



Publicação Mensal

Editor Chefe

José Antônio Baddini Martinez – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP

Editores Executivos

Ilma Aparecida Paschoal – Universidade de Campinas, Campinas, SP

João Carlos Prolla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

José Alberto Neder – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Editores Associados

Afrânio Lineu Kritski – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

Álvaro A. Cruz – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA

Daniel Deheinzelin – Hospital do Câncer, São Paulo, SP

Fábio Biscegli Jatene – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Geraldo Lorenzi-Filho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Nestor Muller – Vancouver General Hospital, Vancouver, BC, Canadá

Renato Tetelbom Stein – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Conselho Editorial

Alberto Cukier – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Ana C. Krieger – New York School of Medicine, New York, USA

Ana Luiza Godoy Fernandes – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Carlos Alberto de Assis Viegas – Universidade de Brasília, Brasília, DF

Carlos Alberto de Castro Pereira – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Carlos M. Luna – Hospital de Clinicas, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Carlos Roberto Ribeiro de Carvalho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Carmem Silvia Valente Barbas – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Celso Carvalho – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Chris T. Bolliger – University of Stellenbosch, Stellenbosch, South Africa

Dany Jasnowodolinski – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Douglas Bradley – University of Toronto, Toronto, ON, Canadá

Elmara Márcia Negri – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Emílio Pizzichini – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC

Frank McCormack – University of Cincinnati School of Medicine, Cincinnati, OH, USA

Irma de Godoy – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP

John J. Godleski – Harvard Medical School, Boston, MA, USA

José Dirceu Ribeiro – Universidade de Campinas, Campinas, SP

José Miguel Chatkin – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

José Roberto de Brito Jardim – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

José Roberto Lapa e Silva – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ

Júlio César de Abreu de Oliveira – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG

Luiz Eduardo Nery – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP

Manoel Ximenes Netto – Hospital de Base do Distrito Federal, Brasília, DF

Marc Viravittles – Hospital Clinic, Barcelona, España

Marcelo Alcântara Holanda – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE

Marcelo Amato – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Margareth Maria Pretti Dalcomi – Centro de Referência Hélio Fraga, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, RJ

Maria Marli Knorst – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS

Milton de Arruda Martins – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Noé Zamel – University of Toronto, Toronto, ON, Canadá

Nuno Fevereiro Ferreira de Lima – Universidade de Brasília, Brasília, DF

Paulo Francisco Guerreiro Cardoso – Pavilhão Pereira Filho, Porto Alegre, RS

Paulo Hilário Nascimento Saldiva – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Peter J. Barnes – National Heart et Lung Institute, Imperial College, London, UK

Renato Sotomayor – Hospital Santa Maria, Lisboa, Portugal

Riad Nain Younes – Hospital A.C. Camargo, São Paulo, SP

Richard W. Light – Vanderbilt University, Nashville, TN, USA

Rik Gosselink – University Hospitals Leuven Bélgica

Robert Skomro – University of Saskatoon, Saskatoon, Canadá

Rogério de Souza – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Ruzena Tkacova – L Pasteur Faculty Hospital, Eslováquia

Talmdage King Jr. – University of California, San Francisco, CA, USA

Thais Helena Abrahão Thomaz Queluz – Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP

Vera Luiza Capelozzi – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Verônica Parreira – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG

Walter Araújo Zin – Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, Rio de Janeiro, RJ

Wilson Leite Pedreira Júnior – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP

Publicação Indexada em:
Latindex, LILACS, SciELO
Brasil, Index Copernicus e
MEDLINE

Disponível eletronicamente nas
versões português e inglês:
www.jornaldepneumologia.com.br
e www.scielo.br/jbpneu





SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Secretaria: SEPS 714/914, Bloco E, Asa Sul, salas 220/223. CEP 70390-145 - Brasília - DF, Brasil.
Telefone 0800 616218. Site: www.sbpt.org.br. E-mail: sbpt@sbpt.org.br

O **Jornal Brasileiro de Pneumologia** ISSN 1806-3713, é uma publicação mensal da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Os conceitos e opiniões emitidos nos artigos são de inteira responsabilidade de seus autores. Permitida a reprodução total ou parcial dos artigos, desde que mencionada a fonte.

Diretoria da SBPT (Biênio 2006-2008):

Presidente: Antônio Carlos Moreira Lemos
Presidente Eleito: Jussara Fiterman
Secretário-Geral: Paulo Henrique Ramos Feitosa
Secretário-Adjunto: Eduardo Felipe Barbosa Silva
Diretor Financeiro: Benedito Francisco Cabral Júnior
Diretor de Assuntos Científicos: Luiz Carlos Sell
Diretor de Divulgação e Defesa Profissional: Luiz Fernando Ferreira Pereira
Diretor de Ensino e Exercício Profissional: Sérgio Saldanha Menna Barreto
Presidente do XXXIV Congresso Brasileiro de Pneumologia e Tisiologia: Carlos Alberto de Assis Viegas
Presidente do Conselho Deliberativo: Mauro Zamboni

CONSELHO FISCAL:

Efetivos: Marcelo Fouad Rabahi, Nuno Fevereiro Ferreira de Lima, Eraldo Emanuel S. Barbosa
Suplentes: Marcelo Palmeira Rodrigues, Paulo César Nunes Restivo, Terezinha do Socorro Macedo Lima

COORDENADORES DOS DEPARTAMENTOS DA SBPT:

Cirurgia Torácica - José de Jesus Peixoto Camargo
Endoscopia Respiratória - Antônio José Pessoa Dórea
Função Pulmonar - José Alberto Nader Serafini
Imagem - Arthur Soares Souza Júnior
Pneumologia Pediátrica - José Dirceu Ribeiro

COORDENADORES DAS COMISSÕES CIENTÍFICAS DA SBPT:

Asma Brônquica - Roberto Stirbulov
Câncer Pulmonar - Carlos Alberto Guimarães
Circulação Pulmonar - Jaqueline Sonoe Ota Arakaki
Distúrbios Respiratórios do Sono - Flávio José M. da Silveira
Doenças Intersticiais - Carlos Alberto de Castro Pereira
Doença Pulmonar Avançada - Maria Christina Lombardi de Oliveira Machado
DPOC - Aquiles Assunção Camelier
Doenças Respiratórias Ambientais e Ocupacionais - Ericson Bagatin
Epidemiologia - José Miguel Chatkin
Fibrose Cística - Maria Angélica Santana
Infecções Respiratórias e Micoses - Ricardo de Amorim Corrêa
Pleura - Simone Miranda
Relações Internacionais - Octávio Messeder e João Gonçalves Pantoja
Tabagismo - Jônatas Reichert
Terapia Intensiva - Arthur Osvaldo de Abreu Vianna
Tuberculose - Jamocyr Moura Marinho

Secretaria Administrativa: SEPS 714/914, Bloco E, Asa Sul, salas 220/223. CEP 70390-145 - Brasília - DF, Brasil.

Telefones/Fax: 0xx61-3245-1030, 0xx61-3245-6218.

Secretária: Luana Maria Bernardes Campos. E-mail: jpneumo@jornaldepneumologia.com.br

Revisão de português, assessoria técnica e tradução: Precise Editing

Editoração: Cubo Multimídia

Tiragem: 3800 exemplares

Distribuição: Gratuita para sócios da SBPT e bibliotecas

Impresso em papel livre de ácidos

APOIO:



Ministério
da Educação

Ministério da
Ciência e Tecnologia



Artigo de
Revisão de
Português
e Tradução
por
Precise
Editing

III Encontro Nacional de Tuberculose

Pôsteres

Atividade e Estudos Operacionais

AE0.001 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NA REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU

CRISTOVÃO MANJUBA; PÉRICLES ALVES NOGUEIRA; REGINA MELO ABRAHÃO

INSTITUIÇÃO: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SÃO PAULO. EMAIL: PERICLES@USP.BR

Introdução: A tuberculose é uma doença milenar, constituindo um problema de saúde pública, desde sua descoberta, principalmente nos países em desenvolvimento. A República da Guiné-Bissau, país de língua portuguesa, situado na África Ocidental não foge a essa regra, onde esta doença continua a ceifar muitas vidas e a causar grande sofrimento humano. **Objetivo:** Análise das ações da Luta Contra Tuberculose na República da Guiné-Bissau no período de 2000 a 2005. **Metodologia:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo que consiste no diagnóstico da situação da tuberculose na República da Guiné-Bissau, mediante levantamento das informações secundárias dos principais indicadores epidemiológicos e operacionais mais utilizados no país. Foram feitos cálculos de coeficientes e taxas de casos bacilíferos e dos coeficientes de mortalidade e de letalidade. **Resultados:** No período de estudo, foram registrados 10.623 casos de tuberculose. O menor coeficiente de incidência de tuberculose foi de 116,4/100.000 habitantes, no ano de 2003, e o mais alto foi de 131,3/100.000 habitantes, em 2005, menores que o estimado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os casos novos de tuberculose de todas as formas, na África, que foi de 343/100.000 habitantes. A prevalência foi estimada em 511/100.000 habitantes e a mortalidade em 74/100.000 habitantes. O maior coeficiente de mortalidade registrado foi de 16,8/100.000 habitantes, em 2005, e o menor foi de 6,6/100.000 habitantes em 2003. **Conclusão:** Os indicadores devem ser melhorados, sobretudo no que diz respeito à mortalidade, à busca de casos, e à necessidade de um sistema de informação e notificação de doentes mais eficientes.

Descritores: Vigilância Epidemiológica; Tuberculose; Rep. Guiné-Bissau

AE0.002 ANÁLISE COMPARATIVA DA TUBERCULOSE NA REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU E NO ESTADO DE SÃO PAULO - BRASIL

PÉRICLES ALVES NOGUEIRA; CRISTOVÃO MANJUBA; REGINA MELO ABRAHÃO

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP - SÃO PAULO. EMAIL: PERICLES@USP.BR

Introdução: A tuberculose, apesar dos avanços científicos registrados para seu controle e tratamento, continua a ter um lugar de destaque, principalmente nos países em desenvolvimento, como os situados na África e na América Latina. A República da Guiné-Bissau, situada na Costa Ocidental da África, tem coeficiente médio de incidência de 125,8/100.000 habitantes e o de mortalidade de 10,4/100.000 habitantes, segundo o Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose daquele país. O Brasil ocupa o décimo quarto lugar entre os 23 países do mundo responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose, sendo o Estado de São Paulo responsável por um quinto dos casos de tuberculose do Brasil, com coeficiente médio de incidência de 58/100.000 habitantes e de mortalidade de 4,6/100.000 habitantes. **Objetivos:** Comparar o número de casos de tuberculose existentes no Estado de São Paulo - Brasil com o da República da Guiné-Bissau. **Metodologia:** Foram utilizados dados secundários do banco de dados do Programa Nacional de Luta Contra Lepra e Tuberculose da Guiné-Bissau e do Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo. **Resultados:** O Estado de São Paulo possui uma população e um número de casos de tuberculose superiores aos da República da Guiné-Bissau. Entretanto, a comparação dos coeficientes da doença, referentes ao ano de 2004, mostra que todos são maiores na Guiné-Bissau; o coeficiente do total de casos é 3,0 vezes maior; o de casos novos 3,2 e o de casos bacilíferos, 3,5 vezes maior. Para a comparação dos coeficientes e da situação da tuberculose nesses locais, os dados foram padronizados utilizando-se os coeficientes de casos bacilíferos encontrados em uma localidade e aplicados na outra, e vice-versa. Verificou-se que o número de casos de tuberculose bacilíferos encontrados no Estado de São Paulo era de 8.770, e com a padronização, utilizando-se os coeficientes da Guiné-Bissau, o número esperado seria de 30.696 casos, ou seja, 3,5 vezes maior. O número de casos bacilíferos da Guiné-Bissau era de 899 em 2004, e com a padronização, utilizando-se os coeficientes do Estado de São Paulo, o número esperado seria de 256 casos de tuberculose bacilífera, ou seja, 3,5 vezes menor. **Conclusão:** Os indicadores do Estado de São Paulo, em termos absolutos, são maiores, mas as taxas e coeficientes são menores, quando comparadas às da Guiné-Bissau, o que indica que a República da Guiné-Bissau possui maior risco de adoecimento por tuberculose.

Descritores: Padronização de dados; República Guiné-Bissau; Estado de São Paulo

AE0.003 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, QUE TRABALHA EM UNIDADES DE DIÁLISE, SOBRE TUBERCULOSE, NA GRANDE SÃO PAULO

FLAVIA APARECIDA MORAES; PÉRICLES ALVES NOGUEIRA

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA USP - SÃO PAULO. EMAIL: PERICLES@USP.BR

Introdução: A imunodeficiência celular que ocorre entre os pacientes renais crônicos, é a mesma que realizaria a primeira resposta imunológica contra a tuberculose, o que torna esse paciente suscetível a desenvolver essa doença. Comparando o coeficiente de incidência notificados

de tuberculose entre pacientes renais crônicos e da população geral do estado de São Paulo, 40,69/100.000 pacientes (2005) e 43,9/100.000 hab (2004), respectivamente, pode sugerir que não há diferenças estatísticas entre os números de casos dessas populações, esse fato deve merecer melhores estudos principalmente verificar se há ou não uma sub-notificação. A importância da tuberculose para o paciente renal crônico é um fato indiscutível e a potencialidade de exposição de risco para os profissionais da área da saúde, especialmente os da enfermagem e a maneira de como esses podem prevenir a transmissão entre os pacientes na sala de diálise foi o motivo desse estudo. **Objetivo:** Descrever o conhecimento e práticas de enfermagem realizadas pelos profissionais da enfermagem, que trabalham em unidades de diálise da Grande São Paulo, sobre a tuberculose, contemplando os aspectos epidemiológicos e clínicos. **Método:** Estudo descritivo que usou um questionário como instrumento de coleta de dados. A amostra utilizada foi de conveniência após uma seleção das unidades que possuíam mais do que 15 máquinas de diálise. Os sujeitos foram todos os componentes das equipes de enfermagem dessas unidades (auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros). **Resultados:** Os resultados apontam que as equipes de enfermagem apresentam um bom domínio do conhecimento relacionado à tuberculose. Mas, isso não os isentou de expressar, em alguns momentos, conhecimentos limitados. **Conclusão:** A sugestão desse estudo é que sejam intensificadas as atividades educacionais, voltadas para a tuberculose, incluindo esclarecimentos sobre as medidas de prevenção e controle específicas, para que sejam diminuídos os casos de tuberculose entre os pacientes renais crônicos e as situações de exposição de risco para a equipe de enfermagem.

