

CONTROLE DE COMUNICANTES DE TUBERCULOSE NO BRASIL: REVISÃO DE LITERATURA (1984- 2004)

Cláudia Eli Gazetta¹

Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos¹

Sílvia Helena Figueiredo Vendramini¹

Nadia Antonia Aparecida Poletti¹

José Martins Pinto Neto²

Tereza Cristina Scatena Villa³

Este estudo tem como propósito identificar as medidas de controle de comunicantes de tuberculose (TB) no Brasil, inseridos nos planos de controle da TB. Trata-se de artigo de revisão da literatura referente ao período de 1984 a 2004, que tem como fonte os manuais de controle da TB do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, e artigos localizados nas bases de dados Medline e Lilacs. Resultados: identificou-se lacuna na normatização das medidas de controle durante a década de 1984 a 1994. Conclui-se que faltou aos profissionais de saúde incorporar as ações de controle e prevenção de TB na perspectiva da vigilância em saúde e monitoramento sistemático.

DESCRITORES: tuberculose; busca de comunicante; vigilância epidemiológica

TUBERCULOSIS CONTACT CONTROL IN BRAZIL: A LIBERATURE REVIEW (1984-2004)

This study aims to review plans for tuberculosis control through the analysis of measures for tuberculosis contact tracing in Brazil from 1984 to 2004. This article presents a literature review on tuberculosis control published in manuals of the Ministry of Health and the State Department of Health of Sao Paulo, and in Medline and Lilacs databases. There was a gap in the standardization of control measures in the decade from 1984 to 1994. It was concluded that health professionals need to incorporate TB control and prevention actions from the perspective of health surveillance and systematic monitoring.

DESCRIPTORS: tuberculosis; contact tracing; epidemiological surveillance

CONTROL DE CONTACTOS DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN BRASIL: REVISION DE LA BIBLIOGRAFÍA (1984-2004)

Este estudio tuvo como objetivo identificar las medidas de control entre los contactos con tuberculosis (TBC), a través del análisis de la evolución de estas medidas en el Brasil, como parte de los planes para el control de la TBC. Artículo de revisión de la bibliografía entre el período de 1984 a 2004, que tuvo como fuentes los manuales de control para la TBC del Ministerio de Salud y de la Secretaria del Estado de São Paulo, así como artículos ubicados en las bases de datos Medline y Lilacs. RESULTADOS: Fue identificada una laguna en las normas para determinar las medidas del control durante la década de 1984 a 1994. Se concluye que existió falta de involucramiento por parte de los profesionales de la salud en las acciones de control y prevención para la TBC, basadas en las perspectivas de vigilancia en salud y monitoreo sistemático.

DESCRIPTORES: tuberculosis; trazado de contacto; vigilancia epidemiológica

¹ Professor Doutor do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Brasil, e-mail: tite@eerp.usp.br; Isperli@yahoo.com.br, silviavendra@eerp.usp.br, nadiapoletti@terra.com.br; ² Professor Doutor do curso de graduação em Enfermagem da FEF, e-mail: jpintoneto@terra.com.br; ³ Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil, e-mail: tite@eerp.usp.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB), doença milenar, ainda constitui relevante problema de saúde pública, apesar de importantes progressos obtidos na última década do século XX. Os avanços no conhecimento e na tecnologia disponíveis para o controle não têm sido suficientes para impactar na morbimortalidade, principalmente, em países em desenvolvimento como o Brasil⁽¹⁾.

Por ser doença de relevância, no que se refere ao mecanismo de transmissão, requer alguns cuidados na busca de sintomáticos respiratórios. Assim, todo caso suspeito deve ser examinado e, uma vez confirmado o diagnóstico, a investigação epidemiológica e a adoção de medidas de controle devem ser realizadas de acordo com a normatização do Ministério da Saúde (MS) e da Secretaria de Estado da Saúde. A investigação epidemiológica deve incluir o exame das pessoas que convivem com o doente, com o objetivo de descobrir a fonte de infecção e de conhecer outros casos oriundos do caso-índice⁽²⁾.

Vale ratificar que a melhor estratégia de prevenção da doença é a descoberta e cura de casos bacilíferos, sendo a baciloscopia um dos indicadores epidemiológicos de maior relevância, usada atualmente para expressar a magnitude do problema da TB e sua tendência em uma comunidade⁽³⁻⁴⁾.

