

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

LUCIANA SANTOS LANGLOIS

**BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS PARA O
DIAGNÓSTICO PRECOCE DE TUBERCULOSE PULMONAR EM UM
SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA HIV/AIDS EM PERNAMBUCO**

RECIFE

2012

LUCIANA SANTOS LANGLOIS

**BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS PARA O DIAGNÓSTICO
PRECOCE DE TUBERCULOSE PULMONAR EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA
PARA HIV/AIDS EM PERNAMBUCO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dra. Magda Maruza

RECIFE

2012

Catlogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L284b Langlois, Luciana Santos.
Busca de sintomáticos respiratórios para o diagnóstico precoce de tuberculose pulmonar em um serviço de referência para HIV/AIDS em Pernambuco./ Luciana Santos Langlois. Recife: L. S. Langlois, 2012.

33 p.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

Orientadora: Magda Maruza Melo de Barros Oliveira.

1. Tuberculose. 2. HIV. 3. Coinfecção. I. Oliveira, Magda Maruza Melo de Barros. II. Título.

CDU 614.39

LUCIANA SANTOS LANGLOIS

BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS PARA O DIAGNÓSTICO
PRECOCE DE TUBERCULOSE PULMONAR EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA
PARA HIV/AIDS EM PERNAMBUCO

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: ____ / ____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Magda Maruza Melo de Barros Oliveira

UPE

Profª Drª Eduarda Ângela Pessoa Cesse
CPqAM/Fiocruz/PE

AGRADECIMENTOS

A Deus por fazer transbordar a Sua bondade e misericórdia todos os dias da minha vida, pois as minhas fontes são em Ti.

À minha mãe que, com seu amor, ensina-me o grande prazer de viver.

Ao meu esposo querido pela compreensão e suporte para a realização deste trabalho.

Aos meus filhos que sempre me apoiaram e com carinho me incentivaram.

À minha orientadora, Dra. Magda Maruza, pela sua paciência, companheirismo e dedicação.

Aos colegas de curso pela amizade e pelos excelentes momentos de alegria e conhecimento.

Ao Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães através dos Coordenadores, Professores e seus técnicos, em especial a Semente e Nancy, presentes em cada momento.

A todos que fazem o Hospital Correia Picanço, pelo empenho e por permitir a elaboração do presente plano de intervenção.

A todos que viabilizaram a concretização deste trabalho.

LANGLOIS, Luciana, Santos. Busca de sintomáticos respiratórios para o diagnóstico precoce de tuberculose pulmonar em um serviço de referência para HIV/AIDS em Pernambuco – Brasil. 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

A tuberculose (TB) é uma infecção endêmica no Brasil, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Estando o Brasil entre os 22 países que carregam juntos cerca de 80% da carga mundial de tuberculose, ocupando, no entanto, a última posição em taxa de incidência, prevalência e mortalidade. Pernambuco é o segundo estado do país em número de mortes por tuberculose e sua capital, Recife, apresenta uma das maiores taxas de mortalidade por tuberculose do Brasil, com cerca de 9,9 óbitos/100.000 habitantes. Em pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (PVHIV), a TB é a doença oportunista mais freqüente e a principal causa de morte destes indivíduos. A busca ativa do sintomático respiratório (SR) deve ser realizada permanentemente nos hospitais gerais e emergências, sendo uma importante medida de biossegurança para evitar que casos não diagnosticados transitem por esses locais oferecendo risco para pacientes e profissionais de saúde. Nos setores de urgência e nas clínicas de internação, o interrogatório do SR deve ser implementado na admissão e os casos suspeitos devem ser isolados até o resultado dos exames de baciloscopia (duas amostras). O presente projeto de intervenção tem como objetivo implantar o questionamento sobre SR nas recepções do plantão e do ambulatório do Hospital Correia Picanço, visando interromper a cadeia de transmissão, aumentar o percentual de cura, diminuir o abandono ao tratamento e reduzir os óbitos, além de interromper a cadeia de transmissão da doença.

Palavras-chaves: Tuberculose, HIV, Coinfecção.

LANGLOIS, Luciana Santos. Search of symptomatic respiratory for the precocious diagnosis of pulmonary tuberculosis in a service of reference for HIV/AIDS in Pernambuco – Brazil. 2012. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2012.