Descritores: Tuberculose; Paciente renal crônico; Conhecimento enfermagem

AE0.004 CONTROLE DE CONTATOS DE TUBERCULOSE: ESTUDO EM CRIANÇAS ANGOLANAS, LUANDA, REPÚBLICA DE ANGOLA

CLEMAX COUTO SANT ANNA; INÊS LOPES FORTUNATO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: CLEMAX@VETOR.COM.BR

Introdução: Crianças menores de 5 anos representam o grupo de maior risco para desenvolver tuberculose (TB). Em Angola o controle de contatos ainda não é feito de forma sistemática. **Objetivos:** o presente trabalho tem como objetivo determinar a frequência de TB doença em crianças contatos de adultos com TB, visando contribuir para formulação de políticas públicas de controle da TB no país. **Métodos:** estudo transversal, descritivo, realizado no Hospital Militar Principal de Luanda, serviço terciário que atende militares e a população civil de todo o país. Foram avaliadas prospectivamente 67 crianças dos 0 aos 5 anos contato de adultos com TB que chegaram ao hospital em livre demanda no período de junho de 2007 a março de 2008. Para cada criança foi preenchida a ficha clínica, feita a avaliação nutricional (curvas do NCHS) e solicitado: teste de Mantoux, radiografia de tórax, sorologia para HIV e exame bacteriológico quando possível. O diagnóstico de TB foi pelo sistema de pontuação preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. **Resultados:** Foram detectados 44 (66%) casos de TB doença, sendo 27 (61,4%) do sexo masculino e 17 (39%) do sexo feminino. Havia 6 (13,6%) menores de 1 ano; 14 (31,8%) de 1 a 2 anos; 18 (41%) de 2 a 4 anos e 6 (13,6%) de 4 a 5 anos de idade. Dentre os doentes 2 (5%) estavam assintomáticos, 6 (13,6%) apresentavam tosse como único sintoma e nos restantes a tosse estava associada a emagrecimento, febre, astenia e sudorese. É importante realçar que 17 (40%) dessas crianças apresentavam somente tosse associada a sibilância. Das 19 crianças que apresentavam tosse associada a febre, emagrecimento, astenia e sudorese 12 (63%) tinham menos de 2 anos de idade. Quanto aos achados radiográficos, 39 (93%) dos doentes estavam com a radiografia de tórax alterada. Em 17 (38,6%) casos foi observado aumento hilar + condensação; em 20 (45,5%) aumento hilar; 4 (9%) casos de condensação em base e 1 caso de caverna em ápice do pulmão. Nas crianças com sibilância o aumento hilar+condensação foi constatado em 10 (60%) dos casos. Havia 8 (17%) crianças infectadas pelo HIV, das quais 5 (62,5%) apresentavam tosse, associada a febre, emagrecimento, astenia, sudorese. As restantes não apresentavam tosse, mais referiam, febre, adenomegalia cervical, emagrecimento e sudorese. Nestas o achado radiológico mais frequente foi condensação + aumento hilar em 5 (62,4%); 1 (12,5%) com condensação em base; uma criança com a radiografia normal e outra não fez a radiografia de tórax. Todos os pacientes iniciaram tratamento com o esquema RHZ. **Conclusão:** a estratégia de controle de contatos em Angola deverá ser implementada, pois a frequência de TB em crianças é elevada, bem como a de casos de co-infecção TB-HIV

Descritores: Tuberculose; Prevenção; Criança

AE0.005 ANÁLISE DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DE PACIENTES INTERNADOS EM UNIDADE DE REFERÊNCIA PARA TRATAMENTO DE TUBERCULOSE NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA; MARCELA LOPES BHERING

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA MARIA - RIO DE JANEIRO. EMAIL: HEDI_OLIVEIRA@YAHOO.COM.BR

Introdução: O controle da tuberculose (TB) tem representado um grande desafio em todo mundo. Várias publicações têm demonstrado a importância de ambientes hospitalares na transmissão da tuberculose, quer seja relacionada a surtos hospitalares, biossegurança, resistência aos medicamentos ou a caracterização das populações assistidas. A associação

entre TB e desnutrição foi reconhecida há muito tempo e sabe-se que ela predispõe o desenvolvimento da TB e esta, frequentemente, exacerba a desnutrição. No entanto, a relação entre o estado nutricional e a gravidade da doença ainda não está bem esclarecida na literatura. **Objetivo:** Analisar o índice de massa corporal (IMC) dos pacientes internados por tuberculose no Hospital Estadual Santa Maria (HESM), referência do Estado do Rio de Janeiro, para internação de pacientes com tuberculose. **Metodologia:** Estudo descritivo realizado através da análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes internados entre janeiro de 2002 e dezembro de 2003. **Resultados:** Dos 451 pacientes que fizeram parte do estudo, 302 (67,0%) eram do gênero masculino; quanto à faixa etária a frequência foi maior entre os 30 e 59 anos, 311 (69,0%). O motivo de internação mais frequente foi o mau estado geral 237 (52,5%), incluindo 66 pacientes (27,8%) considerados como caquéticos. Dos 351 pacientes que tiveram seus IMC avaliados, 230 (65,5%) tinham classificação de magreza e destes 35,6%, magreza grau III. Nove (9) tiveram IMC menor que 12kg/m², considerado limite mínimo para sobrevivência humana. O menor valor de IMC neste estudo foi de 9,15kg/m² e o maior de 31,6kg/m². **Conclusão:** O grau de desnutrição observada em nossa casuística é maior do que o relatado por Ramalho et al.(2000) que analisou pacientes atendidos em Unidade Primária de Saúde no Rio de Janeiro. O fato de o “mau estado geral” ser o motivo de internação mais frequente evidencia que estes pacientes foram encaminhados numa fase avançada da doença, assim como uma má condição social. Vimos com este estudo que a participação dos hospitais especializados com leitos destinados à fisiologia é de elevada relevância para o controle da tuberculose, e observamos a necessidade de validação do uso do IMC na internação de pacientes portadores de TB internados em hospitais especializados, sobretudo em países em desenvolvimento.

Descritores: Tuberculose; Hospitalização; Nutrição

AE0.006 ATENDIMENTO EM TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DO DESFECHO DOS CASOS EM UM HOSPITAL ESPECIALIZADO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO E SUA INTERFACE COM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA; MARCELA LOPES BHERING

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA MARIA - RIO DE JANEIRO.

EMAIL: HEDI_OLIVEIRA@YAHOO.COM.BR

Introdução: Nas últimas duas décadas foram realizados poucos estudos no Brasil sobre a hospitalização por tuberculose (TB). Isto decorre de uma visão epidemiológica parcial, pois os formuladores de políticas públicas na área não “percebem” ou não priorizam um problema de tamanha magnitude. Assinala-se também a falta de legislação específica sobre o atendimento da TB em nível hospitalar após o fechamento da maioria dos sanatórios, fato ocorrido no final da década de 70. Recentemente, em alguns hospitais gerais, merece destaque a participação dos componentes das Comissões de Controle de Infecção Hospitalar e dos Núcleos de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, preocupados com o problema da tuberculose enquanto doença de transmissão aérea, usualmente negligenciada em países em desenvolvimento. **Objetivo:** Analisar o desfecho do atendimento em um hospital especializado no tratamento da tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. **Metodologia:** Estudo descritivo realizado através da análise retrospectiva dos prontuários dos pacientes internados entre janeiro de 2002 e dezembro de 2003. **Resultados:** Dos 451 prontuários analisados, 297 pacientes (65,8%) foram encaminhados para os Centros Municipais de Saúde (CMS) ou para outros hospitais para dar continuidade ao tratamento e 83 (18,4%) evoluíram para o óbito. As taxas de óbito verificadas neste estudo são maiores do que aquelas observadas no Estado do Rio de Janeiro (RJ) e no Brasil, onde a ocorrência de óbito nos CMS foi de 5,0% (RJ) e de 7,0% (Brasil) em 2002 e de 6,9% (RJ) e 7,0% (Brasil) em 2003 (MS, 2005). **Conclusão:** Na região sudeste, 80,9% dos óbitos por tuberculose ocorrem em hospitais (MS, 2005). Estes dados apontam a gravidade da situação clínica desses pacientes e sinalizam a necessidade urgente de revisão da infra-estrutura dos hospitais e da qualidade dos recursos humanos que atendem esses pacientes, em sua maioria com situação clínica grave, além de melhorias significativas nas ações de controle de TB nos CMS. No período de estudo, não foi possível analisar o resultado do tratamento destes pacientes, pois não existia uma rotina de interação para se controlar o sistema de referência e contra-referência com os CMS ou hospitais. Estes dados reforçam a necessidade de se viabilizar um sistema efetivo de referência e contra-referência tendo como base a pactuação com os gestores municipal e estadual.

Descritores: Tuberculose; Hospitalização; Epidemiologia

AE0.007 MANEJO DA TUBERCULOSE PULMONAR EM HOSPITAL GERAL DE NÍVEL TERCIÁRIO

ROBERTO LUIZ TARGA FERREIRA; CAROLINE DEUTSCHENDORF; CAMILA BELTRAME; ROBERTA DE SOUZA COELHO

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - HNSC - RS. EMAIL: RTARGA@VIA-RS.NET

Introdução: No Brasil é recomendação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose que o atendimento e tratamento da tuberculose se façam em nível ambulatorial. Entretanto, um número grande de casos é descoberto e tratado em hospitais gerais, como há alguns anos vem acontecendo no HNSC. **Objetivo primário:** avaliar, em pacientes internados com baciloscopia positiva no escarro, se houve retardo no diagnóstico de tuberculose pulmonar no ano de 2007. **Objetivo secundário:** avaliar se houve interferência com a presença de HIV (vírus da imunodeficiência humana) positivo. **Métodos:** Estudo retrospectivo, descritivo de 01/01/2007 a 31/12/2007. A população foi constituída de pacientes internados no Hospital Nossa Senhora da Conceição com tuberculose pulmonar bacilífera diagnosticados por exame de escarro. Foram avaliados os tempos entre a internação e: a solicitação do exame de escarro (tempo I), o resultado do exame (tempo II), o isolamento do paciente (tempo III) e o início do tratamento (tempo IV). Nestes dados foram aplicados testes de significância estatística para verificar possíveis diferenças entre pacientes com e sem HIV positivo. Avaliaram-se também os intervalos entre a solicitação do escarro e o resultado do exame (tempo A); entre o resultado e o isolamento (tempo B); entre o isolamento e o tratamento (tempo C) e entre o resultado do exame e o início do tratamento (tempo D). **Resultados:** Foram incluídos 118 pacientes, a maioria do sexo masculino (68,5%). Destes 106 foram testados para co-infecção com o HIV, sendo esta observada em 56,5%. A média de idade dos pacientes foi de 41 anos [Desvio Padrão (DP): 14] e uma mediana de 40,5 anos.

A média entre a internação e a solicitação do exame de escarro do tempo I foi de 3,5 dias (DP: 4,6), com uma mediana de 2 dias. Entre a internação e o resultado do exame (tempo II) 5,5 dias (DP 5,2), com mediana de 4 dias. Entre a internação e o isolamento (tempo III) de 5,5 dias (DP: 6,1), mediana de 3,5 dias. Entre a internação e o início do tratamento (tempo IV) de 6,5 dias (DP: 6,1), mediana de 4,5 dias. Não houve diferença estatisticamente significante nestes tempos nos pacientes com HIV positivo. O tempo A (entre a solicitação da baciloscopia do escarro e o resultado) foi em média de 2,5 dias (DP: 2,2), mediana de 2 dias. Entre o resultado e o isolamento (tempo B) 2,5 dias (DP: 5,1 dias), mediana de 01 dia. Entre o isolamento e o início do tratamento (tempo C) 2,5 dias (DP: 4,2), mediana 01 dia. Entre o resultado do exame e o início do tratamento (tempo D) 2,5 dias (DP: 4), mediana 01 dia. **Conclusão:** Mesmo com a crescente hospitalização da tuberculose ainda há retardo no diagnóstico, no isolamento e no início dos tratamentos em nosso meio. Isto contribui para a manutenção da cadeia de transmissão da doença e para o surgimento de casos de tuberculose nosocomial em hospitais gerais.

Descritores: Hospitalização; Bacilíferos; Contágio

AE0.008 PROTOCOLO DE TRATAMENTO HOSPITALAR DE TUBERCULOSE PARA REDE PÚBLICA (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS/FHEMIG)

GUILHERME FREIRE GARCIA; HELENA RACHEL WEINREICH; FRANCISCO CARLOS SOUZA; VALDA FRANQUEIRA MENDONÇA

INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS-FHEMIG. EMAIL: GUIFGARCIA@IG.COM.BR

Introdução: A rede FHEMIG é formada por 21 hospitais, sendo três destes referência estadual para tratamento da tuberculose em nível secundário e terciário, Hospitais Júlia Kubitschek (HJK) e Eduardo de Menezes (HEM) em Belo Horizonte, e Hospital Regional João Penido (HRJP) em Juiz de Fora. A padronização de atendimento da tuberculose hospitalar é meta prioritária do Programa de Protocolos Clínicos da Instituição, sendo o processo iniciado em 2005. O monitoramento deste protocolo faz parte do Acordo de Resultados pactuado entre o Governo Estadual e a rede FHEMIG. **Objetivos:** Elaborar um protocolo de tratamento hospitalar de tuberculose adaptado aos hospitais da Fhemig, implementar recursos para seu funcionamento, monitorar indicadores de qualidade. **Métodos:** Técnicos dos três hospitais referência para tuberculose foram convidados para construção do protocolo, elaborado a partir de diretrizes nacionais e melhores evidências na literatura. A seguir houve divulgação, treinamento e busca de recursos para implementação. No último trimestre de 2007 iniciou-se monitoramento com indicadores de qualidade (tempo médio de internação, percentual de isolamento respiratório, percentual de baciloscopias com resultados liberados em até 24 horas). **Resultados:** O protocolo foi elaborado, validado internamente e após publicado na internet (www.fhemig.mg.gov.br). A divulgação na rede foi feita por profissionais responsáveis de cada unidade. Foram garantidas condições básicas de funcionamento, sendo elaborado projeto para sala de indução de escarro no HJK. Quanto aos indicadores, o tempo médio de internação foi de 34 dias para o HEM e 60 dias para o HRJP. Houve isolamento respiratório em 100% dos casos indicados. O resultado da baciloscopia em até 24 horas foi de 100% no HJK e de 57% no HEM. **Conclusões:** O protocolo adequou diretrizes nacionais para condições da FHEMIG e orientou a logística de recursos humanos e materiais. O monitoramento foi iniciado com adesão parcial das unidades.

