

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*

Investigation of tuberculosis contacts in the tuberculosis control program of a medium-sized municipality in the southeast of Brazil in 2002

CLÁUDIA ELI GAZETTA¹, ANTONIO RUFFINO NETTO², JOSÉ MARTINS PINTO NETO³,
MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS⁴, MARIA RITA DE CÁSSIA OLIVEIRA CURY⁵,
SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI⁶, TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA⁷

RESUMO

Objetivo: Este estudo tem o objetivo de descrever as ações de controle dos comunicantes de tuberculose no Programa de Controle da Tuberculose do Município de São José do Rio Preto (SP), em 2002. **Métodos:** Estudo descritivo, utilizando dados secundários do Sistema de Informação de Notificação de Tuberculose, prontuários e planilhas de registros do programa de controle da tuberculose. **Resultados:** Estavam inscritos no programa 166 comunicantes intradomiciliares de tuberculose em 2002, sendo 82 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 (25,3%), 73 entre 20 e 49 anos (44%), e 44 tinham 50 anos ou mais (25,5%). 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 tuberculose 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%). **Conclusão:** O serviço mostrou que não há uma sistematização em relação ao monitoramento do controle dos comunicantes de pacientes com tuberculose.

Descritores: Tuberculose/mortalidade; Sistemas de informação, Prevalência

ABSTRACT

Objective: This study aimed to describe the investigation of tuberculosis contacts enrolled in the Tuberculosis Control Program of the municipality of São José do Rio Preto, Brazil in 2002. **Methods:** A descriptive study was conducted using secondary data obtained from the Tuberculosis Notification Database, as well as charts and registries compiled by the São José do Rio Preto Tuberculosis Control Program in 2002. **Results:** A total of 166 household tuberculosis contacts were enrolled in the Program. Of those, 82 were male, and 84 were females. The incidence of tuberculosis was highest (70%) in the 15 to 59 age bracket: 42 (25.3%) of the cases occurred in individuals from 0 to 19 years of age; 73 (44%) in those from 20 to 49; and 44 (25.5%) in those 50 or over. In terms of their relationship with the index patient, 41 (24.7%) were children; 29 (17.5%) were partners; 22 (13.2%) were siblings, and 15 (9.1%) were mothers. The following tests were requested: (in 12%) sputum smear microscopy, culture or both; (in 100%) chest X-ray, revealing 2 suspected cases of pulmonary tuberculosis and 5 cases of other diseases; (in 7.2%) tuberculin skin test, the results of which showed that 4.2% were nonreactors, and that 1.2% presented an induration of 8 mm. Among the contacts examined, the disease was detected in 3 (1.8%). **Conclusion:** There is no systematization in the monitoring of individuals who are in contact with tuberculosis patients.

Keywords: Tuberculosis/mortality; Information systems; Prevalence

* Trabalho realizado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - São José do Rio Preto (SP) Brasil.

1. Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - São José do Rio Preto (SP) Brasil.

2. Professor Titular da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo - USP. Vice-Coordenador da Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose (REDE-TB) e Coordenador da Área de Estudos Epidemiológicos em Tuberculose da REDE-TB.

3. Professor da Fundação Educacional de Fernandópolis - FEF - Fernandópolis (SP) Brasil.

4. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - São José do Rio Preto (SP) Brasil.

5. Coordenadora do Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto - SP.

6. Professora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP - São José do Rio Preto (SP) Brasil.

7. Professora Livre-Docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Centro Colaborador para a Pesquisa da Organização Mundial da Saúde da - Ribeirão Preto (SP) Brasil.

Endereço para correspondência: Cláudia Eli Gazetta. Rua Jair Martins Mil Homens, 277, Bairro Nova Redentora - CEP: 15090-080, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Tel: 55 17 227-7167. Email: cgazetta@uol.com.br
Recebido para publicação em 4/11/04. Aprovado, após revisão, em 6/3/06.