A fonte de infecção, freqüentemente, é um indivíduo com 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 poderia infectar, em média, de 10 a 15 pessoas que com ela tenham tido contato^(3,5).

A fala, o espirro e a tosse de um doente de tuberculose pulmonar lançam no ar gotículas de tamanhos variados. As gotículas mais pesadas se depositam, e as mais leves permanecem em suspensão no ar, porque são pequenas ou sofrem evaporação. Os núcleos de Wells, com diâmetros de até 5µ e com 1 a 2 bacilos em suspensão, podem atingir os bronquíolos e alvéolos e iniciar a multiplicação⁽⁴⁾.

Existe consenso entre os estudiosos de tuberculose, de que, toda vez que uma pessoa tosse, ela joga 3.500 partículas infectantes no meio ambiente e, cada vez que espirra, joga um milhão delas⁽⁵⁾. Pesquisa, realizada no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), demonstrou que o

risco de contaminação por tuberculose entre os funcionários do hospital foi de 8,2%, para a média nacional de 0,8% . Esses resultados deixaram em evidência o problema do risco de contaminação da tuberculose a que os profissionais de saúde estão expostos, nas atividades cotidianas de trabalho⁽⁵⁾.

Alguns autores defendem o controle dos comunicantes como um dos meios para o diagnóstico precoce dos casos de TB e diminuição da disseminação da doença⁽⁴⁻¹⁰⁾. No entanto, na prática, observa-se que essa estratégia não tem sido implantada com acompanhamento sistemático através de registros no sistema de informação, apesar de ser recomendada pelo Programa de Controle de Tuberculose (PCT)⁽⁸⁾.

Embora seja sério problema de saúde pública, no Brasil existe um número reduzido de pesquisas que abordam a avaliação dos contatos e as ações de prevenção de doenças na família e comunidade como parte da vigilância à saúde⁽⁹⁻¹¹⁾. Dessa forma, justifica-se a realização desta pesquisa que está apoiada na necessidade de conhecer os aspectos que os autores da área de TB no Brasil têm publicado sobre comunicantes.

Assim, o objetivo deste estudo foi realizar revisão sistemática da literatura disponível no Brasil sobre o tema "comunicante de doente de TB", no período de 1984 a 2004, identificando as definições e uso dos termos busca de comunicantes, contatos, contactantes e as formas de controle associadas.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Realizou-se revisão sistemática de literatura, no período de 1984 a 2004, sobre comunicantes de TB, utilizando os seguintes descritores: tuberculose, busca de comunicantes, contatos, quimioprofilaxia e controle.

A busca bibliográfica foi realizada no período de janeiro de 2003 a fevereiro de 2004, nas bases de dados do LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências Sociais e da Saúde), SCIELO BRAZIL (Scientific Eletronic Library On Line) e páginas eletrônicas do MS e da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.

A seleção das produções obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- artigos nacionais relacionados com a evolução do controle de comunicantes de TB no Brasil;

- quanto ao tipo de publicações, foram incluídos artigos, manuais, guias e planos do MS, diretrizes e consensos;

- quanto ao período de publicação, foram selecionados aqueles publicados entre os anos 1984 e 2004. A escolha desse período deve-se ao aumento do número de casos de TB e conseqüente preocupação no controle de comunicantes;

- quanto ao tema, foram consideradas as publicações que apresentaram definição de termos e formas de conduta para o controle do comunicante de TB.

Foram excluídas as publicações que não abordavam as alterações na definição dos termos e

formas de conduta para o controle de comunicantes de TB.

RESULTADOS

Foram encontradas 67 produções bibliográficas, das quais foram selecionadas 13 para análise neste estudo. Dessas, sete (7) eram manuais de controle da TB, dois (2) guias, duas (2) diretrizes que foram publicadas em forma de artigo e elaboradas pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e dois (2) planos, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Identificação do tipo de publicação, segundo título, fonte e ano (1984 - 2004)

