

Castillo, Amanda Diniz Del;Souza Maia, Aracéli Patrícia;Alves Moreira, Kátia
Fernanda;Miranda dos Santos, Marcuce Antônio
A operacionalização das ações do programa de controle da tuberculose na rede básica
de saúde do município de Porto Velho, RO
Saúde Coletiva, Vol. 29, Núm. 6, abril, 2009, pp. 84-89
Editorial Bolina
Brasil

Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84211419005>

saúdecoletiva

Saúde Coletiva
ISSN (Versión impresa): 1806-3365
editorial@saudecoletiva.com.br
Editorial Bolina
Brasil

¿Cómo citar?

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista

A operacionalização das ações do programa de controle da tuberculose na rede básica de saúde do município de Porto Velho, RO

O objetivo deste estudo foi descrever a operacionalização das ações e serviços do Plano de Controle da Tuberculose oferecido aos usuários na rede básica de saúde no município de Porto Velho. Optou-se pela pesquisa de natureza descritiva com enfoque exploratório. Foram estudadas 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da área urbana do município. Fizeram parte do estudo os profissionais de saúde que realizam o atendimento aos usuários das unidades de saúde após concordarem em participar da pesquisa. No total foram 10 enfermeiros, 10 médicos generalistas, seis bioquímicos/biomédicos e três agentes comunitários de saúde. Os resultados do estudo sugerem que os profissionais, mesmo treinados, têm dificuldade de operacionalizar as ações de controle para a tuberculose, devido à não adequação da estrutura das unidades aos parâmetros propostos pelo Ministério da Saúde. Aparentam também a necessidade da implementação efetiva da estratégia DOTS e aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família. **Descritores:** Tuberculose, Operacionalização das ações, Sistema Único de Saúde.

The objective of this study was to describe the operationalization of the actions and services of the Tuberculosis Control Plan offered to the basic health network users in the city of Porto Velho, Brazil. It was opted the descriptive research with an explore approach. 10 Basic Health Units (UBS) located at the urban area of the city have been studied. The ones considered in this study were the health professionals who attended patients in the health units, who also agreed to participate of this research. Overall, 10 nurses, 10 generalist doctors, six biomedical/biochemists and three community health agents were included. The results of the study suggest that the professionals, even though trained, have difficulty to operationalize the actions for the tuberculosis control, due to the unit's inadequate structure in regard to the parameters pointed by the Federal Health Department. They also show the need to effectively deploy the DOTS strategy DOTS and to increase the covering area of the Health of the Family Strategy. **Descriptors:** Tuberculosis , Operacionalization of the actions, United Health System.

El objetivo de este estudio fue describir el funcionamiento de los servicios y las acciones del Plan de Control de la Tuberculosis ofrecidos a los usuarios en la red básica de la salud en la ciudad de Porto Velho, Brasil. Se optó por la investigación de carácter descriptivo con enfoque exploratorio. Se han estudiado 10 Unidades Básicas de Salud (UBS) de la zona urbana de la ciudad. Han sido parte del estudio los profesionales de la salud que llevan a través del servicio de atención al cliente de las unidades de salud, después de llegar a un acuerdo para participar de la investigación. En total han sido 10 enfermeros, 10 médicos, seis biomédica/bioquímicos y tres agentes comunitarios de salud. Los resultados del estudio sugieren que los profesionales, aunque capacitados, tienen dificultades para implementar las acciones de control de la tuberculosis, debido a la inadecuación de la estructura de las unidades a los parámetros considerados por el Departamento de Salud. También señalan la necesidad de la aplicación de la estrategia DOTS y de aumento de la cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia. **Descritores:** Tuberculosis, Implementación de las acciones, Sistema Único de Salud.

Amanda Diniz Del Castillo: Enfermeira. Especialista em Doenças Tropicais e em Saúde da Família pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR. Supervisora da Equipe Saúde da Família da Unidade de Saúde Pedacinho de Chão. amandadiniz@ibest.com.br

Aracéli Patrícia Souza Maia: Enfermeira. Especialista em Doenças Tropicais e em Saúde da Família pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR. Supervisora da Equipe Saúde da Família da Unidade de Saúde Ernandes Índio.

Kátia Fernanda Alves Moreira: Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Docente e Chefe do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia. Coordenadora do Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva/DENF/UNIR.