Descritores: Protocolo; Tuberculose; Hospitalar

AE0.009 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES INTERNADOS POR TUBERCULOSE EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ANO DE 2007

ELIENE DENITES DUARTE MESQUITA; WALTER COSTA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ESTADUAL DE DOENÇAS DO TÓRAX ARY PARREIRAS. EMAIL: ELIENEDMESQUITA@GMAIL.COM

Introdução: A tuberculose permanece como importante problema de saúde pública em nosso país, sendo a forma pulmonar a principal apresentação clínica. Apesar de o tratamento ser preferencialmente ambulatorial, várias são as indicações de internação em um paciente com tuberculose (TB). O Instituto Estadual de Doenças do Tórax Ary Parreiras (IEDTAP) é um hospital localizado em Niterói (RJ), sendo referência para internação por TB, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e coinfeção TB/SIDA. **Objetivo:** analisar o perfil epidemiológico dos pacientes internados por TB no IEDTAP no ano de 2007. **Método:** Estudo descritivo dos dados contidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), coletados pelo Núcleo de Vigilância Hospitalar do IEDTAP em 2007. **Resultados:** No ano de 2007 foram internados 269 pacientes: 202 (75%) do sexo masculino e 67 (24,90%) do sexo feminino. Em cada gênero foram analisadas as seguintes distribuições: faixa etária, forma clínica, tipo de entrada e se a motivação da internação foi TB ou coinfeção TB/SIDA. No sexo masculino, houve predomínio da faixa etária entre 15-30 anos (37,12%), seguida da faixa 41-50 (22,77%) e por 31-40 anos (21,78%). A principal forma clínica foi a pulmonar (88,61%), seguida da pleuropulmonar (2,47%), da ganglionar e miliar (ambas com 1,48%). Quanto ao tipo de entrada, a maioria dos pacientes já chega notificada, sendo a transferência o principal tipo (83,66%); seguido por reingresso após abandono (5,94%), caso novo (4,95%) e por recidiva (1,48%). A motivação da internação foi TB em 77,72% dos casos e coinfeção TB/SIDA em 18,31%. Os demais casos (3,97%) correspondem a SIDA, na qual o diagnóstico da pneumopatia não foi TB (mudança de diagnóstico). No total de internações por TB, a coinfeção TB/SIDA foi responsável por 19,57% dos casos. No sexo feminino, também houve predomínio de internação na faixa etária de 15-30 anos (38,80%), porém seguida por 31-40 (29,85%) e por 41-50 anos (16,41%). A principal forma clínica foi a pulmonar (89,55%), seguida por ganglionar (4,47%), pleuropulmonar e miliar (ambas com 1,49%). Quanto ao tipo de entrada, 79,10% ocorreram por transferência, mas houve maior registro de casos novos (17,91%); reingresso após abandono correspondeu a 2,98% dos casos. A TB foi o motivador da internação em 65,67% dos casos e coinfeção TB/SIDA em 23,88%. À semelhança do sexo masculino, os demais casos (SIDA) corresponderam a 10,44% das internações. No total dos casos de internação por TB, a coinfeção TB/SIDA ocorreu em 26,66% dos casos. **Conclusão:** em nosso hospital, a análise do perfil epidemiológico baseado nos dados do SINAN dos pacientes internados em 2007 para ambos os sexos mostrou-se semelhante: a principal faixa etária de internação é 15-30 anos; a principal forma clínica é a pulmonar e a maioria dos pacientes já chega notificado. Porém, no sexo feminino houve maior registro de casos novos e coinfeção TB/SIDA.

Descritores: Tuberculose; Sistemas de informação; Notificação de doenças

AE0.010 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE TRATAMENTO DIRETAMENTE SUPERVISIONADO NAS UNIDADES DE PSF E NA UNIDADE DE REFERÊNCIA DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DO MUNICÍPIO DE ITABORAÍ – RIO DE JANEIRO

DENISE FREITAS SILVA; MARIA JOSÉ FERNANDES PEREIRA

INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ – RJ. EMAIL: DENISEFREITASILVA@IG.COM.BR

Introdução: A tuberculose permanece como um enorme problema de saúde pública no Brasil e vem crescendo globalmente. Em 1993 a OMS declarou a Tuberculose uma emergência mundial e lançou a estratégia DOTS com a forma mais eficaz e de menor custo-benefício de controle da doença em âmbito mundial. Em 2003 houve a implantação do Tratamento Diretamente Supervisionado nas 44 equipes de PSF do município (70% de cobertura populacional) permanecendo 30% em tratamento auto-administrado. Em 2005 decidiu-se pela expansão da estratégia DOTS aos pacientes não cobertos pelo Programa Saúde da Família. **Objetivo:** Comparar a estratégia DOTS executada nas unidades de PSF com a realizada na unidade de Referência do PCT. **Metodologia:** Oficinas de Capacitação e Sensibilização a todos os profissionais do PCT e equipes do PSF em Tratamento Supervisionado. 1º grupo – Supervisão no PSF: Fornecimento de tratamento supervisionado a todos os pacientes moradores das áreas adscritas das unidades do PSF, portadores de tuberculose com supervisão diária executada, prioritariamente, pelos agentes comunitários. A todos os pacientes era fornecida mensalmente 1 cesta básica até o término do tratamento. 2º grupo – Supervisão no PCT: Fornecimento de tratamento supervisionado a todos os pacientes moradores das áreas não cobertas pelo PSF, portadores de tuberculose. Supervisão realizada 2 vezes por semana, na Unidade de Referência do PCT executada pela equipe técnica do PCT. A todos os pacientes era fornecida, mensalmente, 1 cesta básica e vales transportes para seu deslocamento até a unidade para tomada da medicação. **Resultado:** Quando comparado o abandono nas duas estratégias empregadas, estatisticamente não encontramos diferenças com redução importante do indicador. Quanto ao indicador de cura é significativa a diferença da cura realizada nas unidades de PSF, com indicadores superiores ou muito próximos aos preconizados pelo Ministério da Saúde. Nossa avaliação foi de que o indicador cura realizado pela equipe do PCT possuía um viés de seleção permanecendo na supervisão da unidade de Referência do PCT os pacientes não adscritos ao PSF, os pacientes sabidamente mais graves ou pacientes moradores de municípios circunvizinhos que ao melhorarem eram transferidos ao seu município de origem para término de tratamento, isso determinou indicadores de óbito e transferência muito elevados, reduzindo assim a cura. No primeiro semestre de 2007 o Programa enfrentou um grave problema no fornecimento dos vales-transportes esse pode ter sido um determinante a elevação do indicador de abandono vivenciado nessa fase na unidade de Referência do PCT, porém nova avaliação deve ser realizada após o fechamento da coorte de 2007.

Descritores: Dose oral supervisionada; Programa saúde da família; Programa de controle da tuberculoses

AE0.011 REESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE DO MUNICÍPIO DE ITABORAÍ – RIO DE JANEIRO

DENISE FREITAS SILVA; MARIA JOSÉ FERNANDES PEREIRA

INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ – RJ. EMAIL: DENISEFREITASILVA@IG.COM.BR

Introdução: A tuberculose tem se delineado como um sério problema de saúde pública nos países em desenvolvimento. O Município de Itaboraí apresentava em 2002 um perfil situacional muito preocupante, era e ainda é considerado município prioritário em ações de controle da tuberculose, apresentava um programa centralizado em uma única unidade, sem cumprir nenhum protocolo de biossegurança, cumprindo parcialmente as ações de controle da tuberculose e baciloscopia sendo realizada em rede particular, sem critérios de qualidade. Avaliando os indicadores observamos um alto coeficiente de incidência e prevalência (61/100.000) e (75/100.000) respectivamente, baixa taxa de pacientes curados (66%), alta taxa de abandono (24%) no ano de 2001. Todos os indicadores demonstravam a magnitude do problema. Em 2001 é implantado, no município, um novo modelo de fortalecimento das ações da Atenção Básica – o Programa Saúde da Família. **Objetivo:** Descentralizar o Programa de Controle da Tuberculose para as equipes do PSF (60 % de cobertura) utilizando para tal o Tratamento Diretamente Observado. **Objetivos Específicos:** Ampliação da equipe de atendimento; Implantação do laboratório de baciloscopia; Capacitação e sensibilização da equipe do PCT, dos profissionais da atenção básica e hospitalar; Implantação de condições mínimas de biossegurança; Implantação do livro de PPD, e do livro de quimioprofilaxia, da ficha de controle de contatos, do Livro de Sintomáticos Respiratórios, dos incentivadores (cestas básicas e vales-transportes), da consulta de enfermagem, do Serviço de broncoscopia. **Normatização do SINAN.** Implementação: do Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose, do Livro de Controle das Baciloskopias. Criação de folders e cartazes educativos. Criação do Centro de Referência Municipal em Tuberculose. **Metodologia:** Revisão bibliográfica feita análise da literatura brasileira, buscando avaliar e analisar a experiência DOTS nos Programas de Controle da Tuberculose no Brasil e no mundo. Levantamento perfil situacional do município. **Resultados e Conclusão:** A implantação do modelo de reestruturação se iniciou em maio de 2002 o que determinou uma nova dinâmica de trabalho da equipe operacional do PCT determinando uma sensibilização dos gestores gerando uma atitude de apoio às novas estratégias. A descentralização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos de TB para as equipes de PSF ocorreram em 2003. Como observado na tabela abaixo a reestruturação assim com a descentralização do PCT utilizando a estratégia DOTS alavancou os indicadores de cura do município e reduziu drasticamente o abandono do tratamento num curto período de tempo.

Descritores: Descentralização; Programa de controle da tuberculose; Programa saúde da família

AE0.012 TUBERCULOSE MULTIRESISTENTE: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES DO HOSPITAL DE REFERÊNCIA CLEMENTINO FRAGA/JOÃO PESSOA/PB

DINALVA SOARES LIMA; ITATHIANA MARIA CUNHA BENTO DA SILVA; GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA; EVELINE MARIA LEITE VILAR; EDIVALDO JOSE TRINDADE MEDEIROS DA SILVA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL CLEMENTINO FRAGA – HCF – PB. EMAIL: GERLANIAS@BOL.COM.BR

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica causada por agente

etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch. Estima-se que um terço da população mundial está infectada pelo germe causador da doença, muitos desses adoeceirão. O Brasil está entre os 23 países mais afetados pela TB, são 50 milhões de infectados, destes 90 mil adoececem a cada ano, e cerca de 6 mil morrem. No mundo, são quase 2 milhões de óbitos pela doença. Hoje dispomos de tratamento capaz de curar 80 % dos casos. Mas, simultaneamente, surgiram fatores que favorecem a disseminação da TB, como é o caso da AIDS, e outros que dificultam o controle, como, a persistência do abandono do tratamento e o surgimento de casos de TB multiresistente. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi catalogar e traçar um perfil epidemiológico dos pacientes com TBMR notificados e assistidos no Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa/PB. **Metodologia:** Foram incluídos nesta amostragem, os pacientes notificados e assistidos no ambulatório de TBMR do Hospital de Referência Clementino Fraga/PB, do período de Julho de 2002 a Dezembro de 2007, por meio de levantamento dos Prontuários e notificações do Sistema TBMR do Centro de Referência Professor Hélio Fraga/RJ. Os Pacientes catalogados foram no total de 28 casos. **Resultados:** Na análise dos dados, o perfil dos pacientes TBMR, quanto ao sexo, foi observado o predomínio masculino com 67,85%; a raça predominante, foi a parda com 46,5%. A distribuição por idade mostra a variação de 18 a 68 anos. Quanto as formas de apresentação da Tuberculose nos pacientes, predominou a forma pulmonar nos 28 pacientes (100%). Dos 28 pacientes, 100% realizaram testes Anti-HIV e identificou-se um caso soropositivo, e era da raça indígena. Na avaliação observou-se uma cura de 85, 71%, abandono de 3,57% e dois casos de óbitos (7,1%) e um caso de falência terapêutica. O Tratamento empregado foi o preconizado pelo Ministério da Saúde de 24 meses pela estratégia supervisionada nas unidades de saúde do município de origem e acompanhamento quinzenal no Hospital de Referência, quanto ao diagnóstico foi baseado nos resultados de Cultura com teste de Sensibilidade aos tuberculostáticos realizado no LACEN-PB. **Conclusão:** A identificação e detecção precoce de TBMR por meio de cultura para BK e teste de sensibilidade, tem sido uma das medidas importantes de controle de saúde pública, com intervenção rápida, além de tratamento padronizado em 24 meses, diretamente observado nas unidades de saúde, aumentando a adesão do tratamento, redução do abandono, detecção de falência terapêutica e tratamento das complicações e comorbidades dos pacientes TBMR. Estas ações tem sido desenvolvidas por equipes multidisciplinares dos Hospitais de Referência em assistência aos portadores de TBMR.

Descritores: TBMR; Diagnóstico; Cura

AE0.013 A TUBERCULOSE NO ESTADO DA PARAIBA: AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E OPERACIONAL NOS PERÍODOS DE 2000 A 2006

GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA; DINALVA SOARES LIMA; NILTON SOARES FORMIGA

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DA PARAIBA/ NÚCLEO DE DOENÇAS ENDÊMICAS DA

PARAIBA/ LABORATÓRIO CENTRAL(LACEN)/ REDE TB DA PARAIBA. EMAIL: GERLANIAS@BOL.COM.BR

Introdução: A Tuberculose (TB) é a principal causa de morte no mundo com uma estimativa de 9,2 milhões de casos novos em 2006 (139/100.000 hab) e entre eles 709 mil são co-infectados e uma prevalência estimada de 14,4 milhões casos. No Brasil, para o ano de 2006 segundo a OMS foi estimado 94 mil casos de TB com incidência 50/100 mil por todas as formas, ocupando 16º lugar entre os 22 países com a mais alta carga de TB notificadas no mundo. A TB, uma doença que tem cura, mas ainda causa a morte de 5,1% dos casos diagnosticados no Brasil. O percentual de cura é 77% e a taxa de abandono está em torno de 9%, a cada ano. (WHO, 2008). **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi detalhar dados epidemiológicos e operacionais, numa série histórica de 2000 a 2006 do Estado da Paraíba. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de coorte do Estado da Paraíba, nos períodos de 2000 a 2006, tendo como fonte dados originados do SINAN, analisando coeficiente de incidência de todas as formas e BK positivos; taxa de mortalidade por TB; número de sintomáticos respiratórios examinados; casos novos de BK positivos; indicadores operacionais de cura, abandono e óbitos e destacando a Estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOT's). **Resultados:** Na análise dos dados operacionais observou-se no período de 2000 a 2006, respectivamente, os coeficientes de incidências de BK positivos: 22,77; 22,24; 19,43; 21,4; 17,70; 17,08; 18,30. As taxas de mortalidade no estado da Paraíba de 2000 a 2006 foram respectivamente: 2,03; 1,00; 1,97; 1,25; 1,32; 1,27; 2,90. Observou-se no Estado da Paraíba a associação TB/HIV nos anos de 2000 a 2006, os seguintes percentuais: 14,4; 25,01; 16,02; 20,01; 10,36; 9,86; 9,90. Quanto aos indicadores de cura no ano de 2006, obteve-se 80%, abandono de 7,6% e óbitos de 2,9%, de acordo com dados do SINAN (com encerramento de 89% dos casos), com a estratégia de tratamento diretamente observado. **Conclusão:** No programa de controle da Tuberculose do estado da Paraíba é possível destacar a melhoria tanto epidemiológica quanto operacional. Essa situação teve influência da descentralização das ações do programa para a Atenção Básica (USF). Outro fator a ser destacado corresponde a concretização dos cinco pilares preconizados pela OPAS e a sustentabilidade do DOT's.