INTRODUÇÃO

De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde, cerca de 100 milhões de pessoas são infectadas por tuberculose a cada ano no mundo, e nos países subdesenvolvidos a infecção de adultos chega a índices de 30% a 60%. Do universo de infectados, estima-se que de 8 a 10 milhões desenvolverão a doença durante a vida, sendo que cerca da metade apresentará formas contagiantes.⁽¹⁾

As tendências de notificações de casos para atualizar as estimativas de incidência, utilizadas por 210 países em 2003, evidenciaram que, em 2002, ocorreram 8,8 milhões de casos novos de tuberculose, dos quais 3,9 milhões eram bacilíferos. Neste período a taxa mundial de incidência da doença *per capita* cresceu em aproximadamente 1,1%, e o número de casos em 2,4%.⁽²⁾

Estima-se que anualmente ocorra 1,9 milhão de mortes por tuberculose, 98% delas em países em desenvolvimento. Caso a gravidade desse quadro não seja revertida, até 2020, um bilhão de pessoas serão infectadas, 200 milhões adoecerão e 35 milhões podem morrer.⁽³⁾

O Ministério da Saúde estima uma prevalência no Brasil de 58 casos por 100.000 habitantes, com cerca de 50 milhões de infectados, e com 111.000 casos novos e 6.000 óbitos ocorrendo anualmente.⁽⁴⁾

Como um todo, desde 1981 até hoje, no Estado de São Paulo, observa-se uma estabilidade na ocorrência dos casos de tuberculose. Nos últimos anos houve um aumento anual de 1.400 óbitos por tuberculose.⁽⁵⁾

O Município de São José do Rio Preto (SP) é considerado como prioritário no programa de controle da tuberculose (PCT), sendo responsável por quase 50% dos casos notificados na Diretoria Regional de Saúde XXII da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. No ano de 2002, foram notificados, no município, 135 casos de tuberculose. Destes, 108 eram da forma pulmonar e 27 extrapulmonares, com coeficiente de incidência de 34,69 por 100.000 habitantes. Em 2003, a tuberculose foi o terceiro maior agravo de notificação compulsória no município, com 190 casos.⁽⁶⁾

Diante desta situação, muitos estudiosos são unânimes em ressaltar que a investigação dos comunicantes contribui para o controle da tuberculose, seja de forma direta, por meio da detecção da fonte de infecção, seja indiretamente, por meio da

prevenção de ocorrência de novos casos da doença.

Freqüentemente, a fonte de infecção é um indivíduo com a forma pulmonar da doença eliminando bacilos para o meio exterior, segundo seu índice (estado) bacteriológico. Calcula-se que durante um ano, numa comunidade, uma fonte de infecção possa infectar, em média, de dez a quinze pessoas que com ela tenham tido contato.⁽⁷⁾

O PCT recomenda que todos os contatos dos doentes de tuberculose, especialmente dos pulmonares positivos, devem comparecer à unidade de saúde para exame.^(1,3)

Embora recomendado pelo PCT, na prática observamos que o controle de comunicantes não tem sido valorizado como fonte de identificação de novos casos.⁽¹⁾

O Município de São José do Rio Preto, no ano de 2003, diagnosticou 14 casos de tuberculose entre os comunicantes examinados, dos quais dois eram comunicantes de doentes de tuberculose diagnosticados em 2002.⁽⁶⁾

Diante da situação apresentada da tuberculose no mundo, no Brasil e em São José do Rio Preto, tido como prioritário no PCT, e acreditando na importância do comunicante de tuberculose na cadeia epidemiológica da doença, realizamos este estudo, que tem por objetivo geral descrever as ações de controle dos comunicantes de doentes de tuberculose no PCT do Município de São José do Rio Preto, no ano de 2002.

MÉTODOS

Este é um estudo de natureza epidemiológica, descritiva e retrospectiva, realizado com base em levantamento de análise documental, no PCT no Núcleo de Gestão Assistencial 60 de São José do Rio Preto, referência para o tratamento de doentes de tuberculose do município.

São José do Rio Preto, município de médio porte, localiza-se no norte do Estado de São Paulo, a cerca de 450 km da capital. Possui uma população de 378.780 habitantes.⁽⁸⁾

O município possui um laboratório regional de referência (Adolfo Lutz). As solicitações de baciloscopia são encaminhadas junto com a amostra de escarro procedente da demanda espontânea dos serviços de saúde. As baciloscopias de diagnóstico e para o controle são registradas separadamente, o que facilitou a avaliação deste dado.

Os sistemas de registros e informações dos laboratórios são informatizados, o que possibilita que os dados não se percam porém; estes dados são repassados dos laboratórios para a Secretaria de Saúde do município uma vez ao mês, o que dificulta a agilidade do serviço em iniciar o tratamento dos casos positivos de tuberculose.