Marcuce Antônio Miranda dos Santos: Enfermeiro. Residente em Saúde da Família pela Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

Recebido: 15/05/2008
Aprovado: 12/11/2008

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma enfermidade antiga que persiste como problema sério de saúde pública, necessitando de uma urgente atenção. Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), dois bilhões de pessoas correspondendo a um terço da população mundial está infectada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que causa a TB. Destes, oito milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão a cada ano¹.

Entre as razões para tal cenário, deve-se assinalar: desigualdade social e suas implicações; advento da Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS); movimentos migratórios e envelhecimento da população. Nas últimas décadas, o controle da TB foi grandemente negligenciado pelas políticas públicas, pela sociedade e mesmo pela comunidade científica na falsa ilusão de que o problema estaria resolvido e/ou sob controle. Acrescenta-se a estes fatos o aumento progressivo de bacilos multirresistentes aos medicamentos disponíveis no mercado².

No Brasil, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) foi avaliado por peritos internacionais, os quais apontaram elevadas taxas de abandono e baixos percentuais de cura, exigindo prioridade na adoção das práticas existentes, bem como a implementação da capacidade de atuação do programa. Este Plano tinha como principal meta o controle da TB, nos municípios onde a doença atingisse sua maior força no Território Nacional. Desta forma, foram selecionados no Brasil, 230 municípios prioritários, mediante a análise de alguns indicadores. Entre os critérios para inclusão, estabeleceu-se que o município deveria ter população acima de 50.000 habitantes, coeficiente de incidência acima da média brasileira (58,4/100.000 habitantes, em 1995), óbitos por TB acima de 5% dos casos novos no ano, cura abaixo de 85%, abandono acima de 10% e elevada incidência de casos de AIDS³.

Dentre as várias estratégias para estender o PNCT à rede básica de saúde está a descentralização do acompanhamento de portadores de tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde. Para atingir as metas do PNCT o Ministério da Saúde propõe a consolidação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF) para reorganização da atenção básica⁴.

Com esse modelo de atenção, o controle da TB direciona as ações de vigilância em saúde melhorando o acompanhamento de casos, buscando aumentar os índices de alta por cura, diminuir os índices de abandono.

Através da atual estratégia Directly Observed Treatment, Short Course (DOTS) o serviço de saúde atende com maior atenção os grupos de risco: etilista, drogaditos, presidiários, mendigos, casos de retratamento após abandono e doentes ins-

titucionalizados redirecionado a assistência em prol do controle da tuberculose⁴.

De forma geral, essa pesquisa buscou compreender a realidade do PCT em Porto Velho e despertou em descrever as ações desenvolvidas na rede básica do município, tomando como base as informações dos profissionais de saúde, a estrutura física da UBS e a operacionalização das ações de controle da tuberculose nas UBS.

A relevância deste estudo justifica-se pela necessidade de oferecer subsídios para o avanço da assistência ao doente de tuberculose durante seu tratamento, para que sejam implementados estrutura necessária e procedimentos adequados de acom-

"A DESCENTRALIZAÇÃO DO PCT EM PORTO VELHO TEVE INÍCIO NO ANO DE 2000. SEGUNDO A SEMUSA-PVH, AS AÇÕES SE EFETIVARAM APENAS EM 2003 E, ATUALMENTE, TODAS AS UNIDADES DE SAÚDE ESTÃO DESCENTRALIZADAS"



panhamento, de forma a fortalecer o controle e o combate à tuberculose em nível local. Além disto, pretende-se identificar os aspectos que fragilizam e potencializam o programa e, desta forma, propor ações que visem à obtenção da qualidade do serviço.

Diante do exposto, foram delimitados como objetivos deste estudo: descrever a operacionalização das ações e serviços do PCT oferecidos aos usuários na rede básica de saúde no município de Porto Velho; avaliar os recursos humanos e materiais das Unidades Básicas de Saúde para o acompanhamento dos casos de tuberculose; avaliar as medidas administrativas, ambientais e de proteção respiratória no controle da tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde e descrever as ações de controle da tuberculose realizadas nas Unidades Básicas de Saúde pelos diversos profissionais de saúde que realizam o atendimento aos usuários.