Descritores: Tuberculose; DOTS; Epidemiologia

AE0.014 FACILIDADES E DIFICULDADES NA ESTRATÉGIA DOTS EM UM MUNICÍPIO PRIORITÁRIO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SANTA CATARINA

SABRINA DA SILVA DE SOUZA; DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA; ANA CLÁUDIA CUNHA; ALBANIRA PINTO FIGUEIRA; SANDREA VAZ

INSTITUIÇÃO: PCTB- SJ – SC. EMAIL: ENFERMEIRASABRINA@GMAIL.COM

Introdução: O tratamento supervisionado é constituído por cinco elementos: apoio governamental (condições para o controle da tuberculose e implantação do tratamento supervisionado, com recursos para a busca e tratamento dos casos), busca ativa dos sintomáticos respiratórios, suprimento de medicamentos com regularidade e qualidade; observação direta do tratamento (garantindo o uso da medicação corretamente e incentivando o tratamento); monitoramento do paciente (OMS, 2003). Além de modificar o perfil epidemiológico da tuberculose, o emprego da estratégia DOTS, apresenta outras vantagens. Sua eficiência sem hospitalização torna o tratamento disponível e de baixo custo. Convergente as idéias apresentadas nas perguntas quais são as facilidades e dificuldades para os profissionais da estratégia de saúde da família implementar o DOTS, como eles percebem essa estratégia. **Objetivo:** Para responder essas indagações optamos em desenvolver uma pesquisa que tem como objetivo Conhecer as facilidades e dificuldades na implementação da estratégia DOTS na perspectiva do enfermeiro da estratégia de

saúde da família. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratório descritiva. Fizeram parte do estudo os enfermeiros da estratégia de saúde da família que tinham pacientes com tuberculose em sua área de abrangência e que faziam DOTS. Os dados foram obtidos através de entrevistas semi-estruturadas. Resultados: DOTS é a avaliação das falas levou a três categorias que permitem conhecer as facilidades e dificuldades na implementação da estratégia DOTS na perspectiva do enfermeiro da estratégia de saúde da família. A estratégia DOTS é percebida pelos enfermeiros da estratégia de saúde da família como: É o tratamento supervisionado por um profissional da saúde, ou seja, o profissional deve estar presente no momento da ingestão dos medicamentos, para garantir a adesão ao tratamento evitando assim o abandono e o uso incorreto da medicação. Facilidades na realização do DOTS - No que tange as facilidades apontadas pelos profissionais na realização do DOTS - No que tange as facilidades apontadas pelos profissionais na realização do DOTS, estão: A resistência de alguns pacientes em aceitar a medicação, seus efeitos colaterais, o tempo de tratamento e também a presença do profissional da saúde ou ACS todos os dias em sua casa (preconceito). Burocracia- muitos papéis a serem preenchidos para controle. Conclusão: Este estudo aponta a experiência de uma proposta de descentralização do serviço, apresentando as dificuldades e facilidades existentes nos serviços de saúde em seu cotidiano, dificuldades e facilidades estas mencionadas.

Descritores: Tuberculose; DOTS; Enfermagem

AE0.015 EDUCAÇÃO EM SAÚDE: ANÁLISE DAS PRÁTICAS RELACIONADAS À TUBERCULOSE EM UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA-PB

JANAÍNA VON SOHSTEN TRIGUEIRO; SANDRA APARECIDA ALMEIDA; ANA CRISTINA OLIVEIRA E SILVA; UTHANIA MELLO FRANÇA; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; GISELE ALMEIDA SOARES DE GOIS

INSTITUIÇÃO: FACENA - PB. EMAIL: JANAVS_23@HOTMAIL.COM

Introdução: A educação em saúde contribui para a formação e desenvolvimento da consciência crítica das pessoas, a respeito de seus problemas de saúde, estimulando a busca de soluções e da organização de ações coletivas. Frente à dimensão e gravidade social da Tuberculose (TB), espera-se que as Equipes de Saúde da Família insiram em sua prática ações educativas que promovam reflexões e mudanças de atitudes, transformando a realidade da comunidade frente à problemática. Portanto, justifica-se a necessidade de conhecer a realidade de atuação dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família com relação às ações educativas voltadas especificamente para o controle da TB. **Objetivo:** Analisar a existência de práticas educativas desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa - PB, aplicadas à prevenção e controle da TB, bem como, observar essas práticas quanto à metodologia, recursos físicos, materiais utilizados e capacitação profissional, avaliando a qualidade de ensino-aprendizado por parte da equipe. **Metodologia:** Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa utilizando como instrumento de coleta de dados, um roteiro de entrevista semi-estruturado. A amostra constituiu-se por 9 profissionais atuantes em Unidades de Saúde da Família. Os dados foram analisados por meio da técnica de Análise de Conteúdo - modalidade temática. A unidade temática central denominou-se Controle da Tuberculose x Educação em Saúde, que foi conformada a partir de seis núcleos de sentidos centrais: Ações educativas voltadas para TB sob a percepção do profissional; Principais atores envolvidos nas práticas educativas; Capacitação profissional em TB; A ação educativa no atendimento ao portador de TB; Recursos utilizados nas práticas educativas voltadas para TB e Fragilidades nas práticas educativas voltadas para TB. **Resultados:** Verificou-se carência de planejamento, insuficiente capacitação profissional - os entrevistados realizam as ações educativas apenas na consulta médicas e de enfermagem; percepção restrita de que ações educativas limitam-se a palestras nas salas de espera e distribuição de panfletos. Os profissionais manifestaram inadequação do espaço físico da Unidade de Saúde e escassez de material educativo. **Conclusões:** Deve-se atentar para a prática educativa como um alicerce da atenção básica, que promova uma melhor compreensão dos usuários da Estratégia Saúde da Família sobre o processo saúde-doença e ofereça subsídios para os mesmos adotarem novos hábitos, gerando assim uma melhor qualidade de vida. É visto que, além da necessidade de qualificar os profissionais, torna-se imprescindível o compromisso e apoio político dos gestores locais, que venham beneficiar as práticas de construção da participação da sociedade de forma consciente nos serviços de saúde, conforme a proposta do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Educação em Saúde; Estratégia Saúde da Família; Tuberculose.

AE0.016 IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO (TS) NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

LISIA RAYMUNDO DE FREITAS; MARIA CRISTINA CABRAL DE SÁ; LIA SELIG; ANA ALICE PEREIRA BEVILÁQUA; REGINA GUEDES; REGINA ZUIM; ELIANE SUCUPIRA; WILMA MORENO; ANA GESSY GUEDES; MARNEILI PEREIRA MARTINS

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL - RJ. EMAIL: ALICEPEREIRA@OI.COM.BR

Introdução: Em 1993, a Organização Mundial de Saúde - OMS - declarou a tuberculose uma emergência mundial, adotando a estratégia DOTS (Tratamento de Curta Duração, Diretamente Observado), para controle. No Brasil, a partir de 2000, o Ministério da Saúde adota esta mesma estratégia. O Estado do Rio de Janeiro (ERJ) apresenta uma das maiores incidências, 82/100.000 hab, e o PCT/SESDEC-RJ vem desenvolvendo várias ações visando o fortalecimento dos pilares do DOTS, junto com as coordenações dos PCTs dos municípios com maior carga de tuberculose. **Objetivo:** Implementar a estratégia DOTS, nos municípios prioritários do ERJ. **Metodologia:** Construção dos cinco pilares da estratégia DOTS, ampliando para estratégia STOP TB. 1 - Compromisso político: reuniões mensais com os coordenadores dos municípios prioritários visando melhorar a qualidade do atendimento; visita aos secretários municipais para sensibilização acerca do controle da TB; reuniões de mobilização com gestores e profissionais de saúde (laboratório, PSF,

hospitais outros); 2 - Diagnóstico através da baciloscopia de qualidade: reuniões, capacitações e oficinas com técnicos em laboratório para melhorar a qualidade e o seu controle (CQ); 3 - Sistema de informação: visitas aos municípios para manutenção contínua do SINAN; supervisão indireta nas reuniões mensais; reunião com DESIPE; oficinas de monitoramento e capacitação em SINAN; 4 - Garantia do suprimento de Medicamentos: Programação anual; realização do I Simpósio de Assistência Farmacêutica; parceria permanente com a assistência Farmacêutica da SESDEC; 5 - Supervisão da dose: capacitações e descentralização das ações do PCT para ESF; 6 - Mobilização Social: reuniões, oficinas, capacitações e campanhas; 7-TB/HIV: capacitações em Aconselhamento e prova tuberculínica; 8 - Populações confinadas e em situação de rua: oficinas com profissionais que atuam com população de rua; apoio ao DESIPE; busca de sintomáticos respiratórios e investigação de contatos em albergues. **Resultados:** Assinatura de Carta Compromisso por representantes do COSEMS e maior envolvimento dos secretários municipais no controle da TB; maior envolvimento do pessoal de laboratório nas ações do PCT e CQ; eliminação de inconsistências do SINAN e aumento da sua valorização, aumentando a confiabilidade dos dados; melhoria do percentual de casos encerrados, passando de 30%, em 2004, para 75 %, em 2006; maior integração na assistência farmacêutica nos níveis federal, estadual e municipais, com melhoria na logística dos insumos; maior participação dos profissionais do ESF nas ações de controle e observação da dose; aumento do número de pacientes em tratamento supervisionado; aumento da solicitação TB/HIV de 64%, em 2004, para 80%, em 2006; construção, reprodução e distribuição de cartilha para educadores comunitários e material educativo. **Descritores:** DOTS; Encerramento de casos; Laboratório

AE0.017 PESQUISA OPERACIONAL EM TUBERCULOSE COM ABORDAGEM QUALITATIVA NO ESTADO DE SÃO PAULO

VALDIR SOUZA PINTO; REGIANE CARDOSO DE PAULA; VERA MARIA NEDER GALESI

INSTITUIÇÃO: DIVISÃO DE TUBERCULOSE DO CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - SP. EMAIL: VALDIRPINTO@UOL.COM.BR

Introdução: O Estado de São Paulo com seus 41 milhões de habitantes registra por ano aproximadamente 18.000 casos de tuberculose (TB). É o maior contingente do país com uma incidência de 38.7 casos por 100.000 habitantes, um número que tem diminuído nos últimos três anos. O Plano Regional da TB 2006-2015 da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) vem sendo seguido pelo Programa de Controle da TB do Estado de São Paulo (PCT-SP), acompanhando sua filosofia de vanguarda no fortalecimento da estratégia DOTS, contemplada na estratégia do STOP-TB em seus seis componentes adicionais. Um destes seis componentes é promover e facilitar as pesquisas operacionais (POs) em TB tendo-as em mente como uma ferramenta que pode contribuir à implementação/aceleração/expansão da estratégia DOTS. **Objetivo:** Descrever as POs, com abordagem qualitativa, realizadas pelo PCT-SP durante o ano de 2007. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo que utiliza os dados de todos os pesquisadores registrados como autores de POs com abordagem qualitativa no PCT-SP em 2006 e 2007. **Resultados e Conclusão:** Em 2006 foi realizado o "1º Curso em Pesquisa Operacional de TB" promovido pelo PCT-SP e financiado pelo projeto ICOHRTA AIDS/TB da Universidade Federal do Rio de Janeiro. A partir desse curso, o PCT-SP promoveu em parceria com o Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (IpDSC) um curso de "Introdução à Metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)". Em 2007, novamente em parceria com o projeto ICOHRTA AIDS/TB, foi realizado o curso "Abordagens qualitativas para Levantamento de Processos de Enfrentamento à TB e AIDS (QUALI-TB)". Nestes cursos foi introduzido o método qualitativo como uma ferramenta para responder muito das questões relacionadas à TB. O PCT-SP iniciou então, projetos em parcerias com a USAID (United States Agency for International Development) e Fundação Alemã de Assistência à Hanseníase e TB (DAHW). Quatro POs já estão em andamento com apoio destas parcerias e com uma metodologia inovadora - o Discurso do Sujeito Coletivo, em que o pensamento é coletado por entrevistas individuais com questões abertas, fazendo com que o pensamento, como comportamento discursivo e fato social individualmente internalizado, possa se expressar. Essas POs descrevem as representações sociais do tratamento supervisionado e dos incentivos em paciente com TB e profissionais de saúde no município de Guarulhos, e o perfil do doente com TB diagnosticado num hospital do município de Guarulhos e num hospital do município de São Paulo. As POs são uma das prioridades do PCT-SP em seu plano de ação e, de acordo com a OPAS, não existe uma clara consciência do papel das investigações para o controle eficaz da TB nas "regiões das Américas" e, tampouco é prioridade nos PCT. Desde 1998 o PCT-SP adotou a estratégia DOTS e muitas questões ainda não foram respondidas, e as POs são um dos caminhos que ajudarão a respondê-las.

Descritores: Pesquisa operacional; Discurso do sujeito coletivo; Programa de controle da tuberculose

AE0.018 MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES DO PROJETO "II INQUÉRITO NACIONAL DE RESISTÊNCIA A DROGAS EM TUBERCULOSE"

ADALGIZA ROSEMARIA GUARNIER; MARIA JOSEFA PENON RUJULA

INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ - RJ. EMAIL: DENISEFREITASILVA@IG.COM.BR

Introdução: No Brasil, de 1994 a 1996, o Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde conduziram um inquérito de resistência às drogas antituberculose em nível nacional. Resultados desse inquérito foram valiosos e importantes para a determinação da magnitude do problema no Brasil. A realização de um único inquérito de TBMR não nos permite monitorar tendências e por isso o Ministério da Saúde conduziu o II Inquérito Nacional de Resistência a Drogas em Tuberculose. Devido ao grande impacto da epidemia do HIV na Tuberculose, foi oferecido teste de HIV para os pacientes de TB participantes do II Inquérito. Com cerca de 18.000 casos novos por ano e aparentemente certa estabilidade, o Estado de São Paulo é um dos estados brasileiros com maior número absoluto de casos. **Objetivo:** Coordenar e acompanhar a realização da pesquisa local, interpretar, analisar e divulgar os dados locais. **Metodologia:** O inquérito no Estado de São Paulo foi dividido em

regiões. Coube a coordenação regional, as unidades da Grande São Paulo e o município de São Jose dos Campos, interior do estado, com as seguintes atribuições: Realizar treinamentos nos locais sorteados para a realização do inquérito; Definir semanalmente o dia de recolher os questionários, termos de consentimentos e formulários dos resultados do teste de HIV nas unidades locais; Realizar o controle de qualidade dos questionários, revisando os prontuários incluídos do mês pela unidade de saúde., enviando-os para a coordenação estadual; Definir a supervisão no seguimento e visita domiciliar para os pacientes participantes da pesquisa que não retornarem para resultados de exames ou consulta; Supervisionar as unidades sorteadas para o inquérito; Analisar os dados recebidos. O levantamento dos dados foi iniciado em novembro de 2005 e a análise destes foi concluída em abril deste ano. **Resultados:** Guarulhos foi o Município com o maior número de pacientes arrolados (125). **Conclusão:** A entrada de pacientes foi encerrada no dia 31 de dezembro de 2007, mas as atividades de coleta, análise e consistência dos dados continuaram até o presente momento.

