



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SOBRE GESTÃO DAS PLÍTICAS DE DST/AIDS,
HEPATITESVIRAIS E TUBERCULOSE

EVELINE MARIA LEITE VILAR

**TB-HIV- AMPLIAR A REALIZAÇÃO DE TESTAGEM ANTI HIV NA
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE DO MUNICÍPIO DE JOÃO
PESSOA-PB**

JOÃO PESSOA

2017

EVELINE MARIA LEITE VILAR

**TB-HIV- AMPLIAR A REALIZAÇÃO DE TESTAGEM ANTI HIV NA
POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE DO MUNICÍPIO DE JOÃO
PESSOA-PB**

Trabalho de conclusão de curso submetido ao Curso de Especialização sobre Gestão da Política de DST, AIDS, Hepatites Virais e Tuberculose – Educação a distância da Universidade Federal do Rio Grande do Norte para a obtenção do Grau de Especialista.

Orientador: RENATO MOTTA NETO

JOÃO PESSOA

2017

RESUMO

A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada por uma bactéria, denominada *Mycobacterium tuberculosis*, que acomete principalmente os pulmões, podendo acometer qualquer órgão. Apesar de ser uma doença curável, a tuberculose ainda está entre as doenças infecciosas que mais matam no mundo (OMS, 2016). No sistema prisional a incidência é altíssima, devido às condições das prisões que favorecem a disseminação da doença, o que aumenta também a co-infecção TB-HIV, e conhecer e intervir neste processo, faz parte do controle dos dois agravos, evitando assim, mais mortes. Este estudo se propõe avaliar o indicador de realização de exames anti HIV nos casos novos de tuberculose dentro dos presídios localizados no município de João Pessoa-PB, realizar uma intervenção junto as Equipes de saúde dos presídios e após quatro meses, analisar novamente o indicador para avaliar o impacto da ação.

PALAVRAS-CHAVE: Tuberculose. HIV. Indicador.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	05
2.OBJETIVOS	09
1.1. Objetivo Geral	09
1.2. Objetivos específicos	09
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	10
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	12
5. CRONOGRAMA	14
6. ORÇAMENTO.....	15
7. REFERÊNCIAS.....	16

1. INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) embora seja uma doença antiga, conhecida e com tratamento medicamentoso específico e eficaz, permanece como um problema de saúde pública e relevância mundial, continuando com o aumento no número absoluto de casos anualmente.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2016, no relatório global sobre tuberculose de 2016, mostram que os países precisam se mover mais rapidamente para prevenir, detectar e tratar a doença com o objetivo de cumprir as metas globais.

Em 2015, estima-se que houve 10,4 milhões de novos casos de tuberculose em todo o mundo, que 1,8 milhão de pessoas morreram em decorrência da mesma, das quais 0,4 milhão foram co-infectadas com HIV. Apesar de as mortes globais por tuberculose terem caído 22% entre 2000 e 2015, a doença foi uma das 10 principais causas de morte no mundo em 2015, responsável por mais óbitos que o HIV e a malária.

Lacunas nos testes para tuberculose e o relato de novos casos continuam a ser grandes desafios. Dos cerca de 10,4 milhões de novos casos, apenas 6,1 milhões foram detectados e notificados oficialmente em 2015, deixando uma lacuna de 4,3 milhões. Essa diferença ocorre devido à subnotificação dos casos de tuberculose, especialmente em países com grandes setores privados não regulamentados e ao subdiagnóstico em países com grandes barreiras para acessar cuidados.

Em 2015, 22% dos pacientes com tuberculose e HIV positivo não foram inscritos na terapia antirretroviral. De acordo com as recomendações da OMS, o tratamento precisa ser disponibilizado para todos esses pacientes. Quase um milhão de crianças com menos de 5 anos e pessoas que vivem com HIV, que são especialmente vulneráveis à tuberculose e elegíveis para o tratamento preventivo, foram capazes de acessá-lo em 2015. Isto precisa ser rapidamente expandido.

No Brasil, a TB chegou ao século XXI como um problema de saúde pública não resolvido (CAVALCANTI, 2006). Segundo a OMS, o Brasil em 2015, notificou 63.189 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 30,9/100 mil hab. Já o coeficiente de mortalidade por tuberculose no Brasil foi reduzido em 21,4%, no período de 2004 a 2014,

passando de 2,8/100 mil hab. para 2,2/100 mil hab. Em 2014, o Brasil registrou 4.374 óbitos em que a tuberculose aparece como causa básica.

Os indicadores operacionais refletem a qualidade dos serviços prestados aos pacientes com tuberculose e servem como apoio para a tomada de decisão. No Brasil, em 2015, apenas 68,9% dos casos novos de tuberculose foram submetidos à testagem para HIV. Os resultados da testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose revelaram 9,7% de pessoas com a co-infecção TB-HIV no Brasil.