ABSTRACT

The tuberculosis (TB) is an endemic infection in Brazil, caused by the *Mycobacterium tuberculosis*. Being Brazil among 22 countries that load together about 80% of the world-wide load of tuberculosis, occupying, however, the last position in incidence, prevalence and mortality tax. Pernambuco is the second one of the country in number of deaths for tuberculosis and its capital, Recife, representing one of the largest taxes of mortality for tuberculosis in Brazil, with about 9,9 deaths/100.000 inhabitants. In people living with HIV (PVHIV) the TB is the most frequent opportunist illness and it is also the main cause of these individuals' death. The symptomatic respiratory active (SR) search of the one who must be carried through permanently in general hospitals and emergencies, being an important one measured of biosecurity to prevent that diagnosis cases do not transit for these places offering risk for patients and professionals of health. In the sectors of urgency and in the clinics of internment, the interrogation of SR, must be implemented in the admission and the cases suspicious must be isolated until the result of the baciloscopia examinations (two samples). The present project of intervention has an objective to implant the questioning about SR in the receptions of the Emergency Room and the clinic of the Hospital Correia Picanço in order to interrupt the transmission range, to increase the percentage of cure, to diminish the abandonment to the treatment to reduce the deaths, beyond interrupting the chain of transmission of the illness.

Keywords: Tuberculosis, HIV, Coinfection.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	DIRETRIZES	14
3.1	Política	14
3.2	Financeira	15
3.3	Operacional	15
4	METAS	17
5	ESTRATÉGIAS	18
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	19
6.1	Período do estudo	19
6.2	Local do estudo	19
6.3	População do estudo	20
6.4	Ações necessárias	20
6.5	Plano de ação	21
6.6	Coleta de dados	24
7	CRONOGRAMA DE INTERVENÇÃO	25
8	VIABILIDADE DO PROJETO	26
	REFERÊNCIAS	27
	APÊNDICE	30

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das doenças infecciosas mais antigas da humanidade, porém permanece como um dos principais agravos à saúde a ser enfrentado em todo o mundo. Estima-se que cerca de um terço da população mundial esteja infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, estando sob o risco de desenvolver a doença. Em 2010 ocorreram mundialmente 6,2 milhões de novos casos de tuberculose, sendo a maioria nos países de média e baixa renda. Desses, 1,4 milhões de pessoas morreram por tuberculose e 350 mil mortes estavam associadas ao Vírus da Imunodeficiência Humana (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O Brasil é o único país da América Latina incluído entre as 22 nações responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Em 2010 foram notificados cerca de 71 mil casos novos da doença no país, classificando o Brasil na 17ª colocação em número de casos de TB. As regiões Norte, Nordeste e Sudoeste são as que apresentam as maiores taxas de incidência da doença (BRASIL, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, Pernambuco é o segundo estado em número de mortes por tuberculose, sendo o Rio de Janeiro o primeiro, onde ocorrem 5,6 óbitos por tuberculose para cada 100.000 habitantes. A média nacional é de 2,4 óbitos por 100.000 habitantes, e em Pernambuco é de 4,0 óbitos por 100.000 habitantes, quase o dobro da média nacional (BRASIL, 2010).

O total de casos novos de tuberculose no estado de Pernambuco em 2011 foi de 4.160, onde dos 165 municípios, trinta registraram 85,5% dos casos, a maioria localizada na Região Metropolitana do Recife, nas cidades de Olinda, Paulista, Jaboatão dos Guararapes, Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe, que concentram 66% dos casos notificados. A cidade do Recife é a que apresenta o maior número de notificações, com 2305 casos novos, 48,9% dos registros. Cerca de 100 casos novos por 100.000 habitantes, fazendo do Recife uma das capitais com os mais altos índices de tuberculose do Brasil. No país, esse índice fica em torno de 36 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2012).

O Recife apresenta também uma das maiores taxas de mortalidade por tuberculose do Brasil, com cerca de 9,9 óbitos/100.000 habitantes. A coorte de tratamento, considerando os municípios prioritários, revelou um percentual de cura de 69,4%, ficando abaixo da meta esperada para o país, de 85%. A taxa de

abandono de tratamento foi de 10,6%, a de óbitos de 5,8% e a de coinfeção TB/HIV, de 5,4% (LIMA, 2010) (BRASIL, 2007).

A tuberculose é transmitida por via aérea em praticamente todos os casos. A infecção ocorre a partir da inalação de núcleos secos de partículas contendo bacilos expelidos pela tosse, fala ou espirro do doente com tuberculose ativa de vias respiratórias (pulmonar ou laríngea). Os doentes bacilíferos, isto é, aqueles cuja baciloscopia de escarro é positiva, são a principal fonte de infecção. Doentes com tuberculose pulmonar e baciloscopia negativa, mesmo que tenham resultado positivo à cultura, são menos eficientes como fontes de transmissão, embora isso possa ocorrer. As formas exclusivamente extrapulmonares não transmitem a doença (BRASIL, 2011).