Nº trabalho	Tipo de trabalho	Título	Fonte de publicação	Ano
1	Manual	Manual de normas para o controle da tuberculose	Brasil, Ministério da Saúde	1984
2	Manual	Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino-serviço	Brasil, Ministério da Saúde	1987
3	Manual	Procedimentos para atividades de controle da tuberculose	Brasil, Ministério da Saúde	1989
4	Manual	Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino-serviço	Brasil, Ministério da Saúde	1992
5	Manual	Manual de normas técnicas para o controle da tuberculose	Brasil, Ministério da Saúde	1995
6	Diretrizes	Consenso Brasileiro de Tuberculose	Jornal Brasileiro de Pneumologia- SBPT	1997
7	Plano	Plano de Controle da Tuberculose	Brasil, Ministério da Saúde	1999
8	Plano	Plano estratégico para implementação de controle da tuberculose no Brasil de 2001-2005	Brasil, Ministério da Saúde	2000
9	Guia	Guia de vigilância epidemiológica	Brasil, Ministério da Saúde	2002
10	Guia	Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica	Brasil, Ministério da Saúde	2002
11	Manual	Controle da tuberculose. Uma proposta de integração ensino-serviço	Brasil, Ministério da Saúde	2002
12	Manual	Manual técnico para o controle da tuberculose. Caderno de Atenção Básica	Brasil, Ministério da Saúde	2002
13	Diretrizes	II Consenso Brasileiro de Tuberculose	Jornal Brasileiro de Pneumologia- SBPT	2004

A Tabela 1 apresenta as características gerais dos estudos revisados: tipo e ano de publicação, título e fonte. Chama a atenção o fato de as publicações

localizadas terem sido realizadas em forma de manuais, diretrizes e planos, apresentadas, a seguir, na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das produções identificadas de 1984 a 2004, segundo o ano e definições de comunicantes de TB

Nº	Ano	Definição de comunicante de TB
1	1984	"Todas as pessoas, parentes ou não que coabitam com o paciente tuberculoso".
2	1987	Mantém definição do manual de 1984.
3	1989	"Pessoa que conviva com o doente no lar ou outro ambiente, fechado, por período longo, diariamente".
4	1992-3ª ed.	Mantém definição do livro de 1987.
5	1995	Toda pessoa, parente ou não, que coabita com o doente de TB.
6	1997	Contactante, toda pessoa que convive com um doente intradomiciliar e extradomiciliar.
7	1999	Mantém definição 1997.
8	2000	Mantém definição 1997.
9	2002a	Contatos que convivam com doentes bacilíferos intradomiciliares e adultos que convivam com doentes menores de cinco anos.
10	2002b	Todos os contatos dos doentes de TB, prioritariamente dos pacientes pulmonares positivos.
11	2002c	Mantém definição de 1995.
12	2002d	Todos os contatos dos doentes de TB intradomiciliares.
13	2004	Mantém definição de 2002a.

Na Tabela 3 são apresentadas as definições de comunicantes/contactantes/contacto no período de 1984 a 2004.

Em todos os trabalhos identificou-se utilização dos termos "controle dos comunicantes", "contatos", "contactantes" como sinônimos e notou-se que os

documentos oficiais expedidos pelo MS utilizam tanto a expressão "contatos" como "comunicantes"; as mesmas expressões são usadas por autores nacionais. No I Consenso Brasileiro de Tuberculose, realizado em 1997, foi recomendado o uso de

"contactante"; já no II Consenso Brasileiro de Tuberculose, realizado em 2004, o termo utilizado em suas diretrizes foi "contato"⁽¹²⁻¹⁸⁾.

Na Tabela 3 apresenta-se a conduta para busca de comunicantes de TB, no período de 1984 a 2004.

Tabela 3 - Distribuição das produções identificadas, no período de 1984 a 2004, segundo o ano e condutas para a busca de comunicantes de TB