METODOLOGIA

O estudo se insere na abordagem quantitativa, que utilizou um desenho de estudo descritivo, com um enfoque exploratório. O local do estudo foi o município de Porto Velho que registra uma população urbana de 334.661 habitantes, onde 49,82 % são do sexo masculino e 50,18 % é do sexo feminino. Na área rural temos uma população de 60.952 habitantes⁴.

A pesquisa foi realizada em todos os Centros de Saúde e em Unidades de Saúde da Família da área urbana do município de Porto Velho, nos meses de novembro de 2006 a fevereiro de 2007, totalizando 10 unidades, respeitando-se as questões éticas baseadas na resolução n.196/CNS/1996. Foram excluídas as unidades de saúde nas quais as pesquisadoras exercem sua função.

O total de funcionários nas UBS estudadas são 352. Destes, 41 são médicos, 22 enfermeiros, 12 bioquímicos e 104 ACS, além de 10 Diretores. Neste estudo foram pesquisados 10 médicos, 10 enfermeiros, seis bioquímicos e três ACS.

Os profissionais participaram do estudo no horário do expediente, antes ou após o atendimento. O tempo gasto para cada questionário foi em média 15 minutos para cada profissional.

Como critérios de inclusão foram considerados todos os profissionais de saúde de nível superior que no período da coleta de dados estivessem desenvolvendo suas atividades de atendimento ao usuário com tuberculose (TB), excluindo o odontólogo por exercer ações de saúde bucal independente da patologia. Foi incluído no estudo o ACS, por ser o profissional que faz acompanhamento domiciliar diário.

Para a coleta de dados foram utilizados três roteiros de observação para avaliar a estrutura física, equipamentos, número de recursos humanos que trabalham com o programa e as ações de vigilância em saúde (epidemiologia, estratégia DOTS, busca ativa de sintomáticos, faltosos e comunicantes) disponibilizados pelo PCT do município de Porto Velho na UBS e USF em comparação aos PNCTs preconizados pelo Ministério da Saúde.

Investigou-se ainda a disponibilidade de veículo para deslocamento da Equipe de Saúde, a existência de prescrição e acompanhamento dos casos, dispensação de medicamentos e levantamento dos profissionais que atendem os usuários das UBS.

Além disso, o questionário foi estruturado para os profissionais da UBS e USF que estavam presentes no horário do expediente e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O questionário foi subdividido e composto com 11 questões para médico e enfermeiro, sete questões para o bioquímico/biomédico e nove para o agente comunitário de saúde, dentre questões fechadas e abertas. Realizou-se registro fotográfico da estrutura física das UBS e USF. O registro fotográfico foi um instrumento utilizado para auxiliar a investigação das ações de controle do PCT no município de Porto Velho no que se refere aos itens abaixo relacionados: sala de atendimento (pia, ventilação, sabão líquido, papel toalha); dispensação de medicamentos; área para nebulização; sala de espera e local para coleta de escarro.

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos, usando windows word e excel.

A realização desse estudo foi baseada na resolução n.196/CNS/1996, que trata da regulamentação para o desenvolvimento da pesquisa que só foi iniciada após a autorização do dirigente para sua realização nas unidades foco do estudo e após a concordância dos sujeitos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos, usando windows word e excel.

A realização desse estudo foi baseada na resolução n.196/CNS/1996, que trata da regulamentação para o desenvolvimento da pesquisa que só foi iniciada após a autorização do dirigente para sua realização nas unidades foco do estudo e após a concordância dos sujeitos que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Organização da rede de assistência à tuberculose no município

A descentralização do PCT em Porto Velho teve início no ano de 2000. Segundo a SEMUSA-PVH, as ações se efetivaram apenas em 2003 e, atualmente, todas as Unidades de Saúde estão descentralizadas. A partir de então, o tratamento passa a ser realizado nas UBS para facilitar o acesso dos usuários ao diagnóstico, tratamento e

acompanhamento. Em relação à Estratégia "DOTS" em Rondônia, esta teve início gradativo em 2003. A partir de março de 2005 foi ampliando nos seis municípios prioritários: Porto Velho, Cacoal, Ariquemes, Guajará Mirim, Ji-Paraná e Vilhena.