A TB é a doença oportunista mais frequente no paciente infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV); e estudos têm mostrado que essa é a primeira causa de morte dos pacientes com a Síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Enquanto que na população geral (imunocompetente) o risco de desenvolver tuberculose é de cerca de 10% ao longo de toda a vida, no indivíduo infectado pelo HIV e sem intervenção terapêutica essa probabilidade é de cerca de 10% ao ano. Os indivíduos com infecção pelo HIV apresentam taxas de mortalidade por tuberculose 2,4 a 19,0 vezes mais altas quando comparados àqueles sem infecção pelo HIV. A interação existente entre o *Mycobacterium tuberculosis* e o HIV resulta em progressão mais rápida tanto da tuberculose como da imunodeficiência causada pelo HIV, que pode tornar o diagnóstico de TB mais difícil nestes pacientes, em virtude da possibilidade de modificação do quadro clínico e radiológico pela imunodeficiência, além de menor sensibilidade da baciloscopia (JAMAL, 2007).

Em áreas de alta prevalência de HIV, a TB não pode ser prevenida e efetivamente tratada sem a prevenção e o tratamento da infecção pelo HIV. Por outro lado, as ações de prevenção e controle da TB são fundamentais nas ações programáticas relacionadas ao HIV/AIDS (MARUZA, 2011).

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) propõe que todos os pacientes com tuberculose ativa devem ser submetidos ao teste sorológico anti-HIV, possibilitando o início da terapia antirretroviral e profilaxia das doenças oportunistas. Uma das prioridades do PNCT relaciona-se ao diagnóstico precoce da tuberculose, porém acredita-se que muitos casos não estejam sendo diagnosticados seja por

dificuldade de acesso aos serviços de saúde ou devido ao fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos sintomáticos respiratórios (BRASIL, 2007)

A rede pública foi estruturada e descentralizada para o tratamento da TB no Brasil nas últimas décadas, porém com o foco atrelado ao nível básico de atenção à saúde; enquanto que a rede de atenção à AIDS é mais recente e o seu foco concentra-se nos níveis secundário e terciário, média e alta complexidade (JAMAL, 2007).

Para que a descentralização possa avançar com a garantia da qualidade das ações, é fundamental o envolvimento de todos os profissionais de saúde em equipes multidisciplinares, nas quais a participação de cada um é parte indispensável para o sucesso das ações. Esse trabalho em equipe e com foco no usuário é o elemento-chave para o alcance das metas e a superação dos desafios. O grande desafio para o SUS é aumentar cobertura no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), ou seja, redução pela metade das taxas de prevalência e de mortalidade de tuberculose, tendo como parâmetro o ano de 1990 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006).

O paciente coinfestado necessita de atendimento multidisciplinar, incluindo assistência médica e psicológica, do serviço social e referências para encaminhamento para outras especialidades. Além disso, o paciente necessita de estímulo à adesão a ambos os tratamentos e de estrutura capaz de resgatá-lo do abandono ou do uso irregular dos medicamentos, quando necessário (BRASIL, 2010).

Com o objetivo de difundir os cuidados com a tuberculose o Ministério lançou a versão 2011 do Manual TB (BRASIL, 2011), com as seguintes diretrizes:

Diagnosticar e tratar correta e prontamente os casos de TB pulmonar são as principais medidas para o controle da doença. Esforços devem ser realizados no sentido de encontrar precocemente o paciente e oferecer o tratamento adequado, interrompendo a cadeia de transmissão da doença.

Para isso é de fundamental importância que a realização da busca ativa dos sintomáticos respiratórios, seja empreendida na comunidade, em unidades de saúde, incluindo ambulatorios, emergências e hospitais nos grandes centros urbanos e em grupos de maior risco, como pessoas vivendo com HIV (PVHIV).

Em estudo realizado na cidade de Vitória, Espírito Santo, a maioria dos sintomáticos respiratórios (71%) não havia procurado a unidade de saúde por causa

da tosse, onde o sintomático respiratório pode ser qualquer usuário que busque o sistema de saúde. Tal dado demonstra a necessidade de capacitação dos profissionais na identificação desses indivíduos, presentes na rotina diária das unidades de saúde (MOREIRA, 2010).