Nº	Ano	Conduta para a busca de comunicantes de TB
1	1984	Sintomático respiratório - exame de escarro. Prova tuberculínica (PT) - Não vacinados com Bacilo de Calmette Guérin - intradérmico (BCG) e menores de 5 anos. Exame radiológico em ambos os casos - quando possível. Quimioprofilaxia - menores de cinco anos comunicantes de bacilíferos, assintomáticas, reatores a PT, não vacinadas com BCG, com Raio X (RX) de tórax normal e sem sintomatologia.
2	1987	Mantém conduta do manual de 1984, acrescenta: quimioprofilaxia primária: - recém-nascidos, comunicantes de doentes bacilíferos. Quimioprofilaxia secundária: - menores de cinco anos comunicantes de bacilíferos assintomáticas, não vacinadas com BCG com RX de tórax normal e reator forte ou fraco a PT.
3	1989	Mantém conduta do manual de 1984 e 1987.
4	1992-3ª ed.	Mantém conduta do livro de 1987 e acrescenta indivíduos soropositivos para HIV - quimioprofilaxia, para assintomáticos com PT maior que 5 mm de endureção. Não reatores acompanhados com exames laboratoriais imunológicos sempre que possível, com contagem de CD4 menor que 350/mm ³ .
5	1995	Mantém conduta do livro de 1992 e acrescenta: busca ativa dos comunicantes, vacinação com BCG para os trabalhadores de saúde que atendem, habitualmente, TB e AIDS, não reatores à PT. Quimioprofilaxia para indivíduos com HIV considerados comunicantes, independentemente da PT.
6	1997	Contactantes intradomiciliares: até quinze anos, reator, assintomáticos vacinados com BCG devem ser observados; os não vacinados submetidos à PT e à quimioprofilaxia; quando não reator, nova PT após dois a três meses. Para os não reatores, indicação de vacinação com BCG e, para reatores, quimioprofilaxia. Com quinze anos ou mais e sintomáticos avaliados com exames de RX de tórax, PT e BAAR (o que é?) e, se positivos, tratados. Os assintomáticos observados.
7	1999	Mantém definição 1997. Implementa a busca ativa de casos, pelo exame dos comunicantes de todas as formas.
8	2000	Mantém definição 1997.
9	2002a	Mantém definição de 1997.
10	2002b	Mantém conduta de 2002a.
11	2002c	Mantém conduta de 2002a.
12	2002d	Mantém conduta de 2002a.
13	2004	Mantém definição de 2002a.

DISCUSSÃO

O termo comunicante é definido como a pessoa que manteve contato com doentes ou portadores de agentes infecciosos, ou com ambientes onde permaneçam; enquanto o termo contactante é definido como qualquer pessoa ou animal que esteve em contato com o ambiente contaminado, de modo a ter tido oportunidade de contrair a infecção⁽⁵⁾.

O manual de normas para o controle da TB do MS, de 1984, recomendava a quimioprofilaxia com isoniazida, na dose de 10mg/kg de peso, diariamente, por 6 meses, indicada para os comunicantes de doentes bacilíferos, menores de 5 anos, reatores à PT (não vacinados com BCG), com exames radiológicos normais e sem sintomatologia clínica compatível com TB⁽¹²⁾.

Em 1987, foi publicado o manual Controle da Tuberculose - Uma proposta de integração ensino-serviço, desenvolvido com a colaboração especial de

professores universitários e de técnicos do PCT, contemplando a maioria dos profissionais que atuam na área⁽¹³⁾, definindo como comunicante "todas as pessoas, parentes ou não, que coabitam com um tuberculoso". Essa publicação mantém as normas estabelecidas para o controle de comunicantes do Manual do MS, de 1984.

Quanto à quimioprofilaxia primária, estava indicada para recém-nascidos, comunicantes de doentes bacilíferos, que não podiam ser afastados do domicílio, por três meses. Após esse período, estando a fonte de infecção negativa, fazia-se a PT. Se reator, mantinha-se a isoniazida até completar 6 meses; se não reator, suspendia-se a isoniazida e aplicava-se a vacina BCG. Já a quimioprofilaxia secundária era indicada, entre outras situações, para menores de cinco anos comunicantes de bacilíferos, assintomáticos, não vacinados com BCG, com RX de tórax normal e reator forte ou fraco a PT⁽¹³⁾.

Em 1989, o MS publicou outro Manual de Normas para o Controle da Tuberculose, mantendo

as condutas de 1984, sendo que comunicantes ou contatos eram definidos como "todas as pessoas, parentes ou não, que coabitam com o paciente tuberculoso"⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Em 1992, a publicação da terceira edição do manual "Controle da Tuberculose"⁽¹⁵⁾: uma proposta de integração ensino-serviço" amplia o conceito de comunicante, considerando-o como "qualquer pessoa que conviva com o caso-índice (o doente descoberto) no lar ou em outro ambiente, fechado, por período longo, diariamente", e recomendava as seguintes ações: baciloscopia do escarro, quando fosse sintomático respiratório, PT quando tivesse menos de cinco anos não vacinado com vacina BCG e exame radiológico, quando houvesse disponibilidade desse recurso. Os reatores fortes, assintomáticos, com RX normal, deveriam ser submetidos à quimioprofilaxia com isoniazida por seis meses. Os não reatores eram vacinados com BCG ou submetidos a novos testes de PT após 20 dias. Caso não reator, no segundo teste, recomendava-se a vacina BCG.