Estrutura física e equipamentos

A estrutura física das UBS estudadas apresenta SAME, sala de triagem (às vezes improvisadas pelo corredor), consultório médico, consultório de enfermagem, sala de curativo, farmácia, área para nebulização, corredor de espera, banheiro para funcionário, banheiro para usuário, copa para funcionários, área livre (fundos).

Todos os consultórios (médico e de enfermagem) possuem janelas de vidro com boa iluminação artificial e natural e com pouca ventilação. O uso do ar condicionado comum é unânime em todas as unidades. Esses consultórios são de uso comum para todos os usuários que frequentam a UBS (gestantes, mulheres, homens e crianças).

"O II CONSENSO BRASILEIRO DE TUBERCULOSE: DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TUBERCULOSE REALIZADO EM 2004 REFERE QUE A PESQUISA BACTERIOLÓGICA É UM MÉTODO PRIORITÁRIO, QUER PARA O DIAGNÓSTICO, QUER PARA O CONTROLE DO TRATAMENTO DA TB, ALÉM DE PERMITIR A IDENTIFICAÇÃO DA PRINCIPAL FONTE DE TRANSMISSÃO DA INFECÇÃO: O PACIENTE BACILÍFERO"

Das UBS pesquisadas, 60% possuem pias nos consultórios, 100% não possuem papel toalha e dispensador de sabão líquido.

O corredor de circulação de pessoas serve como sala de espera com bancos de madeira para usuários que aguardam atendimento. Possui duas portas que dão acesso ao outro lado. As unidades de saúde utilizam ainda salas ou espaços do corredor para o procedimento de nebulização. Isto pode significar a má circulação de ar e a propensão de difundir com maior facilidade o *M. tuberculosis*.

Segundo o I Fórum de Tuberculose em Rondônia (2005) é sugerido o uso de filtros de ar proporcionando a troca constante do ar ambiente de um determinado local, ou ainda improvisando a ventilação negativa com ventiladores ou exaustores levando o ar contaminado para ambiente de área livre, sem aglomerados de pessoas.

A limpeza das unidades é feita todos os dias ao final do expediente, por profissionais contratados pela prefeitura como auxiliar de serviços gerais.

Quanto aos equipamentos foram observados a existência de balança antropométrica, esfigmomanômetro, estetoscópio, em todos os serviços de saúde, para realização da triagem do paciente. Nota-se a importância do acompanhamento mensal do peso em função da utilização da dosagem terapêutica adequada e sucesso do tratamento, evitando multirresistência. Além disso, o estetoscópio que é complementar na consulta para ausculta pulmonar não foi observado nos consultórios, somente na sala de triagem.

Das unidades de saúde pesquisadas, sete possuem laboratório. Destas, cinco apresentam capela para pesquisa de BAAR, porém apenas uma se diz capacitada com equipamento de proteção adequado para tal procedimento.

Recursos humanos: formação, permanência no serviço e capacitação

Nas UBS tradicionais a equipe é composta por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais, auxiliar de dentista, diretor administrativo e secretária. Nas que possuem laboratório existe

Gráfico 1. Tempo de formação profissional dos profissionais de saúde nas UBS - Porto Velho, 2006

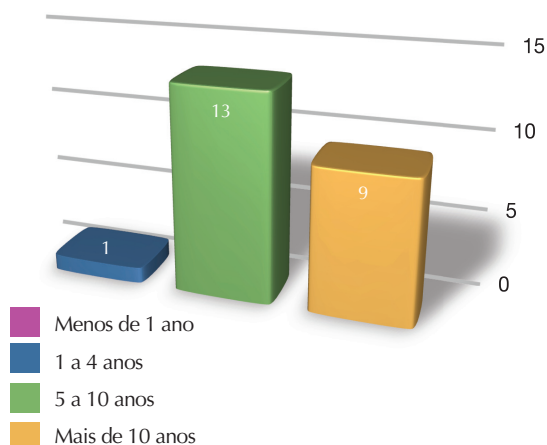
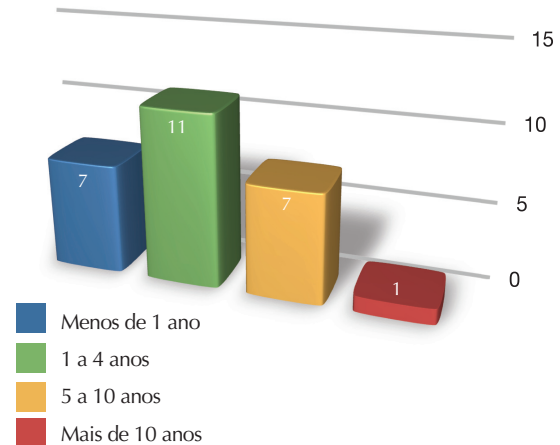


Gráfico 2. Tempo de permanência dos profissionais de saúde nas UBS - Porto Velho, 2006



ainda o bioquímico/biomédico e o auxiliar de laboratório.

