
34.	Quando o(a) Sr(a) começou a ficar doente, QUANTAS VEZES precisou ir ao(s) serviço(s) de saúde para descobrir que tinha TB? _____	
35.	Depois que o(a) Sr(a) foi ao serviço de saúde (postinho, PA...) pela primeira vez, quantos dias levou para descobrir que tinha TB? _____ DIAS	
36.	Qual foi o serviço de saúde que descobriu (diagnosticou) que o(a) Sr.(a) estava doente de TB? 36.a. Nome: _____ _____ 36.b. Endereço: _____ _____ (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado) 36.c. Tipo: 1- <input type="checkbox"/> UBS; 2- <input type="checkbox"/> UBS/PACS; 3- <input type="checkbox"/> USF; 4- <input type="checkbox"/> Ambulatório de Referência; 5- <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento; 6- <input type="checkbox"/> Hospital Público; 7- <input type="checkbox"/> Hospital Privado; 8- <input type="checkbox"/> Consultório particular 9- <input type="checkbox"/> Outros Especificar _____ 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; (preenchido pelo entrevistador após a resposta do entrevistado)	
37.	No serviço de saúde que descobriu a tuberculose, o(a) Sr(a) conseguiu consulta no prazo de 24 horas?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
38.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto durante os fins de semana?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
39.	O serviço de saúde que descobriu a tuberculose fica aberto depois das	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase

	18:00 horas pelo menos um dia durante a semana?	sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
40.	Com que frequência o(a) Sr(a) perdeu o turno de trabalho ou algum compromisso para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase Sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase Nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
41.	Como é a distância do serviço de saúde que descobriu a tuberculose até a casa do(a) Sr(a)?	1- <input type="checkbox"/> Muito distante; 2- <input type="checkbox"/> Distante; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Próximo; 5- <input type="checkbox"/> Muito próximo
42.	Qual foi o meio de transporte mais utilizado pelo(a) Sr(a) para ir até o serviço de saúde para descobrir a TB?	Especificar: _____ _____
43.	Com que frequência o(a) Sr(a) precisou utilizar transporte motorizado para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
44.	O(a) Sr(a) gastou dinheiro com o transporte para ir até o serviço de saúde para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
45.	O(a) Sr(a) teve que pagar alguma quantia para ser atendido ou realizar exames no serviço de saúde que descobriu a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
46.	O(a) Sr(a) necessitou de ajuda financeira para realizar as consultas e exames para descobrir que tinha tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca
47.	Como o(a) Sr(a) foi o atendimento dos profissionais do serviço de saúde que	1- <input type="checkbox"/> Muito ruim; 2- <input type="checkbox"/> Ruim; 3- <input type="checkbox"/> Regular; 4- <input type="checkbox"/> Bem; 5- <input type="checkbox"/> Muito bem

	descobriu a tuberculose?	
D. ELENCO DE SERVIÇOS PARA O DIAGNÓSTICO		
48.	Todos os exames pedidos para o(a) Sr(a) foram realizados no serviço que descobriu a tuberculose?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
49.	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose perguntou se o(a) Sr(a) tinha alguma dificuldade de transporte para realizar/entregar os exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
50.	Com que frequência o profissional do serviço que descobriu a tuberculose ofereceu transporte e/ou vale transporte para a realização/entrega dos exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
51.	O(a) Sr(a) recebeu orientação para a realização dos exames?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
52.	Com que frequência faltou materiais (pote de escarro, etc) para a realização dos exames no serviço que descobriu a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
53.	O(a) Sr(a) teve dificuldade para entregar o pote de escarro no serviço que descobriu a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Sempre; 2- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 5- <input type="checkbox"/> Nunca; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (caso não tenha feito exame de escarro)
54.	O(a) Sr(a) recebeu os resultados dos exames realizados:	54.a. No serviço de saúde que fez o pedido dos exames 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 54.b. Em outro serviço de saúde. Especificar:

		1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
E. TRATAMENTO		
55.	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha TB, quantos dias demorou para começar a fazer o tratamento? _____ DIAS <input type="checkbox"/> Não sabe	
F. DIAGNÓSTICO NA FAMÍLIA E COMUNIDADE		
56.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose perguntaram se as pessoas que moram com o(a) Sr(a) tem tosse, febre, emagrecimento?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
57.	Depois que o(a) Sr(a) descobriu que tinha tuberculose, recebeu visita de algum profissional de saúde em sua moradia?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre
58.	As pessoas que moram com o(a) Sr(a) foram avaliadas com:	58.a. Exame de escarro (catarro) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua) 58.b. Raio X (chapa do pulmão) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)

		58.c. PPD (exame na pele) 1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
59.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram com as pessoas que moram com o(a) Sr(a) sobre a tuberculose?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
60.	Os profissionais do serviço que descobriu a tuberculose conversaram sobre as condições de vida das pessoas que moram com o(a) Sr(a) (emprego, moradia, saneamento básico)?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre 0- <input type="checkbox"/> Não sabe; 99- <input type="checkbox"/> Não se aplica (para as pessoas que moram sozinhas, instituições ou rua)
61.	O(a) Sr(a) observava visitas dos profissionais da unidade de saúde na sua vizinhança para perguntar se as pessoas tem tosse?	1- <input type="checkbox"/> Nunca; 2- <input type="checkbox"/> Quase nunca; 3- <input type="checkbox"/> Às vezes; 4- <input type="checkbox"/> Quase sempre; 5- <input type="checkbox"/> Sempre; 0- <input type="checkbox"/> Não sabe
G. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE A ATENÇÃO À TB (FONTES SECUNDÁRIAS – coletar após a entrevista)		
FONTES DE COLETA DE DADOS:		
62.	Nº SINAN ou WEB-TB:	63 Prontuário:
64.	Serviço responsável pelo diagnóstico 64.a Nome: _____ _____	