Os menores de cinco anos, vacinados, com RX normal e assintomáticos deveriam ser observados e encaminhados na presença de qualquer alteração. Os sintomáticos, cujos exames não sugerissem doença em atividade, deveriam ser reavaliados sistematicamente. O tratamento era recomendado para crianças sintomáticas e/ou com alterações radiológicas e com diagnóstico confirmado da TB. Os maiores de cinco anos sintomáticos respiratórios, deveriam submeter-se à baciloscopia do escarro; quando essa fosse repetidamente negativa, era recomendado RX de tórax. Os assintomáticos deveriam ser orientados e acompanhados.

Em relação aos indivíduos soropositivos para HIV, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), de 1992, recomendava a quimioprofilaxia, para assintomáticos com PT maior que 5mm de endurecimento, e os não reatores deveriam ser acompanhados com exames laboratoriais imunológicos, com contagem de CD-4⁽¹⁵⁾.

No ano de 1995, o PNCT foi submetido a nova avaliação. Ocorreram modificações no controle dos comunicantes, mas foi mantida a segunda definição apresentada no manual anterior⁽¹⁾, sendo redigida no singular e substituindo a palavra "paciente" para "doente". A orientação era que todos deveriam comparecer à unidade de saúde para exame. Para aquele sintomático respiratório, deveria ser aplicada a rotina prevista. Os comunicantes assintomáticos deveriam ser submetidos a RX de tórax. Para menores

de 5 anos e/ou maiores, foram mantidas as normas de 1992. A vacinação com BCG era recomendada para os "trabalhadores de saúde que atendem, habitualmente, TB e AIDS, não reatores à PT"⁽¹⁾.

Em 1996, por ocasião do lançamento do Plano Emergencial (PE) para o Controle da Tuberculose para os 230 municípios prioritários, estavam previstas, em relação aos comunicantes, as seguintes condutas: "[...] implementação da busca de casos, a partir da identificação de sintomáticos respiratórios da demanda espontânea, ou referenciada para consulta na unidade; implantação da busca de casos pelo exame bacteriológico de todos os sintomáticos respiratórios; implementação da busca de casos, pelo exame de comunicantes de casos de TB de todas as formas"⁽¹⁶⁾.

O I Consenso Brasileiro de Tuberculose⁽¹⁴⁾ substituiu a denominação "comunicante" para "contactante", definido como "toda pessoa que convive com um doente de TB". E esse foi classificado em: intradomiciliar: toda pessoa que coabita com um doente de TB; extradomiciliar: toda pessoa que compartilha com o doente de TB de ambientes comuns, seja ambiente de lazer, de trabalho ou ambiente institucional⁽¹⁷⁾.

Estabeleceu como prioridade para avaliação de contactantes os seguintes critérios: a) contactantes intradomiciliares sintomáticos de pacientes com TB pulmonar bacilífero; b) menores de 15 anos e maiores de 60 anos; c) contactantes portadores de condições predisponentes ao adoecimento (infecção pelo HIV, diabetes, outras imunodeficiências); d) comunicantes extradomiciliares institucionais⁽¹⁷⁾.

Estabeleceu-se como conduta: investigação de contactantes intradomiciliares até quinze anos, assintomáticos vacinados com BCG deveriam ser observados; os não vacinados seriam submetidos à PT e à quimioprofilaxia se reator; quando não reator, nova PT era recomendada após dois a três meses, sendo que, para os não reatores, havia indicação de vacinação com BCG e, para os reatores, a quimioprofilaxia.

Ainda, de acordo com o I Consenso, os contactantes intradomiciliares com quinze anos ou mais, sintomáticos, deveriam ser avaliados com exames de RX de tórax, PT e BAAR e, se positivos, tratados. Os assintomáticos deveriam ser observados⁽¹⁷⁾.

Em 1998, o PNCT recomendou, em relação à procura de casos junto aos comunicantes: identificar o sintomático respiratório entre consultantes. Examinar com baciloscopia os sintomáticos

respiratórios identificados. Identificar e examinar os comunicantes do caso de TB. Examinar os sintomáticos respiratórios com baciloscopias repetidamente negativas com RX e/ou cultura de escarro. A proteção dos sadios com a vacina BCG e a quimioprofilaxia⁽¹⁶⁾.