Nas USF esses profissionais trabalham de forma interdisciplinar e com território definido. Além dos profissionais citados, a equipe possui o ACS que acompanha as famílias adscritas formando maior vínculo entre profissional e usuário.

Com relação ao tempo de formação dos profissionais do estudo, 56,52% referem estar formados entre cinco e 10 anos (gráfico 1).

No que se refere ao tempo de permanência dos profissionais de saúde nas UBS, dos 26 profissionais, 11 estão desenvolvendo suas atividades no período de um a quatro anos (gráfico 2).

Para o PCT, na América Latina, os recursos apresentam barreiras importantes, visto que, há frequente rotatividade de funcionários de todos os níveis. Isto é comum devido a mudanças políticas que afetam de modo sistemático a equipe de gerência das ações de controle em vigilância em saúde⁵.

A interação entre médicos e pacientes também tem sido identificada como importante. Pacientes que não confiam no sistema de saúde ou nos médicos são mais propensos a não aderirem ao regime medicamentoso⁶.

Essas mudanças nas UBS dificultam a criação de vínculo que o usuário estabelece com a equipe, prejudicando assim as ações de controle da tuberculose.

Em busca da funcionalidade da operacionalização, investiga-se a capacitação em tuberculose dos profissionais. Dos 10 médicos e 10 enfermeiros do estudo, 60% referem treinamento em TB. Dos seis bioquímicos, apenas 33,3% relatam ter algum treinamento sobre o assunto. Dos três ACS, um não teve treinamento.

Conforme Protocolo de Treinamento de ACS, todos devem receber o treinamento introdutório que inclui as ações de controle da TB para o ACS antes de iniciar suas atividades de campo⁷.

O sistema de saúde deve realizar a humanização do atendimento, com educação permanente, melhorando a rede do SUS, tanto nos conteúdos técnicos quanto no contato dos profissionais com a população que demanda esses serviços⁸.

É importante ressaltar que para ocorrer mudanças na prática dos serviços, seria necessária a implementação de programas de formação e capacitação dos profissionais que já

ingressaram no serviço de saúde com permanente integração ensino-pesquisa e serviço, de maneira a colaborar em estratégias de formação de profissionais de saúde para o ensino permanente⁹.

Atribuições da Unidade Básica de Saúde

Quanto às ações de vigilância da saúde na observação feita pelas pesquisadoras foi encontrada a ficha de notificação de TB em 60% das UBS. Foi observado que 50% dos profissionais assumem a investigação e realizam a notificação dos casos.

Com relação ao atendimento e acompanhamento de portadores de tuberculose, dos 10 profissionais enfermeiros, 70% fazem atendimento e acompanhamento. Dos 10 médicos, 20% não quiseram participar da pesquisa, e 70% atendem e acompanham portadores de TB. Dos três ACS, apenas um disse que não acompanha porque não há nenhum caso na sua área de abrangência.

Na pesquisa, percebe-se que em Porto Velho, 70% das UBS e USF estudadas atendem e acompanham os casos de tuberculose apresentando uma melhora no acompanhamento de seus casos, conforme proposta do Ministério da Saúde.

Quando os profissionais foram questionados sobre a identificação do usuário portador de tuberculose na UBS, 50% dos enfermeiros e 60% dos médicos acreditam que a unidade está preparada para identificar os casos de TB.

O II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose realizado em 2004, refere que a pesquisa bacteriológica é um método prioritário, quer para o diagnóstico, quer para o controle do tratamento da TB, além de permitir a identificação da principal fonte de transmissão do paciente bacilífero. Dos profissionais enfermeiros e médicos, respectivamente, 80% e 50%, referem que a UBS não realiza diagnóstico para TB.