Para obter os dados dos comunicantes de doentes com tuberculose, foram exploradas as fichas de notificação de tuberculose, os registros dos casos-índices e o sistema de informação EPI-TB de todos os casos de tuberculose notificados no serviço no ano de 2002. Eles receberam um número de matrícula, a partir do qual se abriu um prontuário para registro dos comunicantes.

Dos casos novos de tuberculose notificados em São José do Rio Preto, no ano de 2002, 112 foram no Núcleo de Gestão Assistencial 60 (87%) e, destes casos-índices, estavam registrados 263 comunicantes. Apenas 166 comunicantes foram avaliados pelo Núcleo de Gestão Assistencial 60 (63,1%) e de 97 não foram encontrados registros nos prontuários (36,9%), segundo fontes secundárias, tais como: Ficha de Notificação de Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde de São José do Rio Preto, padronizada pelo Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, cujos dados são digitados e armazenados no Banco de dados EPI-TB da Divisão de Epidemiologia da Secretaria Municipal e Estadual da Saúde; prontuário e outros registros dos pacientes no Núcleo de Gestão Assistencial 60 de São José do Rio Preto; planilha de acompanhamento dos comunicantes de tuberculose e instrumento previamente testado para coleta de dados dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados nos prontuários dos casos-índices, contendo faixa etária, sexo, grau de parentesco e exames realizados.

Os dados foram armazenados em um banco de dados do programa *Excel for Windows* e analisados no programa *Epi-Info*, versão 6.04.

RESULTADOS

No ano de 2002, do total de comunicantes examinados, três tiveram a doença detectada pelo PCT (1,8%).

Dos 166 comunicantes examinados, 82 eram do sexo masculino (49,4%) e 84 do feminino (50,6%). Com relação à variável idade, 42 encontravam-se

entre 0 e 19 anos (25,3%) e 44 tinham 50 anos ou mais (25,5%). Observou-se também que 73 comunicantes examinados estavam na faixa etária de 20 a 49 anos (44%), conforme apresentado na Tabela 1.

Na Tabela 2 apresentam-se os tipos de parentesco dos comunicantes com o caso-índice de

TABELA 1

Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose examinados no programa de controle da tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial 60, de São José do Rio Preto, em 2002, segundo idade e sexo

| Idade (anos) | Masculino n (%) | Feminino n (%) | Total n (%) |
|--------------|-----------------|----------------|-------------|
| < 1 | 1 (0,6) | 0 (0,0) | 1 (0,6) |
| 1 a 9 | 8 (4,8) | 10 (6,0) | 18 (10,8) |
| 10 a 19 | 12 (7,2) | 11 (6,6) | 23 (13,9) |
| 20 a 29 | 14 (8,4) | 11 (6,6) | 25 (15,1) |
| 30 a 39 | 11 (6,6) | 9 (5,4) | 20 (12,0) |
| 40 a 49 | 13 (7,8) | 15 (9,0) | 28 (16,9) |
| 50 a 59 | 10 (6,0) | 14 (8,4) | 24 (14,5) |
| 60 e mais | 8 (4,8) | 12 (7,2) | 20 (12,0) |
| Ignorado | 5 (3,0) | 2 (1,2) | 7 (4,2) |
| Total | 82(49,4) | 84 (50,6) | 166 (100,0) |

TABELA 2

Distribuição dos comunicantes de doentes de tuberculose registrados como examinados no programa de controle da tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial 60, de São José do Rio Preto, em 2002, segundo o tipo parentesco com o caso-índice

| Tipo de parentesco | n | % |
|--------------------------|-----|---------|
| Filho (a) | 41 | (24,7) |
| Companheiro - esposo (a) | 29 | (17,5) |
| Irmão (ã) | 22 | (13,3) |
| Mãe | 15 | (9,0) |
| Amigo (a) | 14 | (8,4) |
| Sobrinho (a) | 12 | (7,2) |
| Pai | 8 | (4,8) |
| Neto (a) | 8 | (4,8) |
| Cunhado (a) | 5 | (3,0) |
| Primo (a) | 2 | (1,2) |
| Sogro (a) | 2 | (1,2) |
| Genro | 2 | (1,2) |
| Nora | 1 | (0,6) |
| Tia | 1 | (0,6) |
| Avó | 1 | (0,6) |
| Vizinha | 1 | (0,6) |
| Ignorado | 2 | (1,2) |
| Total | 166 | (100,0) |

tuberculose. Entre os comunicantes examinados, 41 eram filhos (as) (24,7%), 29 companheiros (as) (17,5%), 22 irmãos (ãs) (13,2%) e 15 mães (9,1%).