Considera-se Sintomático Respiratório (SR) indivíduo com tosse por tempo igual ou superior a duas semanas. E Sintomáticos Respiratórios Esperados (SRE) é o número de sintomáticos respiratórios que se espera encontrar em um determinado período de tempo. Para fins operacionais, o parâmetro nacional recomendado é de 1% da população, ou de 5% das consultas de primeira vez de indivíduos com 15 anos ou mais nos serviços de saúde (1%-2% na Estratégia Saúde da Família, 5% na Unidade Básica de Saúde e 8%-10% nas urgências, emergências e hospitais). É importante lembrar que a cada 100 SR examinados, espera-se encontrar, em média, três a quatro doentes bacilíferos, podendo variar de acordo com o coeficiente de incidência da região (BRASIL, 2011).

A busca ativa do SR deve ser realizada permanentemente nos hospitais gerais e emergências, sendo uma importante medida de biossegurança para evitar que casos não diagnosticados transitem por esses locais oferecendo risco para pacientes e profissionais de saúde. Nos setores de urgência e nas clínicas de internação, o interrogatório do SR deve ser implementado na admissão e os casos suspeitos devem ser isolados até o resultado dos exames de baciloscopia (duas amostras) (BRASIL, 2011).

Ao realizar a busca ativa de SR em populações com alto risco de adoecimento, como as PVHIV, sugere-se que a busca seja realizada em indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a duas semanas, visando aumentar a sensibilidade da busca, desde que seja garantido o suporte laboratorial (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, questiona-se: o diagnóstico precoce da tuberculose pulmonar pode ser obtido através da implantação de estratégias de busca ativa de sintomáticos respiratórios na urgência e no ambulatório do Hospital Correia Picanço, diminuindo assim a cadeia de transmissão e reduzindo a incidência da doença?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Implantar estratégias de busca ativa de sintomáticos respiratórios para realizar o diagnóstico precoce de tuberculose pulmonar em PVHIV atendidas no Hospital Correia Picanço.

2.2 Objetivos Específicos

- Aperfeiçoar a investigação e identificação dos pacientes sintomáticos respiratórios através do questionário no Sistema de Acompanhamento de Paciente (SAPE);

- Melhorar o diagnóstico de pacientes bacilíferos através da implementação da baciloscopia de escarro para todos os pacientes SR.

- Implementar o início do tratamento para tuberculose no momento do diagnóstico.

3 DIRETRIZES

3.1 Política

Desde 1993 a Organização Mundial de Saúde declarou a tuberculose como emergência mundial, devido ao recrudescimento da doença principalmente em países desenvolvidos, permanecendo como a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos.

A integralidade no SUS, em especial a garantia ao acesso, é garantida pela Constituição Federal em seu Artigo 196, que assegura que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Também os artigos 2º e 5º, inciso III, da Lei nº. 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dos objetivos e princípios do SUS, explicitam que “a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício”, além de esclarecer que são também objetivos do SUS a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Com o objetivo de intensificar as ações voltadas para o controle da Tuberculose pela esfera nacional, em 2009, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), estabeleceu novos critérios para priorização de municípios no controle da tuberculose no Brasil. A Nota Técnica nº 15 CGPNCT/VEVEP/SUS/MS define os critérios para a priorização desses municípios no controle da tuberculose no Brasil.

Em maio de 2011 o Projeto Sanar foi iniciado no estado de Pernambuco e veio corroborar para o tratamento das doenças negligenciadas, entre elas a tuberculose.

Este plano de ação apresenta viabilidade política uma vez que esta proposta de intervenção conta com o apoio e aprovação do Gestor do Hospital.

3.2 Financeira

A realização de busca de sintomáticos respiratórios, através da realização de baciloscopia do escarro, é uma prática que tem sido recomendada pelo Ministério da Saúde do Brasil para aplicabilidade em todos os serviços de saúde do país, particularmente naqueles onde ocorrem o maior risco de tuberculose, o que é particularmente importante quando se trata de unidades que prestam atendimento a PVHIV, uma vez que estes indivíduos tem mais chance de adoecimento por TB. Portanto, a viabilidade financeira da intervenção proposta vem ao encontro de uma necessidade do Hospital Correia Picanço e será realizada com recursos próprios do Serviço, tanto no que se refere a recursos humanos, estrutura física, como ao material utilizado para realização dos exames de baciloscopia.

Estarão comprometidos com este plano de intervenção todos os profissionais envolvidos com o problema da tuberculose no hospital: médicos, enfermeiras, técnicos de laboratórios, farmacêuticos e recepcionistas.

O custo de se colocar como rotina o questionamento de sintomáticos respiratórios e realizar a baciloscopia de escarro vem a ser ínfimo em relação ao benefício de se realizar o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento adequado e eficaz nestes pacientes, com redução da cadeia de transmissão da doença.