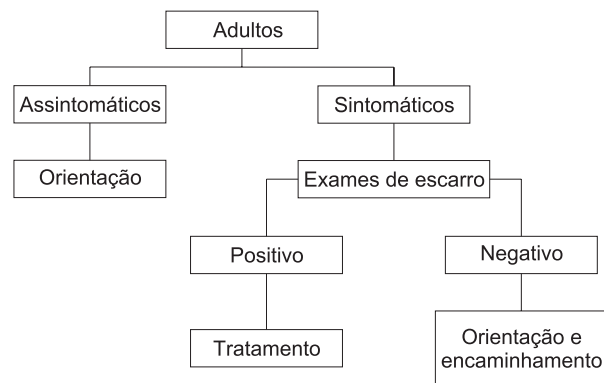
Em 2002, o MS publica instrumentos de pesquisa para os profissionais de saúde, destacando a importância da vigilância dos comunicantes/contatos, como serão apresentados a seguir⁽³⁻⁴⁾.

O Manual de Controle da Tuberculose – Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço (2002) mantém as definições dos manuais de 1984 e 1995⁽⁵⁾.

O Guia de Vigilância Epidemiológica de 2002⁽³⁾ preconiza que: o controle de contactantes é indicado prioritariamente para os contatos que convivam com doentes bacilíferos, especialmente os intradomiciliares, por apresentarem maior probabilidade de adoecimento, e nos adultos que convivam com doentes menores de cinco anos, para identificação da possível fonte de infecção, que a avaliação de contatos domiciliares de casos de TB pulmonar com baciloscopia positiva deve obedecer às seguintes recomendações: contatos intradomiciliares adultos assintomáticos, observação e orientações; sintomáticos, exames de escarro (se negativo, observação e orientações e se positivo, tratar). Crianças com até 15 anos, não vacinadas, devem se submeter à PT (se não reator, vacinar com o BCG e, sendo reator, é solicitada telerradiografia de tórax que, se sugestiva de TB e com sintomas

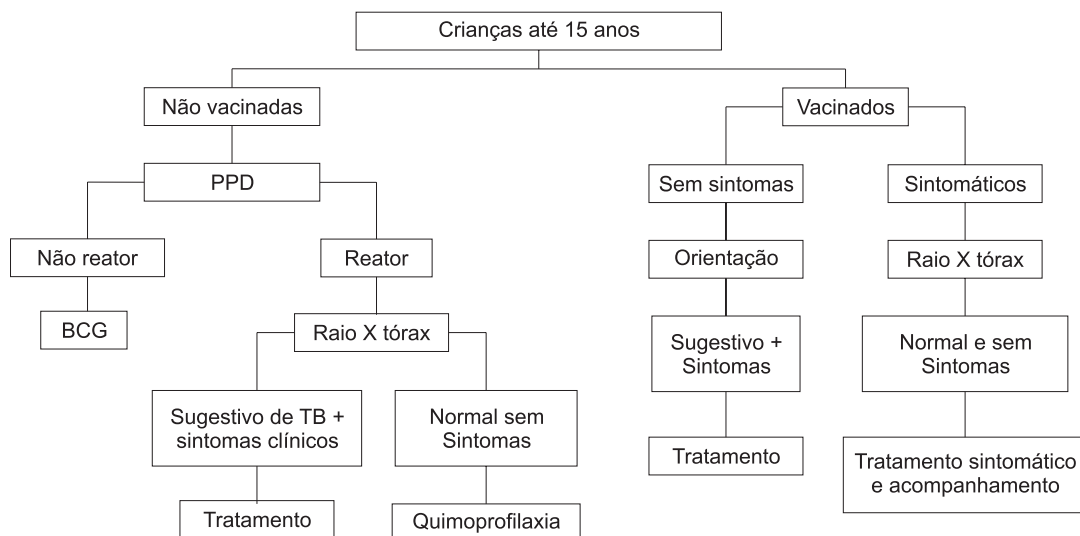
clínicos, tem indicação para tratamento). Crianças com RX de tórax normal e sem sintomas clínicos devem ser encaminhadas para quimioprofilaxia. Para crianças vacinadas assintomáticas, é recomendada apenas orientação. Em criança com cicatriz vacinal, sintomática, deve ser realizada baciloscopia e solicitado RX de tórax (quando sugestivo de TB e com sintomas clínicos, devem ser encaminhadas para tratamento). Em caso de RX normais e sem sintomas clínicos, procede-se à medicação sintomática e acompanhamento.