Em relação aos exames solicitados, dos comunicantes examinados, 20 realizaram baciloscopia e/ou cultura (12%), sendo que os resultados encontrados destas amostras foram: 18 negativos (90%), 1 positivo (5%) e 1 ignorado (5%).

Dos comunicantes examinados, 100% utilizaram radiografia de tórax, 1,2% outros métodos⁽²⁾ e (3%) estavam sem informações nos prontuários.⁽⁵⁾ Dos que realizaram radiografia de tórax, 2 apresentaram suspeita de tuberculose pulmonar e 5 outras afecções. Doze comunicantes realizaram a prova tuberculínica (7,2%), sendo que, destes, 7 apresentaram o resultado não reator (4,2%) e 2 tiveram enduração igual a 8 mm (1,2%).

Os recursos diagnósticos para avaliação da presença de infecção e doença tuberculosa entre os contatos neste estudo foram o uso de radiografia de tórax em 159 comunicantes (95,8%) e 7 (4,2%) ignorados. Neste serviço existe um aparelho de raios-X, recurso diagnóstico que foi mais utilizado para o controle dos comunicantes dos casos de tuberculose.

Averiguou-se que os locais de origem do encaminhamento dos doentes de tuberculose foram predominantemente os hospitais e ambulatório público, com 69 casos (61,68%). Observou-se, ainda, que 10,7% dos casos foram encaminhados pelas unidades básicas de saúde, 44 por hospitais públicos (39,3%) e 16 casos por hospitais filantrópicos e privados (14,3%), conforme apresentado na Tabela 3.

TABELA 3

Distribuição dos casos de tuberculose notificados no programa de controle da tuberculose no Núcleo de Gestão Assistencial 60, de São José do Rio Preto, segundo o local de origem do encaminhamento, em 2002

| Local de encaminhamento | n | % |
|---------------------------------|-----|---------|
| Hospital público | 44 | (39,3) |
| Hospital filantrópico e privado | 16 | (14,3) |
| Ambulatório público | 25 | (22,3) |
| Unidade básica de saúde | 12 | (10,7) |
| Consultório particular | 7 | (6,3) |
| Sistema penitenciário | 8 | (7,1) |
| Total | 112 | (100,0) |

DISCUSSÃO

As normas do Ministério da Saúde recomendam que todos os comunicantes de doentes com tuberculose, prioritariamente dos pacientes pulmonares com baciloscopia positiva, sejam examinados pelo serviço de saúde.^(1,3)

Estima-se que haja uma média de quatro comunicantes para cada caso diagnosticado de tuberculose.⁽⁹⁾ Considerando-se que o serviço analisado diagnosticou 122 casos, era de se esperar que 448 comunicantes fossem examinados. Porém, isto aconteceu com apenas 166 comunicantes, o que corresponde a uma cobertura de 37% de exames em comunicantes. Este fato demonstra que o controle dos comunicantes de doentes com tuberculose, no município estudado, não vem sendo incorporado pelo PCT de forma sistemática.

A organização da atenção ao comunicante de tuberculose é uma preocupação em responder aos indicadores de saúde, para monitorar a assistência prestada pelo serviço e sua qualidade, destacando-se a prevenção. Existe a necessidade de o serviço incorporar a vigilância epidemiológica, ou seja, identificar o comunicante, fazer os exames e monitorar o seu acompanhamento de forma preventiva.

No presente estudo, foram detectados três comunicantes com a doença instalada (1,8%), os outros 163 estavam assintomáticos (89,2%). Um estudo realizado em São Paulo demonstra que a descoberta de casos de tuberculose entre os comunicantes nas unidades de saúde representava uma pequena parcela de 2% a 3% do total de casos diagnosticados.⁽¹⁰⁾

O resultado de uma investigação de comunicantes de doentes com tuberculose nas clínicas públicas de saúde nos EUA demonstrou uma média de quatro comunicantes próximos por doentes, sendo que 2% deles tinham tuberculose ativa, e o contato era mais freqüente entre intradomiciliares e crianças menores de seis anos.⁽¹¹⁾