3.3 Operacional

O Hospital Correia Picanço, serviço de referência para HIV/AIDS em Pernambuco, atende cerca de 60% da demanda de PVHIV do Estado. O hospital dispõe de um serviço de plantão que funciona 24 horas por dia, um Serviço de Ambulatório Especializado (SAE) e de leitos para internamento. Nos setores de atendimento, é frequente a circulação de pacientes sintomáticos respiratórios, os quais podem ter TB e precisam ser investigados. No entanto, a estratégia de busca ativa dos sintomáticos respiratórios não faz parte da rotina do serviço e, conseqüentemente, não é realizada rotineiramente, o que pode retardar o diagnóstico desta doença.

O Hospital dispõe de uma rede informatizada, que utiliza nas recepções do plantão e do ambulatório (portas de entrada para os pacientes), o questionário do atual Programa de Sistema de Acompanhamento do Paciente (SAPE) que foi

implantado nas grandes emergências do estado de Pernambuco. A introdução de perguntas referentes à investigação e identificação dos sintomáticos respiratórios ao questionário do SAPE, a organização do fluxo de atendimento ao paciente, integrando as equipe de enfermagem, médicos e pessoal de laboratório, além do pessoal de recepção, favorecerá o êxito da estratégia proposta.

Portanto, a implementação da busca ativa dos SR favorecerá o diagnóstico precoce da tuberculose, o início imediato do tratamento e a interrupção da cadeia de transmissão da TB.

4 METAS

- Identificar todos os pacientes sintomáticos respiratórios atendidos pelo plantão e pelo ambulatório do HCP, através do registro no questionário de entrada no serviço;
- Realizar baciloscopia de escarro em todos os pacientes sintomáticos respiratórios identificados,
- Fornecer o resultado da baciloscopia dentro das primeiras três horas do atendimento;
- Iniciar o tratamento da tuberculose para todos os pacientes com baciloscopia positiva, no mesmo dia do diagnóstico;
- Melhorar a adesão ao tratamento;
- Diminuir a cadeia de transmissão da tuberculose e reduzir a incidência da doença em longo prazo;
- Informar correta e prontamente ao Sistema de Notificação de Agravos (Sinan) a ocorrência de todos os casos de TB.

5 ESTRATÉGIAS

- Adequar o programa do SAPE com a inclusão do questionário para SR;
- Treinamento da equipe de recepção para aplicação das perguntas referentes à investigação e identificação dos sintomáticos respiratórios;
- Treinamento da equipe médica e de enfermagem para orientação sobre a coleta do escarro;
- Treinar e atualizar profissionais do laboratório para realização da baciloscopia (BAAR).
- Treinamento da equipe médica, de enfermagem e farmácia para adesão ao tratamento.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Período do estudo

A implantação da busca de sintomáticos respiratórios será iniciada em janeiro de 2013 e será considerada como uma estratégia de intervenção permanente;

6.2 Local do estudo

Este projeto será realizado no Hospital Correia Picanço (HCP), que integra a rede estadual da Secretaria de Saúde de Pernambuco, constituindo-se no serviço de referência para assistência a pacientes com HIV/AIDS (adultos) e meningites no estado. Realiza atendimento de urgência através de um serviço de plantão 24 horas, sendo realizado em uma área específica, e conta com uma equipe de médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, técnicos de radiologia, técnicos de laboratório e assistente social. Dispõe de um total de 73 leitos, dos quais 36 são destinados ao internamento de pacientes com AIDS, além de assistência em regime de hospital-dia, com capacidade para atender, aproximadamente, 10 pacientes/dia.

O atendimento pelo Serviço de Ambulatório Especializado (SAE), exclusivo para os pacientes com HIV/AIDS, é realizado por uma equipe multiprofissional, composta por médicos (infectologista, pneumologista, hematologista, cardiologista, neurologista, dermatologista, ginecologista e psiquiatra), enfermeiros, psicólogos, farmacêutico, assistente social, nutricionista, odontólogo e educador físico.

No HCP, os primeiros casos de AIDS começaram a ser atendidos a partir de 1986 e, desde então, o serviço cadastrou o atendimento de mais de 16.000 indivíduos com HIV/AIDS. Tem atualmente, em registro ativo, cerca de 6.000 pacientes, dos quais aproximadamente 85% em uso de terapia antirretroviral (ARV). Cerca de oitocentos pacientes são matriculados anualmente, na proporção de dois homens para cada mulher. Esta demanda representa cerca 60% do atendimento a pacientes com HIV/AIDS em Pernambuco.