As indicações da quimioprofilaxia foram mantidas para os recém-nascidos coabitantes de foco bacilífero, e ampliadas para crianças menores de 15 anos, não vacinadas com BCG, que tiveram contato com um caso de TB pulmonar bacilífera, sem sinais compatíveis de TB-doença, reatores à PT de 10mm ou mais.



Fonte: BRASIL, MS, 2002

Figura 1 - Controle dos comunicantes no Brasil - adultos

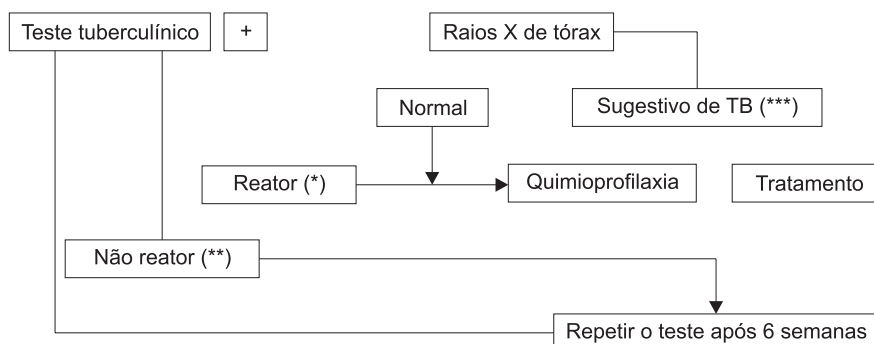


Fonte: BRASIL, MS, 2002

Figura 2 - Controle dos comunicantes no Brasil – crianças até 15 anos

As II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose, elaboradas pela SBPT, em 2004, preconizaram a proposta de conduta em crianças comunicantes de doentes de TB, segundo a qual o diagnóstico deve ser realizado a partir de exame clínico, achados

radiológicos e a PT, independente de cicatriz vacinal. A história de contato com adulto doente de TB, bacilífero ou não, deve ser valorizada, principalmente, em crianças até a idade escolar, pelo maior tempo de exposição com o foco transmissor ⁽¹⁸⁾.



(*) superior a 10mm em crianças não vacinadas com BCG ou superior a 15mm em crianças vacinadas com BCG. No caso de teste repetido, pode ser considerado reator se houver diferença ≥ 10 mm entre o primeiro e o segundo teste.

(**) endureção inferior ao teste reator.

(***) adenomegalias hilares e/ou paratraqueais; pneumonias em qualquer aspecto radiológico de evolução lenta.

II Diretrizes Brasileiras de Tuberculose, 2004

Figura 3 – Conduta em crianças contatos de TB

Em 2004, é lançado um novo plano para o PNCT, que preconiza as seguintes ações para a vigilância epidemiológica da TB: implantar a investigação estratégica de busca ativa de TB na demanda de hospitais de urgência e emergência nos grandes centros urbanos, em grupos de maior risco tais como indígenas, albergados, alcoólatras, população prisional, moradores de rua e de áreas de risco da adscrição territorial das unidades de saúde e em todos os comunicantes de pacientes bacilíferos e intensificar o exame de comunicantes de todos os pacientes de TB⁽⁸⁾.

CONCLUSÃO

Foram analisadas 13 publicações bibliográficas neste estudo, das quais sete (7) eram manuais de controle da TB, dois (2) guias, duas (2) diretrizes, que foram publicadas em forma de artigo e elaboradas pela Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e dois (2) planos. Os trabalhos analisados mostram que existe preocupação crescente no Brasil com a vigilância de contatos e que só no final da década de 90, foram propostas as condutas para os serviços de saúde.

A análise dessas publicações permitiu concluir que, durante dez anos, entre 1984 até 1994, não

ocorreram mudanças de conceitos e condutas na normatização de ações voltadas para o controle de comunicantes de doentes de TB. As condutas apresentaram-se restritas aos comunicantes, considerados apenas aqueles que coabitavam o mesmo espaço, com enfoque somente na família.

Essa posição marginal que as ações de vigilância dos contatos de TB ocuparam como proposta de intervenção (conduta), para todos os serviços de saúde até o final da década de 90, passa a ser revista com o aumento do número de casos de TB nesse período, o que desencadeou ampliação de conceitos e proposta de condutas que incorporam ações de prevenção de forma sistemática.