Observou-se, neste estudo, que predominaram os comunicantes na faixa etária produtiva, o que está em consonância com a literatura, que evidencia a tuberculose como uma doença que atinge, principalmente, as pessoas com idade entre 15 e 59 anos.⁽¹⁾

A associação da idade dos casos à produção de infecção de grupo deve-se tanto ao maior número de contatos como ao maior risco de infecção desses últimos, associado à idade da fonte. O papel da

idade na infeciosidade é um aspecto que necessita ser estudado, podendo até modificar alguns conceitos sobre a importância do estado bacteriológico das fontes de infecção. Entre as várias hipóteses explicativas está a de que o efeito da idade pode ser atribuído ao comportamento diferente das diversas faixas etárias, determinado culturalmente, não a algum fator biológico.⁽¹²⁻¹³⁾

Este estudo identificou um número significativo de pessoas que, devido à sua proximidade com o foco, têm um risco grande de serem infectadas, como ocorre, principalmente, na categoria de filhos (24,7%).

Em um estudo realizado com crianças comunicantes intradomiciliares, ficou evidente que os pais eram a fonte de infecção mais freqüente para os filhos. Entre as crianças que tiveram contatos com mais de uma fonte de infecção, 35,3% adoeceram e, quando a fonte de infecção foi a mãe ou o pai, 12,4% adoeceram.⁽¹⁴⁾

Os comunicantes casados ou em união consensual representaram a segunda maior categoria nesta pesquisa (17,5%), evidenciando uma maior chance de se contaminarem, caso sejam esposos (as) ou companheiros (as) dos doentes focos.

O risco de adoecimento de uma pessoa cujo cônjuge é doente de tuberculose é de duas a 40 vezes maior que o da população em geral, o que permite concluir que a proximidade do contato é um dos aspectos importantes a se considerar na transmissão do bacilo.⁽¹⁵⁾

A forma clínica do caso-índice que predominou neste estudo foi a pulmonar (87,3% dos casos), o que ratifica dados encontrados na literatura que evidenciam que a forma predominante é a pulmonar.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

O risco de um indivíduo infectado desenvolver a doença tuberculose não depende somente da idade do indivíduo e do tempo decorrido desde a infecção, mas também do estado bacteriológico da fonte.⁽¹⁸⁾

A intensidade do contato é uma das condições que fazem com que a tuberculose esteja associada à população de baixa renda, em que famílias numerosas convivem muito proximamente em casas pequenas, com pouca ventilação e úmidas.

O estudo radiológico de tórax é indicado sempre como método auxiliar nos seguintes casos: sintomáticos respiratórios negativos à baciloscopia do escarro; contatos de pacientes bacilíferos de todas as idades, intradomiciliares ou institucionais, com

ou sem sintomatologia respiratória; suspeitos de tuberculose extrapulmonar; infectados pelo vírus da imunodeficiência humana ou com síndrome da imunodeficiência adquirida.⁽⁴⁾

Vale ressaltar que vários estudos mostram a importância dos acompanhamentos clínico e radiológico de um a dois anos dos comunicantes de pacientes bacilíferos, principalmente com condições socioeconômicas desfavoráveis.^(1,19-20)

No entanto existem outros métodos para o diagnóstico da tuberculose mais complexos como a análise através de técnica de biologia molecular, porém sua utilização como estratégia rotineira na investigação dos comunicantes não é factível na maioria dos países em desenvolvimento e com maior número de casos.

Entre as limitações deste estudo destacaram-se falhas nos registros dos dados de notificação dos casos, nos prontuários e no sistema de informações EPI-TB. Essas limitações referem-se à utilização de fontes de dados secundários.

A qualidade dos dados depende do sistema de busca de casos e de registros de cada localidade. Os registros mundiais são subnotificados e alcançam, aproximadamente, a metade do valor estimado pela Organização Mundial da Saúde.⁽²¹⁾

Os dados apresentados em relação à organização do serviço mostram que falta sistematização em relação ao monitoramento do controle dos comunicantes de pacientes com tuberculose. A atenção ainda fica centrada no indivíduo doente isoladamente, com as ações, parciais, sobre o comunicante, com pequena valorização da prevenção.