6.3 População do estudo

Serão incluídos no estudo pacientes infectados pelo HIV, com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos pelo plantão e pelo ambulatório, que forem identificados como SR, independentemente do motivo que o levou a procurar o atendimento. Devendo todos os pacientes SR serem submetidos a baciloscopia, e os que não apresentarem secreção poderão realizar a coleta por escarro induzido, através de nebulização, o que facilita a coleta.

6.4 Ações necessárias

- Realizar alterações no SAPE para inclusão das perguntas referentes à investigação e identificação dos sintomáticos respiratórios;
- Elaborar uma oficina com os profissionais da recepção para treinamento referente à aplicação das perguntas de investigação e identificação dos sintomáticos respiratórios;
- Realizar oficinas nos turnos do plantão objetivando o treinamento quanto a coleta e realização do exame de baciloscopia;
- Realizar oficina com técnicos e analistas do laboratório para treinamento quanto à baciloscopia;
- Realizar oficinas nos turnos do plantão com as equipes de médicos, enfermeiros e farmacêuticos, objetivando o treinamento para reforço na adesão ao tratamento.

6.5 Plano de Ação

Matriz do Plano de Intervenção

Diretriz: Implementar estratégias de busca ativa de sintomáticos respiratórios para realizar o diagnóstico precoce e tratamento da Tuberculose Pulmonar em PVHIV.						
Objetivo: Aperfeiçoar a investigação e identificação dos pacientes sintomáticos respiratórios através do questionário no programa do SAPE.						
Meta: Identificar todos os pacientes SR atendidos no hospital pelo registro no questionário de entrada no serviço.						
Estratégias	Atividades	Recursos Necessários	Resultados Esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos de Verificação
Adequação do programa do SAPE com a inclusão do questionário para SR.	Realizar alterações no Sistema SAPE para inclusão do questionário.	Computador.	Sistema Atualizado.	Núcleo de Informática da SES.	30 dias.	Sistema em funcionamento.
Treinamento da equipe da recepção para aplicação das perguntas referentes à investigação dos SR.	Elaborar oficinas com os profissionais da recepção realizando o treinamento no sistema.	Material de expediente, espaço físico, computador, data show e telão.	Equipe treinada.	Equipe de Informática SES/HCP.	30 dias.	Oficina realizada.

Diretriz: Implementar estratégias de busca ativa de sintomáticos respiratórios para realizar o diagnóstico precoce e tratamento da Tuberculose Pulmonar em PVHIV.						
Objetivo: Melhorar o diagnóstico de pacientes bacilíferos através da implementação da Baciloscopia de Escarro para todos os pacientes do SR.						
Meta: Fornecer o resultado da Baciloscopia de Escarro em todos os pacientes do SR.						
Estratégias	Atividades	Recursos Necessários	Resultados Esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos de Verificação
Treinar equipe de enfermagem e de laboratório para orientação e coleta de Baciloscopia.	Realizar oficinas nos turnos de plantão objetivando tanto o treinamento quanto a coleta e realização do exame de Baciloscopia.	Material de expediente, espaço físico, computador, data show e telão.	Equipe treinada.	Equipe CC/H/Laboratório.	60 dias.	Oficinas realizadas.
Treinar e atualizar profissionais do laboratório para realização da Baciloscopia (BAAR).	Realizar oficina com técnicos e analistas do laboratório para treinamento quanto à Baciloscopia.	Material de expediente, espaço físico, computador, data show e telão.	Equipe treinada.	Chefe do Laboratório.	30 dias.	Oficinas realizadas.

Diretriz: Implementar estratégias de busca ativa de sintomáticos respiratórios para realizar o diagnóstico precoce e tratamento da Tuberculose Pulmonar em PVHIV.						
Objetivo: Implementar o início do tratamento para Tuberculose no momento do diagnóstico.						
Meta 1: Iniciar o tratamento para todos os pacientes bacilíferos diagnosticados.						
Meta 2: Melhorar a adesão ao tratamento.						
Meta 3: Diminuir a cadeia de transmissão.						
Meta 4: Informar correta e prontamente ao Sinan os casos de TB.						
Estratégias	Atividades	Recursos Necessários	Resultados Esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos de Verificação
Treinamento da Equipe Médica, de Enfermagem e Farmácia para adesão ao tratamento.	Realizar oficinas nos turnos de plantão objetivando o treinamento para o reforço na adesão ao tratamento.	Material de expediente.	Equipe treinada.	Equipes CCIH / Chefia da Triagem / Ambulatório.	60 dias.	Oficinas realizadas.