Descritores: Inquérito; Teste de sensibilidade; Resistência

AE0.019 VIGILÂNCIA DAS NOTIFICAÇÕES DE CASOS DE TUBERCULOSE. CAMPINAS-SP 1993-2007

HELENICE BOSCO OLIVEIRA; ÉRIKA GOMES SANTOS

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP - SP. EMAIL: HELENICE@UNICAMP.BR

Introdução: As notificações de casos de tuberculose (TB) precisam ser interpretadas com cautela, pois refletem a incidência, mas também as atividades de busca de casos e de registro. Muitas vezes, um aumento nas notificações está claramente relacionado aos esforços do programa para a expansão e melhoria das atividades de controle. Apesar destas limitações, a notificação de casos é um componente importante da vigilância da TB revelando tendências na incidência da doença e cobertura do programa. A cidade de Campinas-SP, com um milhão de habitantes, é considerada desde 1994, município prioritário pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, selecionada pela situação epidemiológica da doença, interfaces com a Aids e pelo tamanho da população. Desde 1989, o diagnóstico e tratamento da TB foram descentralizados para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS). Conta com 49 centros de saúde e 13 módulos de saúde da família, com 154 equipes distribuídas nestas UBS. Este estudo é parte do Projeto de Vigilância da Tuberculose para a cidade de Campinas. **Objetivo:** Caracterizar as notificações de casos de TB na cidade de Campinas-SP no período de 1993 a 2007. **Métodos:** Estudo descritivo das notificações de TB considerando residência ou não em Campinas, tratamentos anteriores, presença da Aids, institucionalização no sistema prisional. As informações foram obtidas a partir do Sistema de Informações de Agravos de Notificação-SINAN, repassados pela Secretaria Municipal de Saúde e desde 2007 através do Sistema de Informação da Secretaria Estadual de Saúde-SP (TB-WEB). **Resultados:** No período de estudo verificou-se redução de 38,7% nas notificações de tuberculose em serviços de Campinas, com decréscimo de 44,8% entre residentes em outras cidades e evidenciando o município como pólo de atração para diagnóstico e tratamento da doença. Para os residentes em Campinas, a redução no período 1993-2007 esteve relacionada, principalmente, ao problema da Aids. Entre os casos novos foi de 26,5% (sem Aids) e de 50% (com Aids). Nestes, verificou-se aumento de 1993 a 1996 e queda importante em 1997, provavelmente associada ao uso de HAART na Aids; a redução de novos casos de tuberculose sem Aids se dá apenas a partir de 2001. No grupo dos retratamentos com Aids, foi de 25%; nos sem Aids a redução foi expressiva, com 65,8%. O monitoramento entre os presidiários não revelou o decréscimo que era esperado com a descentralização do complexo penitenciário para outras cidades da região metropolitana; pela gravidade destes pacientes, geralmente com TB-Aids, a cidade de Campinas ainda é a referência para atendimento especializado e internação dos detentos. **Conclusão:** A redução no número de casos precisa ser interpretada com cuidado, pois pode ter ocorrido sub-notificação de pacientes. Apesar das limitações, o estudo proporciona linhas de base para futuras avaliações do programa de controle da tuberculose para a cidade de Campinas-SP.

Descritores: Notificação; Série histórica; Monitoramento

AE0.020 ANÁLISE DE PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS BRASILEIRAS SOBRE A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DOTS NO PERÍODO DE 2002-2007

MAURÍCIO CANEDO DOS SANTOS; FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA

INSTITUIÇÃO: UNIRIO - RJ. EMAIL: FABI.ASSUMPCAO@GMAIL.COM

Introdução: O estudo faz referência à importância do combate à tuberculose (TB) no Brasil. Neste contexto, o tratamento diretamente observado de curta duração (DOTS) vem, desde 1998, sendo gradativamente implantado com o objetivo de reduzir o abandono do tratamento e os óbitos por TB. A Enfermagem, devido às suas habilidades assistenciais, gerenciais e de ensino, possui ampla atuação na estratégia DOTS, destacando-se também na produção de conhecimento científico de saúde pública. **Objetivos:** Analisar a participação da Enfermagem na estratégia DOTS segundo as publicações científicas brasileiras; discutir a importância da Enfermagem atuando na estratégia DOTS no Brasil. **Métodos:** O estudo é uma pesquisa bibliográfica, tendo como fonte de coleta de dados o endereço eletrônico da Biblioteca Virtual em Saúde na base de dados da Scientific Eletronic Library Online Brazil (SciELO). Foram captados artigos científicos em língua portuguesa publicados entre 2002-2007 que disponibilizassem integralmente seus textos. Os artigos deveriam tratar sobre temáticas de saúde e ainda possuir necessariamente as palavras "enfermagem" ou "enfermeiro" associadas a "tuberculose" ou, de maneira isolada, o termo "terapia diretamente observada". Realizada a leitura analítica dos achados iniciais, foram redigidas anotações relativas às atividades de Enfermagem desenvolvidas na estratégia DOTS. As anotações foram agrupadas e analisadas a fim de fomentar a discussão sobre a importância da Enfermagem no combate à TB. **Resultados:** Foram encontrados 42 artigos que continham as palavras-chave descritas, sendo que apenas 16 atenderam a todos os critérios estabelecidos pela pesquisa. Percebeu-se que somente 12,5% dos artigos caracterizaram a Enfermagem como uma equipe estruturada hierarquicamente. 56,3% dos artigos trataram da importância das orientações ao doente, e 62,5% revelaram o grande valor da promoção do vínculo profissional de Enfermagem-doente. As anotações realizadas possibilitaram assinalar ações próprias dos profissionais de Enfermagem em 87,50% dos artigos, destacando-se a interação profissional-doente-contatos, o fornecimento

de medicamentos e a educação em saúde. **Conclusão:** Os resultados possibilitaram identificar que os estudos brasileiros abordam superficialmente as ações pertinentes a cada profissional envolvido na estratégia DOTS. Embora exista a necessidade de uma atuação em equipe, torna-se imprescindível o esclarecimento da atuação de cada integrante, de maneira a aprimorar o seu próprio desempenho e promover a autopercepção sobre a importância das tarefas individuais e coletivas realizadas. Porém, entende-se que a Enfermagem possui um papel de destaque no combate à TB no Brasil. Ao atuar diretamente com o doente e seus contatos, a Enfermagem é a equipe mais próxima que realiza o acolhimento e monitora o tratamento - aspectos essenciais para o sucesso terapêutico. **Descritores:** Tuberculose; Terapia diretamente observada; Enfermagem

AE0.021 DIFICULDADES ENCONTRADAS NA BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EM UM CENÁRIO DE VIOLÊNCIA URBANA

FERNANDA CORTINES CARVALHO; FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA

INSTITUIÇÃO: UNIRIO - RJ. EMAIL: FABI.ASSUMPCAO@GMAIL.COM

Introdução: A propagação da tuberculose (TB) está intimamente ligada às condições de vida da população. Prolifera em áreas de grande concentração humana, com precários serviços de infra-estrutura urbana, como saneamento e habitação, onde coexistem a fome e a miséria. As ações para o controle da TB no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. A busca ativa de Sintomáticos Respiratórios (SR) tem o objetivo de realizar intervenções imediatas destinadas a bloquear a cadeia de transmissão da TB. A importância desta atividade reside no fato que a partir da mesma, poderá haver um controle mais efetivo de novos casos de TB. **Objetivos:** Investigar junto às equipes de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) do Morro do Alemão como é realizada a busca ativa de SR; verificar as dificuldades encontradas pelos profissionais na busca de SR; investigar a interferência da violência urbana na busca de SR. **Métodos:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa realizado em uma unidade da ESF no Morro do Alemão, pertencente à Área de Planejamento 3.1, no município do Rio de Janeiro. Tem como amostra os profissionais Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das 5 equipes que constituem a unidade, os quais foram submetidos a uma entrevista sobre a busca ativa de SR na comunidade. Os dados coletados foram organizados em planilhas para a elaboração de tabelas e gráficos. **Resultados:** Foi observado que a busca de SR é realizada, em sua maior parte, pelos ACS durante as visitas domiciliares na comunidade, as quais às vezes também contam com a presença de Enfermeiros, e outros profissionais de saúde. As dificuldades encontradas pelos profissionais foram relatadas, predominantemente, como sendo vergonha e/ou omissão por parte dos moradores em relação aos sintomas, haja vista o tratamento ser realizado na unidade Saúde da Família da comunidade a qual pertencem. A violência local, citada como sendo os confrontos frequentes entre policiais e bandidos na comunidade, foi citada por quase 100% dos entrevistados como uma grande interferência na busca dos SR pois impede a realização das visitas domiciliares, forma pela qual é realizada a busca. **Conclusão:** A busca de SR no Morro do Alemão, realizada através de visitas domiciliares na comunidade, encontra dificuldades que mostram que ainda há uma falta de informação da população em relação aos sintomas, tratamento e diagnóstico da TB. As visitas domiciliares necessitam de aprimoramento e reflexão dos profissionais de saúde que delas participam, a fim de que estes consigam criar um vínculo maior com a comunidade. O estudo também permite fornecer dados para análise aos órgãos formuladores de políticas de saúde sobre a dificuldade que a violência urbana impõe ao controle da TB em uma comunidade dominada pela mesma.

Descritores: Tuberculose; Sintomáticos respiratórios; Violência

AE0.022 DESAFIOS NA BUSCA DE DADOS DE TB NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, MORRO DO ALEMÃO, RJ

PAOLA OLIVEIRA DIAS; FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA; FÁTIMA TERESINHA SCARPARO CUNHA; NEYSE DA SILVA COUTO

INSTITUIÇÃO: UNIRIO - RJ. EMAIL: FABI.ASSUMPCAO@GMAIL.COM

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) é apresentada pelo Ministério da Saúde (MS) como proposta de reorientação da política e das práticas de saúde, possibilitando a integração e a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento dos problemas identificados, visando melhorar e ampliar o atendimento à população, o que vem resgatar os princípios do Sistema Único de Saúde. A tuberculose (TB) é uma das doenças mais antigas do mundo e nos dias atuais continua afligindo a população. O estado do Rio de Janeiro tem a maior incidência de casos na federação e não se sabe onde está a maior parte dos pacientes. A taxa de infecção no Estado é quase 100 por grupo de 100.000 habitantes. As áreas mais afetadas são as favelas, locais onde há um grande adensamento populacional, áreas com pouca ventilação e incidência do sol. **Objetivos:** Investigar o número de casos de TB matriculados no Programa de TB da unidade saúde da família do morro do alemão; identificar os atendimentos de TB realizados pelas equipes de saúde da família. **Método:** Estudo tipo descritivo, com abordagem quantitativa, onde foi realizada amostragem de conveniência dos registros de cinco equipes da ESF do Morro do Alemão, sobre casos de TB, no período de janeiro a novembro de 2007. O primeiro desafio foi a inexistência de casos de TB notificados pelas equipes. A coleta de dados foi realizada através de análise do Sistema de Informação da Atenção Básica. Foi realizada identificação dos atendimentos de casos TB no mesmo período. Após a coleta de dados, os mesmos foram organizados em tabelas. **Resultados:** A partir dos dados coletados do sistema de informação, tanto no relatório de produção e marcadores para avaliação, quanto no relatório da situação de saúde e acompanhamento das famílias nas áreas, foi possível observar existência de atendimentos de casos de TB. Porém verificou-se que nenhum desses pacientes atendidos realiza tratamento na unidade estudada. Conforme dados levantados foram identificados dez pacientes com TB distribuídos entre as cinco equipes. **Conclusão:** No decorrer do estudo foram encontradas inúmeras dificuldades das equipes da ESF na captação de casos de TB, por várias razões, dentre as quais, a procura do paciente por outra unidade para atendimento, tornando a TB uma doença esquecida no Morro do Alemão. O estudo enfatiza a importância da discussão sobre as atividades da Estratégia Saúde da Família em áreas descobertas pela ação do Estado, submetidas à violência e carência de distintas naturezas.

Descritores: Tuberculose; Programa saúde da família; Acesso

AE0.023 ANÁLISE DA ATUAÇÃO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: ACOMPANHAMENTO NA INVESTIGAÇÃO DE SUSPEITOS DE CASOS DE TUBERCULOSE PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MORRO DO ALEMÃO - RJ

MARÍLIA AMARAL PEPICON; FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA; FÁTIMA TERESINHA SCARPARO CUNHA; NEYSE DA SILVA COUTO

INSTITUIÇÃO: UNIRIO- RJ. EMAIL: FABI.ASSUMPCAO@GMAIL.COM

Introdução: Associada a fatores sócio-econômicos, a tuberculose (TB) apresenta grande potencial em comunidades pobres. No Brasil, essas comunidades também vivenciam contextos de violência que nos momentos de conflitos dificultam o acesso de profissionais aos pacientes e desses aos serviços de saúde. No controle da TB é importante a busca de suspeitos de casos principalmente em locais propícios à doença e com grande potencial de proliferação, pois o diagnóstico precoce para iniciar o tratamento é a principal medida para interromper a cadeia de transmissão. **Objetivos:** Identificar e analisar as ações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na investigação de suspeitos de casos de TB no Morro do Alemão; investigar as atribuições do ACS nesse processo, segundo suas concepções. **Metodologia:** Pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, com entrevista semi-estruturada dos ACS, que não se recusaram a participar do estudo, e observação do trabalho de campo. Teve por cenário o Morro do Alemão, uma das maiores e mais populosas favelas do Rio de Janeiro, área caracterizada pelo contexto de violência e com elementos potencializadores de ocorrência da TB. Foram realizadas visitas à comunidade e ao módulo da Estratégia Saúde da Família (ESF) para: contextualizar a realidade local; identificar os ACS; analisar as relações tecidas entre os ACS e demais profissionais das equipes da ESF, entre os próprios agentes e desses com a comunidade; acompanhar as atividades na investigação de suspeitos de casos de TB. As entrevistas foram gravadas, transcritas, entregues aos entrevistados para ciência e concordância desses, garantido o anonimato. A análise de dados foi realizada com base nas categorias que emergiram por decomposição das falas dos sujeitos com citação das idéias mais predominantes. **Resultados:** Constatou-se que a visita à microárea é a principal ação realizada na investigação de casos de TB, por permitir ao agente: verificar sintomas e obter informações que despertam a suspeita; realizar trabalho educativo; realizar visita domiciliar e orientar sobre TB. Com a suspeita de caso de TB, a consulta com a equipe da ESF e realização da baciloscopia de escarro tornam-se os meios utilizados para confirmar o caso. Porém, foi observado no cenário do estudo: o controle da TB e a realização de outras atividades ficam prejudicados durante conflitos violentos que dificultam a atuação na comunidade e o acesso do morador à unidade de saúde; os agentes não realizam busca ativa de sintomáticos respiratórios durante suas atividades; o treinamento para controle da TB não faz parte do programa de capacitação dos agentes, sendo identificado que esse profissional precisa ser melhor preparado tendo em vista sua atuação no controle da doença. **Conclusão:** os agentes são essenciais no controle da TB por atuarem como elementos integradores, pois orientam a população sobre ações e serviços de saúde prestados e promovem o conhecimento dessa pelas Equipes de Saúde da Família. **Descritores:** Tuberculose; Violência; Programa saúde da família

AE0.024 POTENCIALIDADES E LIMITAÇÕES NA BUSCA E AVALIAÇÃO DE CONTATOS DE CASOS DE TB NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO COMPLEXO DO ALEMÃO, RJ