Quanto à análise e avaliação de contatos concluiu-se que esse tema foi sendo ampliado tanto na definição como nas condutas dos manuais do MS e associações de classes.

A ampliação do conceito de comunicantes, a partir de 1994, subsidiou as ações de controle, pois, ao invés de serem considerados apenas os coabitantes do doente, foram incluídos todos aqueles que mantinham contato direto com o doente, tanto em domicílio como em ambiente de trabalho, ou grupos prioritários como pessoas sororeativas para HIV, indivíduos com sintomas respiratórios há mais de três semanas, pessoas que vivem em instituições e os

trabalhadores da saúde que lidam com os doentes de TB. Amplia-se a compreensão da ação com a proteção frente à transmissão do bacilo da TB. Essa conduta inclui o uso de medicamentos, como é o caso da quimioprofilaxia com isoniazida, como também uma ação específica da equipe de saúde, envolvida com o processo de trabalho voltado para a busca ativa de casos. Em 2002, propõe-se o seguimento do comunicante com prazos e controle através de visita domiciliar.

Outra questão importante, que ocorreu no final da década de 90, foi a reorganização do sistema de saúde dos municípios através da descentralização das ações do PCT para todos os serviços de saúde, integrando-as nos serviços da Atenção Básica de Saúde. Amplia-se a incorporação da atividade de avaliação dos contatos que passa a ser normatizada nos manuais de controle da TB.

Essas são as normas que estão vigorando até o momento, entretanto, alguns desafios são apresentados no nível operacional para a organização dos serviços de saúde. Falta a sistematização da atividade de avaliação de contatos em termos de monitoramento e ações de vigilância epidemiológica que são realizados pelas equipes do PCT e equipes que atuam nos serviços de Atenção Básica.

A readequação da Ficha de Controle de Comunicantes, portanto, pode ser medida importante para identificar aqueles não avaliados e a elaboração de protocolos de atendimento e acompanhamento dos comunicantes de TB; Vigilância Epidemiológica e monitoração da TB e comunicantes, de forma integrada por intermédio do sistema de informação (SINAN, EPI-TB, WEB-TB), que não contemplam o seguimento do contato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde (BR). Coordenação de Pneumologia Sanitária. Manual de normas técnicas para o controle da tuberculose. 4ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1995.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano estratégico para implementação do plano de controle da tuberculose no Brasil de 2001-2005: resumo executivo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.
3. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
4. Styblo K, Meijer J. Avances recientes en la epidemiologia de la tuberculosis em relacion com la formulacion o readecuacion de los programas de Control. Bol Union Inter Tuberc 1978; 53(4):295-309.
5. Ministério da Saúde (BR). 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. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
6. Kritski AL, Bonfim G, Castelo Filho A, Mello FQ. Reação em cadeia da polimerase LRCP/PCR, aplicada ao diagnóstico de tuberculose. J Pneumol 1997; 23(1):33-42.
7. Ministério da Saúde (BR). Manual técnico para o controle da tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Caderno de Atenção Básica n. 6
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

9. Kritski AL, Marques MJO, Rabahi MF, Vieira MAMS, Werneck-Barroso E, Carvalho CE, et al. Transmission of tuberculosis to close contacts of patients with multidrug-resistant tuberculosis. Am J Resp Crit Care Med 1996 January; (153):331-5.
10. Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMM. Os agentes de enfermagem nas práticas sanitárias paulista: do modelo bacteriológico à programação em saúde (1889-1983). Rev Latino-am Enfermagem 1994 janeiro; 2(2):73-85.
11. Carvalho ACC, Kritski AL, Ruffino-Netto A. Investigação dos contatos de pacientes com tuberculose pulmonar: prioridades e conduta. Pulmão 2002; 11(2):95-101.
12. Ministério da Saúde. Secretaria (BR). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de normas para o controle da tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.
13. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de normas para o controle da tuberculose. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1989.
14. Ministério da Saúde (BR). 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. CNCT/NUTES. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1987.
15. Ministério da Saúde (BR). 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. CNCT/NUTES. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 3ª ed. 1992.
16. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. Plano nacional de controle da tuberculose. Brasília (DF); 1999.
17. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Consenso Brasileiro de Tuberculose. J Pneumol 1997 novembro-dezembro; 23(6):294-345.
18. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileira para Tuberculose. J Bras Pneumol 2004 Jun; 30 (Supl 1):S1-S86.