Em 2014, o resultado do indicador “cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial” para o país foi de 74,2%, Por outro lado, a proporção de abandono de tratamento de tuberculose no Brasil ainda é alta (11,0%).

O Estado da Paraíba, por sua vez, apresenta o cenário não ideal para o controle dessa doença. O mesmo possui uma cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de 95%, onde dos 223 municípios que compõe o Estado, 05 são considerados prioritários para a operacionalização do PCT, sendo eles: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Cabedelo, e elaborado pelo Ministério da Saúde apenas 3 que são: João Pessoa, Campina Grande e Santa Rita.

Em relação aos percentuais de cura, abandono, óbito e transferência no ano de 2015, na Paraíba foram respectivamente: 60,1%, 8,7%, 3% e 13,2% conforme dados do SINAN (SINAN/SES-PB, 2017). As taxas de cura e abandono do tratamento da TB para a Paraíba contrariam as recomendações da OMS, que é atingir um percentual de cura superior a 85% dos casos detectados e reduzir o de abandono a menos de 5% dos casos (BRASIL, 2010). Em 2015, a Paraíba apresentou um coeficiente de incidência de TB todas as formas de 26,9 e o pulmonar bacilífero de 17,8 a cada 100.000 habitantes (SINAN/SES-PB, 2017).

O município de João Pessoa, capital do Estado, também apresenta um contexto epidemiológico não satisfatório para o controle eficaz da TB, como mostra os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) (SINAN/SES-PB, 2017): a taxa de incidência de TB todas as forma em 2015, foi 47,1 /1000.000 habitantes, e a forma pulmonar com confirmação laboratorial, foi 30,5/100.000 habitantes. Em 2015, o número total de casos novos de Tuberculose pulmonar positiva confirmado laboratorialmente foi de 249, tendo a seguinte situação de encerramento dos casos: 73,9% de cura; 13,3 % abandono; 5,2% transferência e 2,8% de casos não encerrados. Esta situação indica que existe

fragilidades nas ações do PCT nesse município, o que dificulta o cumprimento das metas preconizadas pela OMS.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o advento da epidemia do HIV/aids nos países endêmicos para tuberculose tem tido aumento significativo de tuberculose pulmonar com baciloscopia negativa e formas extrapulmonares. Embora a forma seja menos transmissível, os pacientes, em geral, são mais imunocomprometidos, tem mais reações adversas aos medicamentos e maiores taxas de mortalidade agravadas pelo diagnóstico tardio dessas formas. É frequente a descoberta da soropositividade para HIV durante o diagnóstico de tuberculose. No Brasil que, embora a oferta de testagem seja de aproximadamente 70%, apenas cerca de 50% têm acesso ao seu resultado em momento oportuno, com uma prevalência de positividade de 15%. A tuberculose é a maior causa de morte entre pessoas que vivem com HIV, sendo a taxa de óbito na co-infecção de 20%. Portanto, para o seu controle, faz-se necessário a implantação de um programa que permita reduzir a carga de ambas as doenças e que seja baseado em uma rede de atenção integral, ágil e resolutiva.

A População privada de liberdade - PPL faz parte dos grupos de risco vulneráveis para a tuberculose, inclusive a busca ativa dos Sintomáticos respiratórios e feito após duas semanas de tosse. O vírus do HIV por ser oportunista e a tuberculose a primeira causa de morte desses pacientes, e recomendado que investigue HIV em todos os casos de tuberculose e vice versa, portanto a realização do teste na população carcerária é primordial para um diagnóstico precoce e para uma intervenção imediata, tanto pela sua gravidade como pela transmissibilidade dos dois agravos. Segundo o Ministério da Saúde (2010) a saúde das PPL é um direito estabelecido em leis internacionais e nacionais (UNITED STATES, 1988; BRASIL, 1984) que definem a responsabilidade do Estado na preservação de sua saúde. A garantia do acesso das PPL às ações e aos serviços de saúde constitui responsabilidade partilhada pelos ministérios da Justiça – MJ e da Saúde – MS e sua concretização implica efetiva parceria entre as Secretarias de Saúde e de Justiça/ Administração Penitenciária nos níveis estadual e municipal (BRASIL, 2010).

O diagnóstico da co-infecção TB-HIV é realizado através do teste anti HIV que deve ser oferecido a toda a população privada de liberdade que manifestem vontade em realizá-lo, esse exame deve ser sempre acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste. O tema da co-infecção TB/HIV, deve ser contemplado nas ações educativas para a PPL visando maior conhecimento sobre os agravos e uma melhor adesão a realização do exame.