Quanto ao tratamento do portador de tuberculose, 80% dos enfermeiros e 50% dos médicos relatam a possibilidade do tratamento nas suas unidades de saúde.

É importante ressaltar que o tratamento dos casos não se resume a simples entrega do medicamento, mas também busca ativa de casos, controle de comunicantes e quimioprofilaxia quando necessário. Em se tratando dessas ações de controle da TB, foi observado que 50% das UBS fazem tal atividade. Porém, a falta de veículo em todas as UBS para realizar a busca ativa dos comunicantes e dos faltosos pode justificar a deficiência observada.

Conforme Manual Técnico para o Controle da Tuberculose¹⁰, o tratamento deve ser acompanhado nas UBS. Os portadores de TB que apresentarem antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia e/ou nefropatia aguda ou crônica e ainda portadores de HIV/AIDS deverão ser encaminhados para a unidade de referência.

Segundo Protocolo Municipal do Programa de Controle da Tuberculose do município de Porto Velho (2005) a referência para TB é a Policlínica Rafael Vaz e Silva. Em 2005 as UBS notificaram 30 casos. Porém, nota-se que o número de notificações desta enfermidade na referência municipal, que era para estar acompanhando casos de reação adversa, multiressistência ao

tratamento, é bem maior totalizando 47 casos. Na referência estadual o número aumenta ainda mais para 92 casos notificados.

Esses dados mostram que a referência e contra-referência no município de Porto Velho ainda não estão funcionando na prática. É central no SUS o princípio da integralidade, assegurando a todo brasileiro que a complexidade de seu problema será equacionada em todos os aspectos⁸. Para isso, esse serviço de referência e contra-referência precisa estar funcionando para que todo indivíduo que demanda dos serviços básicos, tenham acesso a recursos mais complexo, assim como retorno, uma vez resolvido seu problema.

Sendo assim, a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser uma prioridade nacional no momento. A tradução política do governo brasileiro para tanto é a Estratégia Saúde da Família⁸.

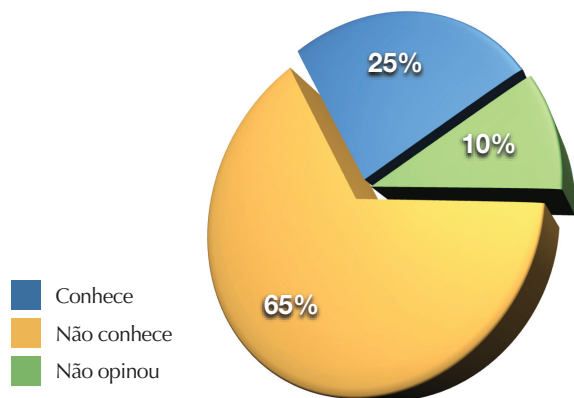
Os gestores do município de Porto Velho também visam à vigilância da saúde na APS e tem como meta a ampliação das equipes da ESF. Atualmente o município possui 14 equipes de Saúde da Família na zona urbana e 13 na zona rural.

A capacidade do sistema de serviços de saúde é o que propicia a prestação destes serviços. Seus elementos capacitadores consistem dos recursos necessários para oferecer os serviços: o envolvimento de todos os profissionais e sua educação e treinamento, as instalações e equipamentos devem atender a realidade do serviço, organização nos serviços desenvolvendo trabalho em equipe tanto entre profissionais como entre instituições e gerenciamento das ações para garantir acesso ao atendimento¹¹.

Um dos problemas para a UBS assumir os casos de TB é falta de territorialização nas áreas que não possui PACS/PSF,

"É IMPORTANTE RESSALTAR QUE PARA OCORRER MUDANÇAS NA PRÁTICA DOS SERVIÇOS, SERIA NECESSÁRIA A IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS DE FORMAÇÃO E CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS"

Gráfico 3. Conhecimento acerca da estratégia DOTS, segundo médicos e enfermeiros - Porto Velho, 2006



além da falta de trabalho em equipe e desconhecimento da hierarquização dos serviços de saúde.

Em se tratando da estratégia DOTS, dos 20 profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) questionados, 65% desconhecem a estratégia que visa alcançar melhorias ao PCT. Nas UBS/USF estudadas não foram observadas a implementação da estratégia DOTS no serviço.