NEYSE DA SILVA COUTO; FABIANA BARBOSA ASSUMPÇÃO DE SOUZA; FLÁVIA FRADE DUARTE; FÁTIMA TERESINHA SCARPARO CUNHA

INSTITUIÇÃO: UNIRIO - RJ. EMAIL: FABI.ASSUMPCAO@GMAIL.COM

Introdução: Estudo sobre as potencialidades e limitações na busca de contatos de casos de tuberculose (TB) na Estratégia Saúde da Família (ESF) do Morro do Alemão. Considera-se a relevância da discussão sobre TB por ser agravado de saúde pública e sua forte ligação com o contexto de pobreza e violência que compõem o cenário do estudo. **Objetivos:** Analisar como é realizada a avaliação de contatos de casos de TB pelas Equipes da ESF; investigar se essas equipes receberam capacitação sobre controle da TB e estratégias de avaliação de contatos. **Métodos:** Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, onde foram utilizadas técnicas: entrevistas com profissionais que compõem as 5 equipes da ESF do Morro do Alemão, e observação do processo de trabalho desses profissionais. As entrevistas foram gravadas e análise de dados foi feita conforme as categorias que emergiram por decomposição das falas dos sujeitos com citação das idéias mais predominantes. **Resultados:** Constatou-se que um grupo de profissionais não realiza a busca de contatos, apoiando-se na afirmação de não existência de casos de TB na área. A partir desse dado, realizou-se busca dos atendimentos de TB no Sistema Informação da Atenção Básica (SIAB), e verificou-se que existia atendimento de pacientes com TB, porém, segundo relatos, esses pacientes não eram acompanhados na unidade da ESF. Entre os profissionais que afirmaram realizar a busca de contatos, os relatos mostram que esta ação ocorre em Visita Domiciliar (VD) feita pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e que os contatos são avaliados através dos exames de escarro e radiológico. Essa afirmação é questionada no estudo, pois alguns dos entrevistados afirmaram realizar busca de contatos de casos de TB, mas negaram a existência de pacientes com TB acompanhados pela equipe da ESF. A orientação dos contatos de casos de TB apresenta informações pertinentes sobre a doença e sua prevenção. Os sujeitos afirmam que há adesão à quimioprevenção (QP), informação que gera questionamentos, pois não há casos registrados de QP. Verificou-se que as dificuldades para realização da busca dos contatos são: o horário de funcionamento do módulo da ESF, a violência, a aceitação Unidade da ESF por parte da população do Morro do Alemão, e o estigma da doença. Quanto ao treinamento nas ações de controle da TB, 2 profissionais de cada equipe foram treinados na estratégia DOTS. A violência é considerada fator que interfere no serviço dos profissionais da ESF, principalmente, em momentos de invasão policial na área. **Conclusão:** pode-se afirmar que a violência, juntamente com uma série de outros fatores, causa grandes dificuldades na busca de contatos de casos de TB, inibindo ações extra-muros. Como os profissionais técnicos (médicos, enfermeiros, dentistas) não saem da Unidade, para fazer VD com os ACS, o desenvolvimento de capacitação técnica desses fica prejudicado. Da mesma forma, se não há busca ativa pelos ACS, não há identificação de casos e contatos de TB. **Descritores:** Tuberculose; Contatos; Violência

AE0.025 TUBERCULOSE ENTRE SERVIDORES PÚBLICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

ANDREA MATHIAS LOSACCO

INSTITUIÇÃO: DIVISÃO DE TUBERCULOSE/CVE/CCD/SES - SP. EMAIL: A.LOSACCO@GMAIL.COM

Introdução: A tuberculose ainda hoje constitui sério problema de saúde pública. A OMS coloca o Brasil no décimo sexto lugar dentre os vinte e dois países onde são observados 80% dos casos de tuberculose. O tratamento da tuberculose deve ser realizado nos serviços ambulatoriais seguindo as recomendações da estratégia DOTS, ficando os hospitais responsáveis pelas interações dos casos de maior gravidade ou com problemas sociais, apesar disso, os hospitais ainda representam importante papel no diagnóstico e controle da tuberculose nos grandes centros urbanos. **Objetivos:** Descrever e analisar a situação da tuberculose no Hospital do Servidor Público Estadual - São Paulo, propondo medidas para o controle da doença na instituição. **Métodos:** Trata-se de uma análise descritiva dos casos de tuberculose notificados pelo Hospital do Servidor Público Estadual, utilizando os dados obtidos dos bancos TBWEB - Tuberculose, e SIGH - pacientes cadastrados no HSPE. **Resultados e Discussão:** A maior parte dos casos de TB diagnosticados pelo HSPE se concentrou na faixa etária dos 40 anos ou mais, a razão entre o sexo feminino e masculino foi de 1 : 1,5, moradores do Município de São Paulo. A forma clínica predominante foi a Pulmonar, apresentando baciloscopia de escarro positiva em apenas 58,1%, o que confirma que o fluxo dos casos ao setor terciário está relacionado aos recursos do mesmo. O aumento anual da taxa de soro-prevalência de HIV estaria ocorrendo em função do hospital contar com uma unidade específica de tratamento para o HIV/AIDS, favorecendo a concentração de casos de co-infecção e o aparecimento de formas extra-pulmonares, cuja taxa encontrada foi de 19,7%. Os principais motivos de internação - elucidação diagnóstica (53,2%), insuficiência respiratória (16,4%), caquexia (3,9%) e AIDS (3,2%) - sugerem descoberta tardia dos casos. Os funcionários públicos mais atingidos pela doença são aqueles que estão sob risco ocupacional de contrair a tuberculose: os mais vulneráveis são os pertencentes às Secretarias da Segurança Pública, Administração Penitenciária e Justiça - 18%, seguidos pelos da Secretaria da Saúde - 14%. **Conclusão:** Os dados encontrados são compatíveis com a demanda atendida pela instituição: funcionários públicos envelhecidos e grande parte do sexo feminino provenientes de secretarias como a Saúde e a Educação. Uma das metas para o aprimoramento do PCT no HSPE é oferecer o anti-HIV para 100% dos doentes de tuberculose; outro ponto importante é realizar as baciloskopias de controle e encerramento da doença, e atualizar os boletins de acompanhamento mensais. Recomenda-se que o PREVENIR - programa de prevenção e promoção à saúde do Funcionário Público Estadual, que entre outras ações realiza a busca ativa da tuberculose nos locais de trabalho destes funcionários, se estenda às Secretarias cujos funcionários estejam sob risco de adoecer de tuberculose. **Descritores:** Tuberculose; Busca ativa; Risco ocupacional

AE0.026 A TUBERCULOSE EM PRISÕES: AVALIAÇÃO SIMULADA DE ESTRATÉGIAS DE CONTROLE ATRAVÉS DE MODELAGEM MATEMÁTICA

JUDITH LEGRAND; ALEXANDRA ROMA SANCHEZ; FRANÇOISE LE PONT; LUIZ ANTONIO BASTOS CAMACHO; BERNARD LAROUZÉ

INSTITUIÇÃO: INSERM U707 - UNIVERSITÉ PARIS 6;2 DEPARTMENT OF INFECTIOUS DISEASE EPIDEMIOLOGY - FA. EMAIL: ALEXANDRASANCHEZ@GMAIL.COM

Introdução: A tuberculose (TB) é um grande problema de saúde nas prisões brasileiras. Questões éticas e operacionais impedem a realização de estudos de intervenção comparativos para avaliação das diversas estratégias de controle. **Objetivo:** Avaliar o impacto potencial de diversas estratégias de intervenção para o controle da TB em prisões de alta endemicidade. **Método:** Desenvolvemos modelo estocástico comportamental para simular a dinâmica da TB em prisões e avaliamos o impacto de diferentes estratégias de controle aplicadas isoladamente e de forma combinada. Utilizamos parâmetros da literatura e resultados de estudos epidemiológicos realizados em uma prisão do RJ (prevalência de TB ativa 4,6%). Foi simulado o impacto potencial das seguintes estratégias sobre a prevalência da TB: Estratégia 1 (S1): estratégia DOTS atingindo as metas da OMS (detecção de 70% de novos casos bacilíferos e cura de 85% dos casos detectados); Estratégia 2 (S2): estratégia 1 + detecção ativa entre ingressos de sintomáticos respiratórios bacilíferos; Estratégia 3 (S3): estratégia 1 + detecção ativa entre ingressos por screening radiológico; Estratégia 4 (S4): estratégia 2 + screening radiológico de massa anual da população já encarcerada; Estratégia 5 (S5): estratégia 3 + screening radiológico de massa anual da população já encarcerada; Estratégia 6 (S6): estratégia 5 por 2 anos (3 screenings radiológicos de massa), e após, somente estratégia 3. **Resultados:** Com a simulação da implementação estratégia DOTS (S1), o modelo previu lenta tendência de redução da prevalência de 4,6% para 3,4% em 3 anos e 2,2% em 10 anos. A associação a esta estratégia, da detecção ativa entre ingressos (S2 e S3) não apresentou efeito adicional. Considerando a limitada e lenta redução da tendência observada, simulamos estratégias associando screening radiológico de massa anual, DOTS e detecção ativa entre ingressos (S4 e S5). Observamos rápida redução da prevalência, de 4,6% para 0,7% em 3 anos quando detecção entre ingressos foi baseada em sintomas (S4) e redução pouco mais importante quando baseada em Rx (S5). Simulamos então a estratégia 5 por 2 anos e após mantivemos com DOTS e screening radiológico de ingressos (S6). A prevalência se manteve inferior a 1% por 10 anos. Desta forma, a associação da estratégia DOTS com 3 screenings de massa anuais determinou rápida redução da prevalência de TB que poderia ser mantida por vários anos somente com screening radiológico de ingressos e DOTS. **Conclusões:** Nosso modelo propõe uma abordagem racional para tomada de decisão sobre o controle de TB em prisões altamente endêmicas, na qual o screening radiológico periódico de massa deve ser considerado quando se pretende uma rápida redução da carga de TB. A relação custo-efetividade das diversas estratégias deve ainda ser definido. **Descritores:** Estratégias de controle; Prisões; Tuberculose

AE0.027 BUSCA ATIVA SISTEMÁTICA DE CASOS DE TUBERCULOSE ENTRE INGRESSOS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO: UMA NECESSIDADE?

BERNARD LAROUZÉ; ALEXANDRA ROMA SANCHEZ; ANA BEATRIZ ESPINOLA; JANETE DIAS PIRES; DOMÊNICO CAPONE; GERMANO GERHARDT; VANDERCI CESCONI; MARIA JOSÉ PROCÓPIO; MIGUEL AIUB HIJJAR; VERONIQUE MASSARI

INSTITUIÇÃO: COORDENAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE PENITENCIÁRIA, SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO PENITENCIÁRIA. EMAIL: ALEXANDRASANCHEZ@GMAIL.COM

Introdução: O screening para tuberculose (TB) na população que ingressa nas prisões é habitualmente realizado nos países industrializados, mas raramente nos países em

desenvolvimento como o Brasil, que apresentam altas cargas de TB: nas prisões do estado do Rio de Janeiro (RJ) em 2006, a taxa de incidência de TB (3110/100.00) foi 31 vezes superior à da população geral. **Objetivos:** Com o objetivo de avaliar a necessidade do screening, realizamos, entre os ingressos nas prisões do RJ, inquérito para medir a prevalência, identificar fatores de risco e avaliar o método de screening mais apropriado. **Método:** Em três unidades prisionais para presos provisórios, radiografia de tórax sistemática de 1696 de indivíduos do sexo masculino, por ocasião de seu ingresso na unidade. Baciloscopia e cultura de escarro daqueles que apresentaram anormalidade radiológica pulmonar, pleural ou mediastinal. O diagnóstico de TB foi baseado na bacteriologia ou, quando negativa, na resposta ao tratamento para TB. **Resultados:** Prevalência de TB ativa foi 2.7% (46/1696) e 32/46 (69.6%) casos foram confirmados bacteriologicamente. As lesões radiológicas eram frequentemente extensas. No modelo de regressão logística, as variáveis associadas com TB foram: "não saber ler" (OR 2.10; 95%CI 1.02-4.34), "tosse > 3 semanas" (OR 2.85; 1.54-5.27), "história de tratamento para TB" (OR 3.61; 1.76-7.39), "morar na região metropolitana do RJ" (OR 4.54; 1.02-20.07) e "na cidade do RJ" (OR 5.48; 1.29-23.33). Entretanto estes fatores foram frequentemente encontrados entre os detentos sem TB: por ex: "tosse > 3 semanas" foi declarada por respectivamente por 20.7% e 50.0% dos detentos sem e com TB. Um screening baseado na existência de "tosse > 3 semanas" seguido de baciloscopia do escarro teria identificado somente 10/46 (21.7%) dos casos de TB existentes. **Conclusões:** Estes resultados sugerem a necessidade de screening sistemático de ingressos, se possível baseado no exame radiológico do tórax, e demonstra a premente necessidade de melhoria das condições de detenção e de assistência médica nas delegacias de polícia. Recomendado oficialmente desde 2006 pelo Ministério da Justiça através da Resolução n 11 de 07/12/2006 do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária, o exame sistemático de ingressos para TB deveria ser realizado como rotina nas prisões brasileiras. **Descritores:** Tuberculose; Screening; Prisões

AE0.028 RESPOSTA DE FASE AGUDA E SUA RELAÇÃO COM DEFICIÊNCIAS DE MICRONUTRIENTES EM INDIVÍDUOS COM TUBERCULOSE PULMONAR

DANIELA MARIA DE PAULA RAMALHO; RAILA EMMEL MONTEIRO; KARINA NEVES DELOGO; MONIQUE GOMES; ALESSANDRA DIAS RIBEIRO; HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA; ELIENE DENITES DUARTE MESQUITA; ANTONIO CLAUDIO Goulart DUARTE; ANTONIO RUFFINO-NETO; REJANE ANDRÉA RAMALHO; AFRANIO LINEU KRITSKI; MARTA MARIA OLIVEIRA **INSTITUIÇÃO:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ - RJ. **E-MAIL:** DANYRAMALHO@GMAIL.COM **Introdução:** A desnutrição, quadro freqüente observado em pacientes com tuberculose pulmonar (TB), acompanhada da carência de micronutrientes pode alterar a resposta imune e ser fator predisponente para infecção por *M.tuberculosis* e ocorrência de formas graves da TB. **Objetivo:** Descrever o estado nutricional de micronutrientes e a sua relação com a resposta de fase aguda em pacientes portadores de TB. **Metodologia:** A coleta de dados foi realizada entre março de 2007 e abril de 2008, em dois hospitais de referência para internação por TB no Rio de Janeiro. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado e classificado de acordo com a OMS (1998). Amostras de sangue foram coletadas para os seguintes exames laboratoriais: níveis séricos de vitamina A (retinol e carotenóides), zinco, hemoglobina, transferrina, proteína C reativa (PCR). Foi considerada resposta de fase aguda (RFA) níveis de PCR acima de 0,3mg/dL, utilizou-se o teste de *Spearman* para avaliar correlação e o nível de significância adotado foi o valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 62 pacientes com média de idade de $38,3 \pm 10,4$ anos. Quanto a antropometria, 60% dos pacientes foram classificados como desnutridos, sendo a média de IMC de $18,05 \pm 2,85$, e 82,3% deles apresentaram níveis diminuídos de hemoglobina. Houve inadequação nos níveis séricos de retinol em 41,9% da amostra, mol/L. Quanto aos carotenóides e considerando o ponto de corte de 1,05 zinco, foram observadas inadequações de 32% e 36%, respectivamente. A $59,2$ e ag/dL foi de $72,8$ média de carotenóides (ponto de corte: 40 média de zinco (níveis séricos normais de $0,5$ a $1,2$ mg/L) foi de $0,58 \pm 0,17$. Observou-se uma tendência de correlação entre retinol e IMC ($p=0,059$), correlação significativa entre hemoglobina e retinol ($p<0,05$; $r=2,78$), entre transferrina e retinol ($p<0,05$; $r=0,44$) e entre PCR e retinol ($p<0,02$; $r=-0,316$). Todos os pacientes apresentaram níveis de PCR maiores que $0,3$ mg/dL. **Conclusão:** A correlação positiva entre retinol e transferrina pode ser explicada pelo fato de serem, a transferrina e a proteína carreadora de retinol (RBP), proteínas negativas de fase aguda, podendo ter sua síntese diminuída nessa etapa. A correlação negativa entre PCR e retinol sugere aumento da PCR relacionado à resposta do organismo frente a micobactéria, e a inadequação sérica de retinol relacionada aos baixos níveis de RBP observado durante a RFA. As deficiências de zinco e carotenóides podem estar relacionadas aos altos níveis de PCR e RFA. Frente os achados obtidos recomenda-se avaliação bioquímica do estado nutricional dos micronutrientes estudados antes da realização de suplementação medicamentosa, uma vez que as deficiências destes podem estar mais relacionadas a uma resposta à condição do indivíduo do que a um consumo inadequado dos micronutrientes em questão.