Todavia, acredita-se que realizar uma intervenção sobre o aumento da testagem do HIV em pacientes com Tuberculose dentro dos presídios situados no município de João Pessoa melhoraria tanto o indicador de realização do teste como também identificaria o perfil epidemiológico da co-infecção TB/HIV, podendo assim promover ações de saúde adequada para esses pacientes.

O interesse pelo tema surgiu após a análise dos indicadores de exames de HIV realizados na população privada de liberdade, que estão nos presídios situados no município de João Pessoa, verificou-se que embora o percentual de exames realizados esteja maior que a média nacional, faz necessário que sejam testados para HIV, todos os casos de tuberculose, pretendendo, através deste estudo, aumentar o número de HIV realizado nos casos de tuberculose nos presídios do referido município.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

- Aumentar o número de exames de HIV realizado nos casos de tuberculose da população privada de liberdade nos presídios do município de João Pessoa-PB.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Realizar uma oficina sobre a importância da realização do exame Anti HI dos casos novo de tuberculose, com os profissionais da Equipe de saúde dos presídios.
- Avaliar o impacto no indicador de exames de HIV realizado na população privada de liberdade nos presídios do município de João Pessoa-PB.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, o Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/região/município devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos. São seis as prioridades pactuadas: Saúde do idoso; Controle do câncer de colo de útero e de mama; Redução da mortalidade infantil e materna; Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; Promoção da Saúde; Fortalecimento da Atenção Básica.

A tuberculose é considerada um sério problema de saúde pública no Brasil e juntamente com outros países albergam 80% dos casos da doença. O Brasil, em 2015, notificou 63.189 casos novos. Esse número, entretanto, não representa a realidade do País, pois parte dos doentes não são diagnosticados nem registrados oficialmente.

É uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria, o *Micobacterium tuberculosis*, também conhecido como Bacilo de Koch (BK). O termo tuberculose se origina no fato da doença causar lesões chamada tubérculos. (BRASIL, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a transmissão ocorre através das vias aéreas superiores de um doente com tuberculose pulmonar ao tossir, falar ou espirrar e inalado por uma pessoa sadia. O bacilo se propaga principalmente em ambientes fechados, com grande concentração humana, ambientes sem infra-estrutura onde as condições de vida são precárias e permanecem no ar, principalmente em locais escuros e pouco ventilados por longos períodos. A ventilação e a luz solar direta removem as partículas e matam rapidamente os bacilos.

Qualquer órgão pode ser acometido pela tuberculose, mais frequentemente pulmões, gânglios linfáticos, pleura, laringe, rins, cérebro e ossos. Apenas cerca de 10% das pessoas infectadas adoecem, mais da metade delas durante os dois primeiros anos após a infecção, e o restante ao longo da vida. (BRASIL, 2008).

Os principais sintomas da TB são: tosse persistente produtiva (muco e eventualmente sangue), ou não, febre, sudorese noturna e emagrecimento. No exame físico pode ser

encontrado também linfadenomegalias, às vezes relacionadas tanto a presença de TB extrapulmonar concomitante, quanto à existência de co-infecção pelo HIV. (Brasil, 2010).

O diagnóstico é feito através do exame de escarro, a baciloscopia, a cultura e o Teste Rápido Molecular para tuberculose, a doença é curável em praticamente 100% dos casos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos. A associação medicamentosa adequada, doses corretas por tempo suficiente, com supervisão da tomada da medicação são os meios para evitar a persistência bacteriana e o desenvolvimento de resistência às drogas, assegurando assim a cura do paciente (Brasil, 2010).

A organização das ações voltadas para os grupos/locais com maior probabilidade de adoecer por tuberculose são: presídios, creches, manicômios, abrigos e asilos, pessoas em situação de rua, assim como, em pessoas etilistas, usuários de drogas, mendigos, imunodeprimidos por uso de drogas imunossupressoras (AIDS, diabetes) e ainda os trabalhadores da saúde e outros grupos em situações especiais em que haja contato próximo com paciente portador de tuberculose pulmonar bacilífera (BRASIL, 2008).

4. MATERIAIS DE MÉTODOS

4.1. TIPO DE ESTUDO

Segundo Franco e Passos (2005) e Haddad (2004) o estudo experimental, onde intervenção, caracteriza-se pelo fato de o pesquisador ser o responsável pela exposição dos indivíduos, ou seja, ele decide qual a melhor intervenção. A exposição pode ser uma medida terapêutica - uma dieta/um medicamento, a fisioterapia ou uma medida preventiva, como vacina, processo educativo, redução de fatores de risco entre outros. O estudo em questão realizará um processo educativo com as Equipes de Saúde dos presídios, sobre a importância da realização do Teste anti HIV nos pacientes com diagnóstico de Tuberculose.