64.b. Endereço:		_____	
64.c. Horário de atendimento:		_____	
64.d. Tipo de Serviço de Saúde:			
1 <input type="checkbox"/> UBS			
2 <input type="checkbox"/> UBS/PACS			
3 <input type="checkbox"/> USF			
4 <input type="checkbox"/> Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose.			
Especificar _____			
5 <input type="checkbox"/> Hospital público			
6 <input type="checkbox"/> Hospital privado			
7 <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento			
8 <input type="checkbox"/> Consultório Particular			
9 <input type="checkbox"/> Outro.			
Especificar _____			
65.	Data do diagnóstico:		
66.	Exames realizados	66.a. Baciloscopia <input type="checkbox"/>	66.e. Biópsia <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
		Sim <input type="checkbox"/> Não	Não
		66.b. PPD <input type="checkbox"/>	66.f. Cultura de escarro <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
		Sim <input type="checkbox"/> Não	Não
		66.c. Raio X <input type="checkbox"/>	66.g. anti-HIV <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>
		Sim <input type="checkbox"/> Não	Não
		66.d. Outros: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
67.	Forma Clínica da TB	67.a. Pulmonar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	67.b. Extrapulmonar: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
68.	Tipo de caso	68.a. Caso novo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

		68.b. Recidiva	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
		68.c. Retratamento	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
		68.d. Tratamento após abandono	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
69.	Co-infecção pelo HIV		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
70.	<p>Serviço responsável pela consulta médica de controle especializada do Programa de Controle da Tuberculose;</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose;</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Serviço de Atenção Básica com equipes generalistas</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Outro</p> <p>(_____)</p> <p>71.a. Nome: _____</p> <p>71.b. Endereço: _____</p> <p>71.c. Horário de atendimento médico aos doentes de TB: _____</p>				
71.	Data de início do tratamento:				
72.	Tempo de Tratamento Medicamentos	< 1 mês	1 <input type="checkbox"/>	> 6 Meses até 9 Meses	4 <input type="checkbox"/>
		> 1 Mês até 3 Meses	2 <input type="checkbox"/>	> 9 Meses	5 <input type="checkbox"/>
		> 3 Meses até 6 Meses	3 <input type="checkbox"/>		
73.	Faz tratamento supervisionado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
74.	<p>Serviço responsável pelo tratamento supervisionado/ auto-administrado</p> <p>1 <input type="checkbox"/> Serviço de saúde com equipe especializada do Programa de Controle da Tuberculose;</p> <p>2 <input type="checkbox"/> Serviço de Atenção Básica com equipes generalistas</p> <p>3 <input type="checkbox"/> Outro</p>				

	(_____)
	74.a Nome: _____
	74.b. Endereço: _____
	74.c. Horário de realização do TS: _____

ANEXO VI



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2009/04

Título do projeto: *"Retardo no diagnóstico da tuberculose: análise das causas em Pelotas/RS - Brasil"*

Investigador(a) principal: Roxana Isabel Cardozo Gonzales

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 18 de junho de 2009, ata nº 05.

A avaliação foi realizada pelos membros do comitê, baseada na análise minuciosa do projeto, apresentada por um dos membros.

Outrossim, informamos que é obrigatório a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 23 de junho de 2009


Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro
Coordenador CEP/UCPel

ANEXO VII

TERMODE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Ela tem como objetivo identificar as causas de demora no diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município. Sua participação consistirá em responder a um questionário, que dura em média 40 minutos, e as informações fornecidas contribuirão com a melhoria da atenção à Tuberculose.

Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo com participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante a entrevista, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar.

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;

A garantia de que todas as informações pro mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a todo o momento.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr.(a).

Pelotas, ____ de ____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

Prof^aDr^aRoxana Isabel Cardozo Gonzales¹¹

¹¹ Contato: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Rua Quinze e Novembro, 209. Pelotas/RS. CEP: 96015-000
Telefone (053) 32786473 email: roxanacardozoandre@yahoo.com

ANEXO VIII

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA ACESSO AO PRONTUÁRIO

Prezado(a) senhor(a),

Gostaria de solicitar a sua autorização para poder acessar o seu prontuário com a finalidade de obter algumas informações complementares relacionadas ao seu diagnóstico de tuberculose. Esta atividade faz parte do desenvolvimento do projeto “Retardo no diagnóstico da Tuberculose: análise das causas em Pelotas”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Ela tem como objetivo identificar as causas de demora no diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município. Eu, _____, tendo recebido as informações acima e ciente de meus direitos abaixo relacionados, concordo em autorizar a verificação de meu prontuário.

A segurança de que não serei identificado, assim como está assegurado que a pesquisa não trará prejuízo a mim e a outras pessoas;

A segurança de que não terei nenhuma despesa financeira durante o desenvolvimento da pesquisa;

A garantia de que todas as informações por mim fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada por mim a qualquer momento.

Uma cópia desta declaração deve ficar com o (a) Sr.(a).

Pelotas, ____ de ____ de 2009.

Assinatura do entrevistado

Certos de estar contribuindo com o conhecimento em Tuberculose para a melhoria da saúde da população contamos com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

Prof^aDr^aRoxana Isabel Cardozo Gonzáles¹²

¹² Contato: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. Rua Quinze e Novembro, 209. Pelotas/RS. CEP: 96015-000

Telefone (053) 32786473 email: roxanacardozoandre@yahoo.com