Descritores: Tuberculose; Micronutrientes; Inflamação

AE0.029 O CONTROLE DA TUBERCULOSE ATRAVÉS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

ALEXANDRE DA CRUZ PINTO; IVONETE CUNTIERE; SILVIA MARIA TAGÉ THOMAZ; JANICE DA SILVA SANTOS

INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS E UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS - SP. **E-MAIL:** ALEXANDRESSOCIAL@IG.COM.BR *PROJETO SELECIONADO E APRESENTADO NO COSEMS/SP E CONASSS.

Introdução: A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionou reais avanços em relação ao acesso à saúde pública no país, atribuindo as ações de Atenção Básica aos municípios através da descentralização. Nessa linha, foram implantados os Programas de Controle da Tuberculose (PCT) nos municípios, tornando-os responsáveis pelo tratamento ambulatorial; porém, sem ter gerenciamento sobre as ações de controle da doença em hospitais. Essa ausência de ações articuladas, é um fator que acarreta no abandono do tratamento pelo paciente, tornando-o vulnerável a uma das formas mais graves da doença - TBMultidrogaresistente. Em Santos, o índice de abandono ao tratamento em 2005 foi de 10,73%, enquanto que a Organização Mundial de Saúde preconiza um número inferior a 5%. **Objetivo:** Diminuir a taxa de abandono ao tratamento, evitando o surgimento de bacilos resistentes através da disseminação de informações acerca da doença e da criação de vínculo com o paciente internado, visando a garantia das ações de controle. Promover a integração do PCT do município com o Hospital Estadual Regional Guilherme Álvaro(HGA) aperfeiçoando o processo de descentralização implantado através do SUS.

Metodologia: -Visita semanal aos pacientes internados no HGA, em Santos;-Quando da sua alta hospitalar, manter contato com paciente e com a UBS que realiza o tratamento, visando o acompanhamento das ações até a alta por cura; Visitas domiciliares aos pacientes faltosos com flagrante possibilidade de abandono do tratamento; Reuniões mensais com a equipe multidisciplinar do PCT, para discussão de cada caso; **Resultados:** Este trabalho já dura 7 (sete) meses e até o momento não foi constatado nenhum caso de abandono ao tratamento. Dos 19 casos atendidos, 15 continuam em tratamento, sendo 13 acompanhados dentro do próprio município junto as UBS's e em outros serviços que fazem parte da rede de atenção básica de saúde; além disso, 2 casos foram encaminhados à Hospitais de Referência da cidade de Campos do Jordão - SP, onde a internação é preconizada durante todo o tratamento. Em outros 4 casos, os pacientes foram internados e atendidos, porém, devido a gravidade do quadro clínico e a vinculação com outras doenças associadas não resistiram e foram à óbito antes da alta hospitalar, o que não possibilitou utilizar as metodologias de monitoramento preconizadas por este trabalho.**Conclusão:** As ações de controle idealizadas através deste trabalho estão proporcionando a confecção de um novo projeto envolvendo a participação de outros municípios da região metropolitana da Baixada Santista junto ao HGA. Os resultados mostraram que as ações inovadoras desenvolvidas através deste plano operativo aperfeiçoaram a vigilância e o monitoramento da doença, configurando desta forma, a Stop TB Strategy.

Descritores: Tuberculose; Políticas; Controle

AE0.030 PROCESSO DE SUPERVISÃO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SALVADOR-BAHIA

ROSANA MARIA REHEM DA SILVA FIALHO; AYDIL GORET DE FRANÇA ROCHA; CAROLINA PEDROZA DE CARVALHO GARCIA

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - BA. **E-MAIL:** CAROLA0813@YAHOO.COM.BR

Introdução: Salvador é considerada pelo Ministério da Saúde cidade prioritária no controle da tuberculose, visto que apresenta-se como a terceira capital do país em número de casos de tuberculose, com uma incidência estimada de 76/100.000 hab. em 2007. Desde 2006, o PCT municipal desenvolve um processo de supervisão nos 12 distritos sanitários, voltado para a implementação de medidas de controle da tuberculose (detecção, tratamento e cura dos casos), acompanhamento direto das atividades operacionais do programa, bem como avaliação trimestral dos indicadores através dos dados fornecidos pelo SINANNET. **Objetivo:** Apresentar o processo de supervisão do Programa de Controle da Tuberculose no município de Salvador. **Método:** Relato de experiência da equipe municipal do Programa de Controle da Tuberculose, COAPS e parceria acerca do desenvolvimento do processo de supervisão do PCT no município de Salvador-Bahia. **Resultados:** O processo de supervisão local em cada distrito sanitário, desenvolvido por profissionais sanitárias de cada distrito e acompanhado diretamente pela coordenação municipal do PCT, possibilitou diversos avanços como: descentralização do PCT de 28 US para 81 US com o programa; acompanhamento e monitoramento do fluxo de informação exequível; melhoria na qualidade dos registros, livro verde e livro de sintomático respiratório; melhoria dos indicadores, taxa de cura de 52% para 72%, sem informação de 19% para 6% e transferência de 17% para 12%; implantação da transferência acompanhada entre os distritos; realização de supervisões mensais nas US com a coordenação municipal; realização de avaliações trimestrais do PCT entre outros. **Conclusão:** O trabalho de supervisão realizado nas áreas técnicas (COAPS/PCT, COSAM/ VIEP e CRA/SUIS) de gestão municipal da saúde, articulado através da cooperação técnica entre a ONG belga Fundação Damien do Brasil com o PCT estadual e o Fórum Baiano de Combate à Tuberculose, possibilita a realização de diversas ações em prol da melhoria da gestão municipal da tuberculose e a compreensão da complexidade do PCT.

Descritores: Supervisão; Tuberculose; Indicadores

AE0.031 O ACOLHIMENTO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: A TRAJETÓRIA DO USUÁRIO PORTADOR DE TUBERCULOSE PULMONAR

LUZIA ARAUJO MARQUES; FERNANDA DE ASSIS; MARIANA FREIRE CRAVEIRO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ - RJ. **E-MAIL:** LUZARAUJO@GMAIL.COM

Introdução: O estudo teve como objeto a percepção do usuário, portador de Tuberculose Pulmonar (TBP), acerca do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). **Objetivo:** Descrever a trajetória do usuário portador de TBP para ser inserido no Programa de TB em uma UBS e compreender a percepção do usuário, acerca do acolhimento no Programa de TB de uma UBS. **Método:** a pesquisa foi de natureza descritiva com abordagem qualitativa, optamos pelo uso da fenomenologia. Foi realizada em uma UBS localizada no Rio de Janeiro. Participaram do estudo 11 usuários, que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa. Os procedimentos para a coleta de informações seguiram as normas instituídas pela Resolução 196/96. Foi viabilizada, por meio da entrevista, com uma questão orientadora. Posteriormente as entrevistas foram transcritas e analisadas mediante a análise fenomenológica em Merleau-Ponty. **Resultados:** apresentamos os resultados em duas categorias, com suas respectivas dimensões. Na primeira- A trajetória dos usuários portadores de TBP, destacamos os sinais e sintomas da TB, o acesso ao serviço de saúde e a elucidação do diagnóstico da doença. O acolhimento do usuário portador de TB, segunda categoria apreendemos como dimensões: a atenção e o carinho ao usuário, a orientação e comunicação acerca da doença, a resolutividade do caso e o acesso gratuito ao medicamento. **Conclusão:** apreendemos que a necessidade destas pessoas se encontrou associada ao início dos sinais e sintomas da TB em seu corpo, pois foi quando estas pessoas tiveram a sensação de estarem doentes. A tosse se apresentou como um dos sintomas mais comum da TB neste estudo. Em relação a acessibilidade, percebemos que o sistema de saúde não está levando em conta a distribuição geográfica entre a residência do usuário e a localização dos serviços, o que pode atuar como barreira ao acesso. Eles encontram obstáculos para serem atendidos em determinadas unidades de saúde, apontando para necessidade da busca de outros serviços. A longa trajetória até se estabelecer em uma UBS se relacionou a dificuldade de elucidação do diagnóstico devido a ausência de recursos nas instituições. O acolhimento se apresentou como forma de atenção e carinho, ou seja, como os profissionais os recebem e os tratam. O diálogo esteve presente na relação entre eles, o que representa uma atitude de ocupação, preocupação, responsabilização e de envolvimento afetivo. A resolutividade da assistência foi apresentada como uma das formas de acolhimento. Ainda que o acolhimento pressuponha o atendimento humanizado, em que cada sujeito seja olhado em sua especificidade e sua história de vida; além da comunicação e posturas mais respeitadas e cordiais entre profissionais de saúde e usuários identificamos que o acolhimento também se expressa como melhora do estado geral e pelo acesso gratuito aos medicamentos.

Descritores: Trajetória do usuário; Acolhimento; Tuberculose pulmonar

AE0.032 O CUIDADO AO CLIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE PULMONAR UMA ENFERMARIA DE CLÍNICA MÉDICA

MARCELA COSTA FERNANDES; DEBORAH MACHADO SANTOS; MARIANA ENCARNÇÃO AZEVEDO; LUZIA ARAUJO MARQUES

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ - RJ. EMAIL: LUZARAUJO@GMAIL.COM

O presente trabalho aborda a assistência de enfermagem ao cliente portador de tuberculose pulmonar em uma enfermaria de Clínica Médica. É um dos requisitos incluído no programa curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que tem como micro-objetivo atuar na recuperação dos portadores de doenças infecciosas no hospital, visando romper a cadeia de transmissão de doenças. Elaboramos como questões norteadoras: Qual a cadeia epidemiológica da Tuberculose? Quais os primeiros sinais e sintomas da doença? Como o profissional de saúde presta o cuidado de um cliente com doença transmissível? Quais os mecanismos de controle utilizados a tuberculose pulmonar? Como ocorre o cuidado de um cliente portador de tuberculose pulmonar? Objetiva identificar as características do ambiente onde ocorre o cuidado ao paciente portador de tuberculose pulmonar e sua influência no controle desta doença. Estudo de caso que teve como campo de estudo uma enfermaria de clínica médica de um hospital universitário de grande porte da rede pública do município do Rio de Janeiro, nos meses de agosto e setembro de 2006. A coleta de dados ocorreu por meio de observação participante, fizeram parte do roteiro de observações à enfermaria, o profissional e o cliente. Evidenciamos que o cuidado oferecido ao cliente portador de tuberculose pulmonar internado em clínica médica era realizado em uma enfermaria de sete leitos. Nesta mesma enfermaria, no período de realização do estudo de caso, encontravam-se internados outros clientes, os quais apresentavam diferentes patologias (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Lúpus Eritematoso Sistêmico). Identificamos ainda que o sistema de ventilação do ambiente ocorria por meio de ventiladores de tetos e janelas, estas últimas direcionavam parte do ambiente para a varanda, externa a enfermaria (área utilizada para o convívio social dos clientes), e também pela porta da enfermaria, que direcionava ar para o corredor da unidade (local por onde transitam profissionais, alunos, clientes e visitantes). Observamos que tal cliente, portador de tuberculose pulmonar, desconhecia completamente esta patologia, bem como a os cuidados necessários para evitar a transmissão aérea, e que possibilitem seu controle. Durante a elaboração do estudo de caso, destacaram-se a importância e indispensável manutenção do isolamento respiratório (precaução aérea), assim como a supervisão do uso do respirador N95 pelos profissionais que permanecerem na unidade do paciente, nas vinte e quatro horas, assim como o uso de máscara comum pelo paciente portador de tuberculose pulmonar. Este estudo contribuiu para evidenciar a importância da atuação da equipe de enfermagem, bem como demais profissionais de saúde, na vigilância e controle da tuberculose pulmonar, que atualmente demonstra ser um problema de saúde pública. Possibilitou a identificação de problemas não somente do cliente, mas como a deficiência no conhecimento dos profissionais de saúde acerca da tuberculose, com relação à cadeia epidemiológica, o uso de Equipamentos de Proteção Individual, e a atenção que deve ser direcionado ao ambiente em que se encontra internado, o cliente portador de tal patologia, evidenciando a necessidade de aprendizado constante sobre esta e demais patologias que acometem os nossos clientes.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Tuberculose pulmonar; Educação continuada

AE0.033 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO CLIENTE INTERNADO PORTADOR DE TUBERCULOSE PULMONAR

DEBORAH MACHADO SANTOS; MARIANA ENCARNÇÃO AZEVEDO; MARCELA COSTA FERNANDES; LUZIA ARAUJO MARQUES

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ - RJ. EMAIL: LUZARAUJO@GMAIL.COM

Introdução: Qualidade de vida e recuperação do cliente hospitalizado portador de tuberculose pulmonar (TBP) é uma das preocupações do Enfermeiro. Para sua garantia, destaca-se a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE (RESOLUÇÃO COFEN-272/2002). Apresentamos como questão norteadora: como desenvolver o processo de enfermagem ao paciente portador de TBP? **Objetivo:** sistematizar as ações de enfermagem ao paciente portador de TBP. **Método:** Utilizamos a abordagem qualitativa e descritiva, para realização do estudo de um caso. O campo foi uma enfermaria de clínica médica de um hospital universitário, da rede pública do Rio de Janeiro. A paciente: RJRD, 79 anos, sexo feminino, viúva. A atividade ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2006, durante atividade de acadêmicas do 3º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Os instrumentos de coleta das informações foram: um roteiro de entrevista, pesquisa documental e observação participante. O referencial para análise foi o Processo de Enfermagem de Wanda Horta. **Resultados:** a partir da elaboração do histórico de enfermagem, identificamos que a paciente encontrava-se orientada, acamada e desconhecia suas patologias. Realizamos o diagnóstico de enfermagem, e evidenciamos dependência parcial/total para os cuidados de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem nos possibilitou ainda evidenciar as seguintes necessidades básicas afetadas psicobiológicas: oxigenação, nutrição, hidratação, eliminações, exercícios físicos, sono, habitação, locomoção, higienização corporal, integridade cutâneo-mucosa e mecânica corporal. As necessidades psicossociais: sentimento de amor, segurança, independência, relacionamento, afeto; já as psico-espirituais ofereciam relação com a religião da paciente. O plano assistencial organizado foi distribuído em atividades que indicavam ações de: fazer, ajudar, supervisionar, orientar e encaminhar. A prescrição de enfermagem foi elaborada para as vinte e quatro horas do dia, e objetivou o atendimento das necessidades básicas. A paciente apresentou bom prognóstico de enfermagem, evoluindo para alta hospitalar. A fim de permitir a continuidade do tratamento em seu domicílio, foram realizadas orientações à paciente e aos seus familiares. Ratificando e atentando para o mecanismo de transmissão, prevenção e controle da TBP, bem como a necessidade de acompanhamento clínico em um Centro Municipal de Saúde, que se encontre próximo a sua residência, enfatizamos ainda a importância da presença e atuação familiar, a qual se torna imprescindível para adesão da paciente ao tratamento, visto que, devido à idade, condição física e mental, a paciente é dependente parcial de um acompanhante. **Conclusão:** A realização deste estudo permitiu adquirir conhecimentos voltados para SAE ao paciente portador de TBP, destacando-se a detecção de necessidades em níveis psicobiológicas e a importância de orientação ao paciente e família acerca de sua contribuição no controle da TBP, no ambiente hospitalar e em seu domicílio. Para garantir a continuidade do tratamento da TB, após a alta hospitalar, apontam-se como questões a serem investigadas: acesso ao serviço de saúde próximo a sua residência, a locomoção: a possibilidade de a paciente deambular, o estado mental para associar as informações, a investigação do uso de outras medicações e a atenção para o relato de queixas da paciente. **Descritores:** Cuidados de enfermagem; Sistematização da assistência de enfermagem; Tuberculose pulmonar

J Bras Pneumol. 2008;34 Supl 1R: R1-R70

AE0.034 TUBERCULOSE: BACILOSCOPIA DE DIAGNÓSTICO E DE ACOMPANHAMENTO DO TRATAMENTO. CUIABÁ-MT, 2006.