6.6 Coleta de dados

As informações referentes aos sintomáticos respiratórios serão retiradas do questionário de SAPE. As informações sobre o resultado da baciloscopia serão registradas em um livro específico da pesquisa. Os dados referentes ao início do tratamento serão retirados da ficha de notificação compulsória da tuberculose.

7 CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO

O presente estudo está planejado para iniciar em janeiro de 2013, com a proposta de se tornar permanente no fluxograma de atendimento do hospital.

ATIVIDADES	Primeiro Semestre 2013						Segundo Semestre 2013					
	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
1. Elaborar Plano de Intervenção	X	X										
2. Realizar capacitação dos funcionários	X	X										
3. Implementar a baciloscopia de rotina		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
4. Realizar reuniões com as equipes da enfermagem, laboratório e farmácia.	X		X		X		X		X		X	
5. Realizar oficina de sensibilização com médicos e enfermeiros do plantão e do ambulatório para destacar a importância da baciloscopia e os riscos da associação TB-HIV	X			X			X			X		
6. Monitoramento dos pacientes em tratamento	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: Aluna, 2012

8 VIABILIDADE

A viabilidade financeira, política e operacional estão em perfeita sincronia com os objetivos do Hospital Correia Picanço, que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e ser um centro de excelência para HIV/AIDS. Os custos para implementar a baciloscopia partirão dos recursos próprios do hospital, dentro do repasse mensal de verba para manutenção.

REFERÊNCIAS

BARREIRA, D; GRANJEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 4-8, 2007

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose Multirresistente. Guia de vigilância Epidemiológica. 1ª ed. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação Epidemiológica da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

JAMAL, L. F.; MOHERDAUI, F. Tuberculose e Infecção pelo HIV no Brasil: Magnitude do Problema e estratégias para o controle. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 104-110, 2007.

LIMA, A. S. Detecção Rápida e Diferenciação de Espécies de Micobactérias através de um Sistema de PCR Multiplex. 2010. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

MARUZA, M.; XIMENES, R. A. A.; LACERDA, H. L. Desfecho do tratamento e confirmação laboratorial em pacientes com HIV/AIDS no Recife, Pernambuco, Brasil. Jornal Brasileiro de Pneumologia, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 394-403, 2008.

MARUZA et al. Tuberculose em indivíduos infectados pelo HIV em Pernambuco. Infectious Diseases, London, v. 11, n. 351, p. 3-8, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2334/11/351>>. Acesso em: 02 de jan 2012.

MOREIRA, C. M. M. et al. Sintomáticos respiratórios nas unidades de atenção primária no município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1619-1626, ago, 2010.

MUNIZ, J. N. et al. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitário de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p. 315-321, 2005.

OLIVEIRA, M. M. M. B. Tuberculose em indivíduos infectados pelo HIV em Pernambuco. 2011. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Municípios prioritários de Pernambuco em casos de tuberculose. Ministério da Saúde: Recife, 2010.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Programa Estadual de DST/AIDS. Boletim informativo DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, ano 9, n. 2, dez. 2009.

PERNAMBUCO. SINAN/SES/DST/AIDS-PE. Situação da tuberculose em Pernambuco. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

RUFFINO NETTO, A. Tuberculose: A calamidade negligenciada. Rev Soc Bras Med Trop, São Paulo, v. 35, n. 1, p.51-8, 2002.

SANTO, A. H.; PINHEIRO, C. E.; JORDANI, M. S. Causas Múltiplas de Morte Relacionadas à Tuberculose no Estado de São Paulo, 1998. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 37, n. 6, p.714-721, 2003.

SANTOS, D. M. R. Implementação do programa de controle da tuberculose do município de Abreu e Lima - Recife, 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SANTOS, J. Resposta Brasileira ao Controle da Tuberculose. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 89-94, 2007.

SANTOS, M. L. S. G. et al. A dimensão epidemiológica da coinfeção TB/HIV. Rev. Latino-am Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, set./out. 2009.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v. 43, n. 3, may/june, 2009.

SILVA, H. O.; GONÇALVES, M. L. C. Coinfecção tuberculose e HIV nas capitais Brasileiras: Observações a partir dos dados do sistema de informação de agravos de notificação. Rev. Brasileira em Promoção da Saúde, Porto Alegre, v. 22, n. 4, p, 246-53, Mar, 2009.