4.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO – População privada de liberdade dos presídios situados no município de João Pessoa PB.

4.3. VARIÁVEIS A SEREM LEVANTADAS - % de HIV realizados.

4.4. LOCAL DO ESTUDO

Escolheu-se como cenário do estudo os presídios situados no município de João Pessoa – PB. João Pessoa é considerado um dos municípios prioritários pelo Ministério da Saúde para o controle da TB. Segundo dados do IBGE (2011), João Pessoa, capital do estado da Paraíba, possui uma população de 801 718 hab. (estimativa de 2016) e uma área territorial de 211,474 km². Limita-se ao norte com o município de Cabedelo por meio do rio Jaguaribe; ao sul com o município do Conde pelo rio Gramame; a leste com o Oceano Atlântico; e, a oeste com os municípios de Bayeux pelo rio Sanhauá e Santa Rita pelos rios Mumbaba e Paraíba, respectivamente.

4.5. DEFINIÇÃO AMOSTRAL

Na base territorial do município de João Pessoa existem 06 presídios, que fazem parte da gestão estadual, porém por está situado dentro do município e influir consideravelmente nos indicadores do município e na disseminação da doença no mesmo, o Programa Municipal de Controle da Tuberculose trabalha em parceria com o Programa Estadual de Controle da Tuberculose, dando suporte técnico e monitorando os dados com o intuito de minimizar os danos causados por dois agravos transmissíveis. Para o estudo foi

selecionado 05 Unidades Prisionais que possuem Equipes de Saúde Prisional e envolvem o maior número de apenados e casos de tuberculose.

4.6. INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

4.7. ANÁLISE DOS DADOS

Será analisado o indicador de Realização de exames anti HIV nos casos novos com tuberculose antes do processo educativo.

Após essa análise será realizada uma oficina sobre a importância da realização desse exame nos doentes com tuberculose, com os profissionais da Equipe de saúde dos presídios, utilizando um pré teste sobre o conhecimento dos mesmos sobre o protocolo, aula expositiva e interativa e no final das atividades será aplicado outro teste para poder medir o aproveitamento dos mesmos sobre a proposta que lhe foram apresentadas.

Durante os quatro meses seguintes se fará um acompanhamento desse indicador e depois, analisar-se-á o mesmo indicador que antecedeu a pesquisa.

4.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo obedecerá a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, tanto no que concerne aos aspectos éticos com a instituição que autorizou a realização da pesquisa, quanto com os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C) (BRASIL, 1996), além de observar os princípios da autonomia, da dignidade e do respeito, defendendo a sua vulnerabilidade, principalmente no que diz respeito ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto será encaminhado para apreciação do Comitê de Ética e pesquisa do Centro de Ciências da Saúde.

4.9. FINANCIAMENTO

A pesquisa será financiada por conta própria.

6. ORÇAMENTO

DESCRIÇÃO	QTDE	V. UNIT.	V. TOTAL
MATERIAIS DE CONSUMO			
Resma de papel A4	1 um	17,00	17,00
Cartucho para impressora jato de tinta preto	1 um	50,00	50,00
Caneta	10 un	1,00	10,00
Marca texto	01 un	1,79	1,79
Corretivo fita	01 un	9,49	9,49
Corretivo líquido	01 un	1,39	1,39
Grampos	1cx	3,99	3,99
Clips 3/0 c/ 50 un	1 cx	1,29	1,29
Grampeador C 509	1 un	8,99	8,99
Combustível	50 litros	3,50	175,00
DESPESAS COM PESSOAL			
Correção morfo-sintática		100,00	100,00

7. REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. 2ª Ed. Revisada. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida**: em defesa do SUS e da Gestão. Brasília: Ministério da Saúde. 2006b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil**. Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2010.

BARREIRA, D.; GRANGEIRO, A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2011 .

FRANCO, L. J., PASSOS A. D. C. Fundamentos de epidemiologia. Barueri: Manole, 2005.

HADDAD, N. Metodologia de estudos em ciências da saúde. São Paulo: Roca, 2004.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **População 2016 João Pessoa**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=pb>. Acesso em: fev. 2017.

PORTARIA Nº 399, DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006, Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em:< <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>> Acesso em 31 out. 2011.

SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). **Dados de TB no Estado**. Secretaria Estadual de Saúde, 2017.

SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). **Dados de TB no Município**. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde, 2017.

<https://saudeamanha.fiocruz.br/oms-lanca-relatorio-global-sobre-tuberculose-2016/>

Acesso em 24 fev de 2017.