A estratégia DOTS caracteriza-se pela observação e monitoração da administração de medicamentos, mas não deve ser entendida apenas como tal. Na realidade compreende um corpo de medidas que se complementam definidas pela OMS como cinco pilares da estratégia: 1) detecção de casos por microscopia; 2) tratamento diretamente supervisionado; 3) provisão regular das drogas tuberculostáticas; 4) sistema eficiente de registros de dados; e 5) compromisso político no controle da tuberculose⁴.

É necessário avaliar se os recursos disponíveis nos serviços são estáveis ou não influenciados pelo contexto imediato em que se desenvolvem as ações do DOTS, com o intuito de identificar o quanto pode influenciar na cobertura e no próprio desempenho da estratégia¹².

As características da estrutura do PCT e do serviço de saúde influenciam na definição da cobertura e na organização do DOTS, pois é a estrutura que propicia a prestação dos serviços no sistema de saúde¹¹.

CONCLUSÃO

Este estudo focalizou a operacionalização das ações de controle da TB nas UBS do município de Porto Velho que está sendo implementada desde 2000. Porém até o ano corrente, encontra-se em processo de estruturação e reorganização da

atenção básica em prol da descentralização, dando acessibilidade e resolubilidade aos portadores de tuberculose.

Para adequação da estrutura física de atendimento aos portadores de tuberculose faz-se necessário à criação da Comissão Municipal de Controle de Infecção para melhorar a ventilação dos consultórios e sala de espera, local adequado para a coleta de escarro e nebulização, além da previsão de materiais básicos para antisepsia das mãos.

O tempo de permanência do profissional de saúde na UBS pode influenciar o elo de ligação da comunidade, pois se forma um vínculo de confiança entre usuário e profissional de saúde.

Ressalta-se ainda a importância de capacitações contínuas em prol dos profissionais de saúde principalmente no que tange a sensibilização dos profissionais de nível médio e elementar, visto que são esses que na maioria das vezes recebem os usuários no primeiro contato com o serviço.

A perspectiva dos gestores municipais de Porto Velho se baseia em dois pontos: o aumento da cobertura das equipes saúde da família e a estratégia DOTS. A maioria dos profissionais do estudo desconhece a estratégia DOTS, dificultando assim a implementação dessa ação de controle da TB.

A partir deste estudo, algumas recomendações se colocam: definir território das UBS/USF, recursos humanos em quantidade e capacitados para atendimento ao controle de TB, adequação da estrutura física das unidades para o atendimento ao usuário portador de TB, criação da Comissão Municipal de Controle de Infecção, comprometimento e envolvimento dos profissionais de saúde na atenção básica, implementação efetiva da estratégia DOTS, ampliação da cobertura de Saúde da Família no município.

"O TRATAMENTO DOS CASOS NÃO SE RESUME A SIMPLES ENTREGA DO MEDICAMENTO, MAS TAMBÉM BUSCA ATIVA DE CASOS, CONTROLE DE COMUNICANTES E QUIMIOPROFILAXIA QUANDO NECESSÁRIO"

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa nacional de controle da tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose, 1, 2002, Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ; 2002.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Controle da tuberculose: diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
4. Brasil. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano de controle de tuberculose no Brasil no período de 2001-2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. WHO. What is DOTS? A guide to understanding the WHO-recommended tb control strategy known as DOTS. WHO/cds/cpc/tb/99.270. 2004.
6. Oliveira HB, Marin Leon L, Gardinali J. Análise do programa de controle da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas - SP. J Bras Pneumol. 2005;31: 2.
7. Brasil. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano nacional de controle de tuberculose: normas técnicas estrutura e operacionalização. 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Controle da Tuberculose. Uma proposta de integração ensino-serviço. 5 ed. Brasília: CNCT/NUTES; 2002.
9. Gazetta CE. Controle dos comunicantes de doentes de tuberculose: ações realizadas no programa de controle da tuberculose, no município de
10. Ribeirão Preto -SP [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2004.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual para o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica nº 6. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
12. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2 ed. Brasília: MS/UNESCO; 2004.
13. Gonzales RIC. O tratamento supervisionado no domicílio para o controle da tuberculose no município de Ribeirão Preto, SP - Brasil: avaliação do desempenho [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.