O modelo que valoriza ações destinadas a tratar enfermidades ou a reabilitar os pacientes portadores de seqüelas tem sido privilegiado pelos serviços de saúde. Cada problema de saúde é definido como tendo uma ou mais causas, bastando para resolvê-lo achar a causa e eliminá-la ou corrigi-la por meio de uma intervenção médica. Isto significa que mais doenças e mais doentes devem ser enfrentados com mais serviços de saúde, independentemente de os fatores determinantes estarem orientados para a produção social das enfermidades.⁽²²⁾

Na realidade, é necessária a ampliação da visão epidemiológica no serviço de saúde pelos profissionais para implementação de práticas de vigilância e monitorização, não como mera coleta de dados e análise das informações, mas com elaboração de bases técnicas. Estas ofereceriam subsídios aos ser-

viços de saúde em relação à elaboração e implementação das ações de saúde, com agilidade na identificação de problemas e oportuna intervenção para seu controle.

Um dos problemas enfrentados pelo serviço analisado neste estudo está relacionado à centralização das ações do PCT em uma unidade de referência de nível secundário. Apesar de todos os avanços na reestruturação e reorganização do seu sistema de saúde, o município trabalha com a concepção de sistema fragmentado. O Ministério da Saúde propõe que as ações de controle da doença sejam desenvolvidas no nível primário de atenção, denominado atenção básica, o que ainda não ocorre no sistema de saúde estudado.⁽²³⁾

A descentralização das ações do PCT oferece tanto oportunidade como riscos para a continuidade das ações. A oportunidade pode conduzir a melhorias na eficiência e qualidade dos serviços, assim como a um aprimoramento da análise e uso dos dados. No entanto, a descentralização pode resultar na pulverização da responsabilidade e falta de compromisso, fragmentação e dificuldades em desenvolver programas, além de deficiência no sistema de informação.⁽²⁴⁾

Com a centralização das ações do PCT, a equipe não trabalha com uma população adscrita, com focalização na família e orientação comunitária e, portanto, não há condições para se definir a comunidade à qual serve, para conhecer suas características em termos sociodemográficos e de saúde, o que dificulta a sistematização da assistência aos comunicantes de tuberculose em relação às práticas de vigilância e monitorização.

Na atenção básica encontra-se menor densidade tecnológica (equipamentos, exames com maior nível de sofisticação), mas lida-se com problemas e situações que apresentam maior complexidade nos seus quadros de saúde e doença, o que exige supervisão mais próxima para o aprendizado de intervenções sobre problemas de saúde mais estruturados, como falta de adesão para acompanhamento de doenças ou condições crônicas, como a tuberculose, hanseníase, síndrome da imunodeficiência adquirida e situação de risco biológico e social.⁽²⁵⁾

A complexidade da ação de controle dos comunicantes de pacientes com tuberculose necessita de vários conhecimentos sobre o monitoramento dos contatos de forma sistemática, com acompanhamento contínuo, utilizando saberes de outras ciên-

cias ao longo do tratamento do caso-índice, como descrito acima. Todos estes fatores levam ao entendimento de que o controle de comunicantes de tuberculose se apresenta como uma ação de maior complexidade tecnológica.

Outro aspecto importante a ser assinalado para que ocorra uma mudança na prática dos serviços, de maneira a sistematizar o controle dos comunicantes, é o desenvolvimento e implementação de programas de formação e capacitação dos profissionais que já ingressaram no serviço de saúde, com permanente integração entre ensino, pesquisa e serviço, de maneira a colaborar em estratégias de formação de profissionais de saúde de forma mais abrangente.

Pelo que foi apresentado, conclui-se que se caracteriza como um desafio aos gestores do PCT do município adotar estratégias de intervenção que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços ofertados ao comunicante de paciente com tuberculose. Torna-se necessário para a efetividade dessas ações de controle desenvolver estratégias através de protocolos sistematizados para os profissionais, que possam garantir a continuidade no atendimento deste serviço de forma humanizada e integral, valorizando as ações preventivas.

Entre as recomendações para a melhoria e desempenho das ações de controle dos comunicantes de doentes com tuberculose na unidade estudada, podemos destacar a reestruturação do PCT no município, levando em consideração a necessidade de descentralização de algumas ações que devem ser realizadas na atenção básica, como busca ativa de sintomático respiratório, solicitações de exames laboratoriais para o diagnóstico e controle dos casos, tratamento supervisionado e/ou auto-administrado, controle de comunicantes e registro e informação de dados (notificação dos casos, registro de pacientes e controle de tratamento dos casos de tuberculose).