VERAS, J. Recife: capital da tuberculose. Folha de Pernambuco, Recife, 1 jul. 2009. Grande Recife, Saúde, p. 1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Status of tuberculosis in the 22 high-burden countries. Genebra, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The Stop TB Strategy. Genebra, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Control: a short update to the 2009 report. Genebra, 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. Genebra, 2009b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Rapid advice: antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents. Genebra, 2009c.

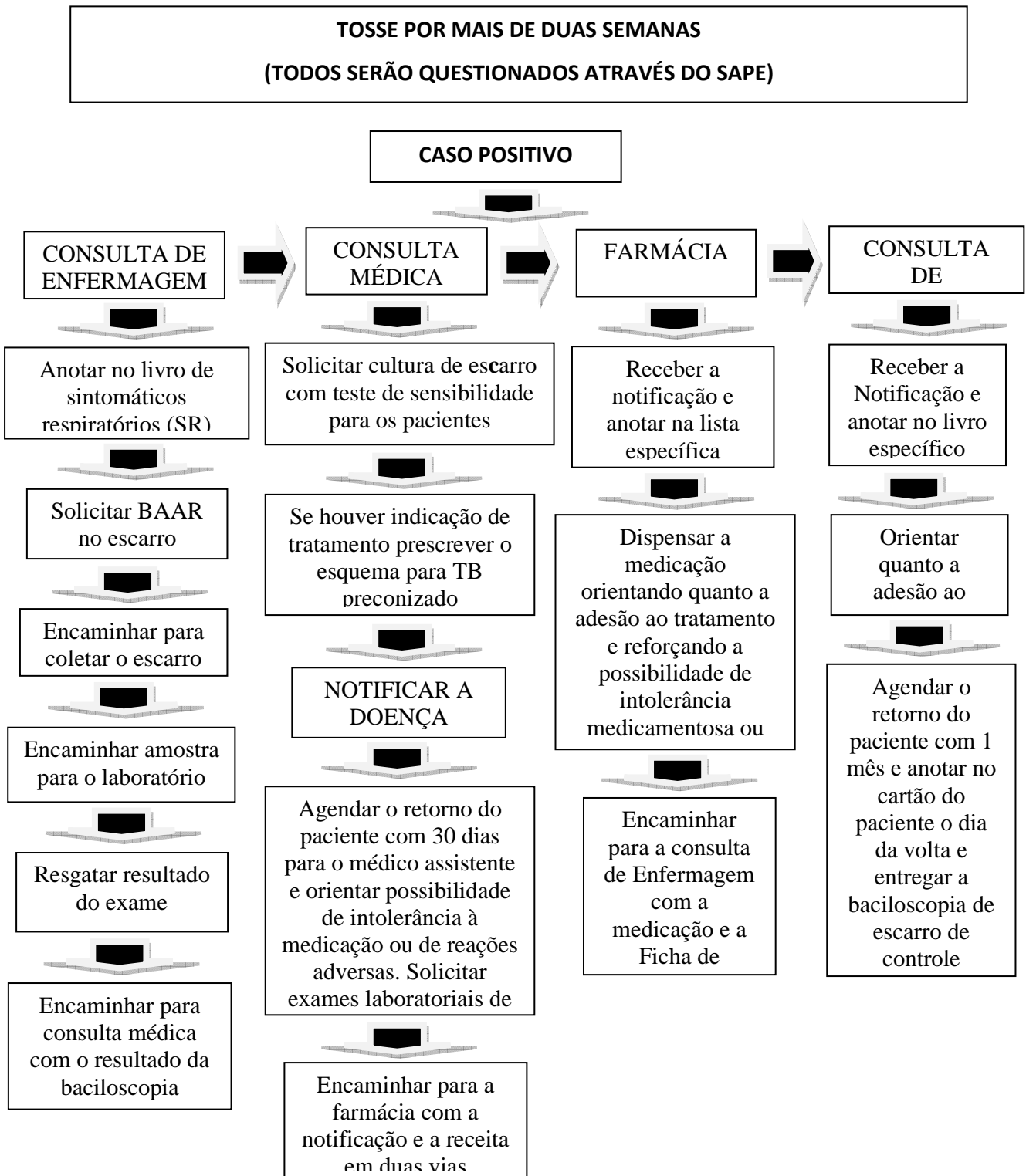
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Control: WHO report 2010. Geneva, 2010a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Multidrug and extensively drug-resistant TB(M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response. Genebra, 2010b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Treatment of Tuberculosis: guidelines – 4th ed. Genebra, 2010c.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Control: WHO report, 2011. Genebra, 2011

APÊNDICE



Fluxograma do atendimento ao paciente sintomático respiratório com suspeita de tuberculose pulmonar.