A implantação de uma ficha de controle de comunicante permite identificar aqueles indivíduos não avaliados, através de busca ativa dos que foram registrados e não compareceram ao serviço para serem examinados. Deve ser elaborado um protocolo de atendimento e acompanhamento dos comunicantes de tuberculose registrados e/ou acompanhados pelo serviço.

A padronização de condutas deve ser planejada por equipe multidisciplinar com base em evidência,

complementada e avaliada periodicamente por especialista, com a presença dos que posteriormente irão usá-la. Deverá ser fundamentada nos resultados das atividades de monitorização, vigilância epidemiológica e avaliação das ações desenvolvidas no PCT com um instrumento de informações para o planejamento, recomendações técnicas, avaliação e reformulação periódica do PCT.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço/CNCT/NUTES. 3a ed. Rio de Janeiro: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Ministério da Saúde; 1992.
2. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2004 [text on the Internet]. Geneva: WHO; 2004.[cited 2005 Nov 15]. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2004/contents.pdf
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Editorial: da tuberculose e suas perspectivas no novo governo. Bol Pneumol Sanit. 2002;10(1):5-12.
4. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Consenso Brasileiro de Tuberculose (II): Diretrizes Brasileiras para tuberculose 2004. J Bras Pneumol. 2004;30(Supl 1):S2-56.
5. São Paulo (SP). Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica. Boletim informativo: edição comemorativa. São Paulo: CVE; 2002.
6. Gazetta CE, Takayanagui AMM, Costa Junior ML, Villa TCS, Vendramini SHF. Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto-SP, a partir das notificações da doença em um hospital escola (1993-1998). Pulmão RJ. 2003;12(3):155-62.
7. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. I Consenso Brasileiro de Tuberculose. J Pneumol. 1997;23(6):279-342.
8. São José do Rio Preto (SP). Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto. 17a ed. São José do Rio Preto; 2002.
9. Rieder HL. Bases epidemiológicas del control de la tuberculosis. Paris: Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 1999.
10. Arantes GR, Belluomini M, Almeida MMB, Nogueira PA, Lima MM, Nassar J. Monitorização das ações anti-tuberculose: implantação de uma sistemática experimental em São Paulo, Brasil. Bol Pneumol Sanit. 1995;3(2):10-25.
11. Marks SM, Taylor Z, Qualls NL, Shrestha-Kuwahara RJ, Wilce MA, Nguyen CH. Outcomes of contact investigations of infectious tuberculosis patients. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162(6):2033-8.
12. Snider DE Jr, Kelly GD, Cauthen GM, Thompson NJ, Kilburn JO. Infection and disease among contacts of tuberculosis cases with drug-resistant and drug-susceptible bacilli. Am Rev Respir Dis. 1985;132(1):125-32.
13. Reider HL. Contacts of tuberculosis patients in high-incidence countries. Int J Tuberc Lung Dis. 2003;7(12 Suppl 3):S333-6.
14. Caldeira ZM, Sant'Anna CC, Aide MA. [Tuberculosis contact tracing among children and adolescents, Brazil] Rev Saude Publica. 2004;38(3):339-45. Portuguese.
15. Bethlem N. A Vingança da tuberculose: uma nova visada. Bol Pneumol Sanit. 1995;3(1):19-25.
16. Recommendations for prevention and control of tuberculosis among foreign-born persons. Report of the Working Group on Tuberculosis among Foreign-Born Persons. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 1998;47(RR-16):1-29.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília: FUNASA, 2002.
18. Grzybowski S, Barnett GD, Styblo K. Contacts of cases of active pulmonary tuberculosis. Bull Int Union Tuberc. 1975;50(1):90-106.
19. Teale C, Cundall DB, Pearson SB. Time of development of tuberculosis in contacts. Respir Med. 1991;85(6):475-7.
20. Kritski A, Dalcolmo M, del Bianco R, del Melo FF, Pinto WP, Schechter M, et al. [Association of tuberculosis and HIV infection in Brazil] Bol Oficina Sanit Panam. 1995;118(6):542-54.
21. World Health Organization. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing: WHO report 2003. Geneva: WHO; 2003.
22. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.
23. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Manual técnico para o controle da tuberculose. Cad Atenção Básica 2002;6:7-64.
24. Frieden T, Driver C. Tuberculosis control: past 10 years and future progress. Tuberculosis. 2003;83(1-3):82-5.
25. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.