TANIA CECILIA TREVISAN; NEILA NUNES BUENO BEZERRA

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - MT. EMAIL: TCTREVISAN@UOL.COM.BR

Introdução: O exame de baciloscopia de duas amostras de escarro deve ser realizado para toda pessoa que apresente tosse e expectoração por três semanas ou mais, pois permite a identificação de casos de tuberculose pulmonar positivo, ou seja, a principal fonte de infecção pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) também preconiza que a baciloscopia de escarro seja realizada, no mínimo, a cada dois meses durante todo o período de tratamento dos pacientes portadores de tuberculose pulmonar positiva. **Objetivo:** Identificar os exames de baciloscopia de escarro positivos para diagnóstico da tuberculose pulmonar e verificar se os mesmos realizaram as respectivas baciloskopias de acompanhamento durante o tratamento. **Metodologia:** Estudo de corte transversal, retrospectivo incluindo todos os casos maiores de 18 e abaixo de 90 anos com baciloscopia positiva durante o ano de 2006, que realizaram o exame de baciloscopia de escarro no Laboratório Central do Município de Cuiabá - LACEC. **Resultados:** Foram encontrados 185 casos de tuberculose pulmonar positivo. Destes, 100 (53,7%) realizaram exame de escarro para diagnóstico na primeira e segunda amostra. Observou-se que 18 (9,7%) casos realizaram baciloscopia no 2º mês de tratamento, 4 (2,2%) no 4º mês e 16 (8,6%) no 6º mês. Os pacientes que realizaram, no mínimo, duas baciloskopias no acompanhamento do tratamento totalizaram 40 (21,6%) casos e 28 (15,1%) realizaram as 3 amostras. Dentre os que realizaram 2 ou 3 exames durante o acompanhamento, verificou-se que 9 (13,2%) apresentaram falência bacteriológica, podendo estar desenvolvendo TBMR. Do total dos casos analisados, 126 (68,1%) eram do sexo masculino e 59 (31,9%) do feminino. Quanto a faixa etária, 111 (60,0%) dos casos estavam entre 26 e 50 anos. **Conclusão:** É possível que o número de casos de TBMR sofra algum incremento nos próximos anos no município de Cuiabá-MT.

Descritores: Tuberculose pulmonar positiva; Baciloscopia de diagnóstico; Acompanhamento

AE0.035 PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DE DOENÇA PULMONAR CAUSADA POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS NO RIO DE JANEIRO, BRASIL

MARGARETH PRETTI DALCOLMO; GLAUCE SANTOS; GUNTHER KISSMANN; LIAMAR BORGIA; PAULO C CALDAS; DALVA FEDELE; KARLA GRIPP

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA - RJ. EMAIL: GLAUCE SANTOS@HOTMAIL.COM

Introdução: O crescente interesse na doença pulmonar causada por Micobactérias Não Tuberculosas (MNTB) decorre do aumento da frequência dessas infecções em pessoas sem co-infecção com a HIV/AIDS, além dos sinais e sintomas clínicos e respiratórios inespecíficos, dificultando assim, seu diagnóstico. **Objetivo:** Avaliar aspectos clínicos e a prevalência de uma coorte de MNTB no Brasil entre os casos que foram submetidos à avaliação diagnóstica. Fornecer subsídios para pesquisas, melhor compreensão de características clínicas e distribuição destes casos no país, e validação de critérios de patogenicidade; e esquemas terapêuticos com base nas melhores evidências da literatura. **Métodos:** Estudo retrospectivo, realizado através da análise dos prontuários dos pacientes diagnosticados, entre setembro de 2000 e fevereiro de 2008, no ambulatório do Centro de Referência Professor Hélio Fraga no Rio de Janeiro, referência para casos complexos de tuberculose e dessas outras micobacterioses. **Resultados:** Dos 90 casos confirmados de doença pulmonar causada por MNTB, 57% eram do sexo masculino com idade média de 54 anos (20-83). Na maioria dos casos, os patógenos mais prevalentes foram: *M. kansasii* 35%, *M. avium intracellulare* 21%, *M. abscessus* 17%, *M. fortuitum* 10%, *M. avium* 7% e 10% de outros. Espécie de diagnóstico: escarro em 84%, LBA 8%, biópsia de tecidos em 3%, sangue 1%, outras 4%. Em 76% dos casos havia relato de tratamento anterior para TB. Desfechos: 70% foram favoráveis, 11% evoluíram para óbito (2% devido à neoplasia), abandono de 4% e sem informação evolutiva, 14%. A duração média de tratamento foi de 16 meses. Nas imagens radiológicas predomina infiltrado com cavitação em 78% dos casos. 69 pacientes (77% dos casos) têm alguma co-morbidade associada, sendo: 19% hipertensão, 14% DPOC, 10% AIDS, 9% diabetes, 6% hepatopatia, 6% câncer, 3% artrite reumatóide, 3% asma e 3% sílicose. **Conclusões:** A micobactéria mais prevalente foi o *M. kansasii* (35%), seguido por *M. avium intracellulare* (21%), distintamente de outras séries da literatura. Fatores importantes na história patológica pregressa dos indivíduos como: lesões pulmonares pré-existentes, tratamento prévio para tuberculose e a presença de comorbidades podem estar associados e ter facilitado a colonização/infecção pelas MNTB.

Descritores: Micobactérias não tuberculosas; Epidemiologia; Clínica

AE0.036 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA E SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA TUBERCULOSE, EM RIBEIRÃO PRETO-SP, DE 1998-2006

MARIA ELVIRA SANTOS LUCCA; ANTONIO RUFFINO-NETO; TEREZINHA KINUE YANO

INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL - SP. EMAIL: MARIA_ELVIRA@TERRA.COM.BR

Introdução: Para avaliar a efetividade das ações dos Programas de Controle da Tuberculose, com vistas ao desenvolvimento do Milênio (OMS, 2007) é necessário ter um sistema de informação acurado, com boa qualidade dos dados de notificações. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da vigilância epidemiológica e do sistema de informação da tuberculose no município de Ribeirão Preto- SP. **Métodos:** Realizou-se um estudo descritivo, retrospectivo utilizando-se indicadores de desempenho construídos a partir dos dados do Sistema de Notificação de TB, o EPI-Tb, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, no período de 1998 a 2006. **Resultados:** Verificaram-se três aspectos importantes na vigilância epidemiológica da doença: Detecção dos casos: o percentual de SR examinados por baciloscopia atingiu apenas 38% (2.114/5.596) do esperado e, apenas 40% (162/405) dos casos estimados foram notificados em 2006 (houve queda de 50% na detecção dos casos de 1998 a 2006). Quanto ao local de descoberta dos casos de TB 40% foram descobertos em ambulatórios públicos, 12% em ambulatórios privados e 39,2% em hospitais. Notificação de casos de TB : a maioria dos casos de TB (98,4%) foram diagnosticados e notificados no município, em 2006. Quando se avaliou a existência de casos duplicados no sistema de informação, verificou-se a presença de 0,8% (15/1826) casos duplicados, no período do estudo. Acompanhamento dos casos de TB: a baciloscopia de escarro no diagnóstico foi informada em 97% dos casos pulmonares até 2000 e 100% até 2002; a partir de 2003 em 93% dos casos. Sendo que 87% (1.064/1.221) dos casos pulmonares a realizaram, com positividade de 65,8%. Quanto à

realização de exames para pesquisa de HIV tinha informação em 98,4% dos casos; sendo que 82,5% (1.320/1.623) realizaram a sorologia, sendo positiva em 439 pacientes (32,7%). A estratégia DOTS foi implantada no município em 1998, em condições de rotina, havia informação de realização de TS em 99,7% dos casos novos; em 100% dos casos pulmonares. Sendo que 76% dos casos novos a receberam e 79,5% dos pulmonares, em 2006. Quanto ao encerramento dos casos tinham informação em 100% de todos casos de TB até o ano de 2005. No ano de 2006, 97,3% dos casos novos e 99,9% dos casos pulmonares BK+ e HIV+. O sucesso no tratamento foi observado em 71,5% (1.162/1.623) dos casos novos, em 80% (556/696) dos casos pulmonares BK+ e em apenas 50,5% (221/439) dos casos HIV+. Conclusão: No município após a introdução e manutenção da estratégia DOTS, observou-se baixa detecção de casos de TB, e melhora nas taxas de cura, abandono e óbito dos casos; principalmente dos casos pulmonares BK+. O sistema de informação mostrou-se sensível, uma vez que a maioria dos casos de TB notificados são diagnosticados e tratados no município. Descritores: Vigilância; Epidemiologia; Tuberculose

AE0.037 AVALIAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DE FEIRA DE SANTANA-BA, 2007

ELISÂNGELA MASCARENHAS DA SILVA; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ERENILDE MARQUES DE CERQUEIRA; ANDRÉ RENÉ BARBONI; LÚCIA MARINA SCATENA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS - BA. EMAIL: ELISAUDI@YAHOO.COM.BR

Introdução: Desde a antiguidade até os dias atuais, com sua presença impiedosa e diferentes denominações, a Tuberculose (Tb) aflige a humanidade com semelhante importância. É reconhecida atualmente como a calamidade negligenciada e tem despertado a preocupação das autoridades de saúde. No entanto, a oferta de serviços para o seu controle no sistema de saúde brasileiro, ainda é insuficiente para o atendimento da demanda, uma vez que esta se relaciona, com a disponibilidade, com o tipo e com a quantidade de serviços e recursos. Feira de Santana, segundo maior município em população do Estado da Bahia, foi considerado prioritário para o Plano Nacional de Controle das ações de Tb. **Objetivo:** Avaliar a oferta de serviços de Atenção Primária no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de Feira de Santana. **Métodos:** Pesquisa de avaliação de serviços que utilizou um instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PACT), elaborado por Starfield e Macinko (2000). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). O mesmo foi adaptado em 2007 para atenção à tuberculose por Villa e Ruffino Neto. Foram entrevistados 100 doentes cadastrados no PCT. O tratamento dos dados incluiu análise de frequência e teste de associação entre os itens do questionário. O nível de significância estatística adotado foi de 5%. **Resultados:** Os resultados da análise de frequência para os itens do questionário mostraram que para 98% dos doentes nunca foi ofertado o Tratamento Supervisionado; para 50% dos doentes nunca foi ofertado o exame de HIV; 90% sempre realizaram a consulta mensal de controle; 79% sempre receberam informações sobre a Tb e seu tratamento; 52% nunca receberam visita domiciliar (VD) durante o tratamento da Tb e 28% sempre receberam a VD. Os itens do questionário que apresentaram associação estatística foram: os doentes que sempre receberam pote de escarro para diagnóstico são mais frequentes entre os que sempre receberam o pote para controle mensal de Tb (96,15%) e menos comuns em doentes que nunca receberam o pote para o controle mensal da Tb (59,09%); doentes que sempre receberam cesta básica ou vale alimentação são mais frequentes entre os que sempre receberam vale transporte (91,30%) e menos frequentes em doentes que nunca receberam vale transporte (25,97%); os doentes que nunca participaram de educação em saúde são mais frequentes entre os que nunca participaram de grupos de Tb (87,63%). **Conclusão:** O estudo mostrou que a oferta de serviços para o controle da Tb no município não atende as diretrizes preconizadas pelo PCT. Ressalta-se a necessidade de medidas efetivas de implementação das ações de controle articuladas à demanda que emerge da realidade local. Para além desta implementação, é imprescindível o envolvimento dos diversos segmentos no processo (gestores, trabalhadores de saúde e usuários do sistema).

Descritores: Programa de controle da tuberculose; Avaliação de serviço; Oferta de serviço

AE0.038 ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DE FEIRA DE SANTANA-BA, 2007: UM ESTUDO DE AVALIAÇÃO

ELISÂNGELA MASCARENHAS DA SILVA; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ERENILDE MARQUES DE CERQUEIRA; ANDRÉ RENÉ BARBONI; LÚCIA MARINA SCATENA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS - BA. EMAIL: ELISAUDI@YAHOO.COM.BR

Introdução: Atualmente, com sua persistência impiedosa, a Tuberculose (Tb) tem requerido maior atenção dos diversos segmentos sociais e sanitários. Contudo, o seu efetivo controle exige uma ação constante, firmada e organizada dentro de um sistema, onde o doente seja assegurada uma atenção que pode variar desde o nível básico até a alta complexidade. O município de Feira de Santana, o 2º maior do Estado, com população de 527.625 habitantes (IBGE, 2005), teve um índice de cura de 75%, percentual de óbito de 4% e de abandono de 8,4% no ano de 2006, é um dos municípios prioritários para o controle da Tb no país. **Objetivo:** Avaliar a organização das ações de controle da Tb no município de Feira de Santana-BA. **Métodos:** Estudo de avaliação de serviços de saúde, que utilizou um instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PACT), elaborado por Starfield e Macinko (2000). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). O mesmo foi adaptado em 2007 para atenção à tuberculose por Villa e Ruffino Neto. Foram entrevistados dois grupos de informantes-chave: 100 doentes e 14 profissionais. O entrevistado respondeu as perguntas segundo uma escala de possibilidades do tipo Likert (0- não sei, 1-nunca, 2-quase nunca, 3-as vezes, 4-quase sempre e 5-sempre). A análise dos dados incluiu ANOVA paramétrica e não paramétrica, admitindo-se um nível de significância de 0,05. **Resultados:** As respostas do questionário para as variáveis 'profissional usa prontuário', 'resultados de exames disponíveis', 'aviso sobre o agendamento' e 'retorno da contra-referência' apresentaram semelhança quanto ao valor médio em ambos os grupos. Entretanto, nas demais variáveis, o valor médio das respostas indicaram a não semelhança entre os grupos, com destaque para as perguntas: 'quando o doente necessita de especialista é encaminhado pelo profissional da unidade' teve o valor médio de 1,72 para os doentes e 4,78 para os profissionais; 'fornecimento de referência' teve valor médio de 1,59 para os doentes e 4,78 para os profissionais; 'interesse pelo atendimento especializado' teve o valor médio para os doentes de 1,67 e 4,57 para os profissionais. Os resultados mostraram diferentes graus de concordância entre os doentes e os profissionais, com as melhores avaliações sendo realizadas pelos profissionais e as piores pelos doentes. **Conclusão:** O estudo mostrou que as ações de controle da Tb no município ainda

encontram-se centralizadas em um ambulatório de referência, com um ineficiente sistema de referência e contra-referência. Na maioria das variáveis, os dados revelaram divergências na perspectiva do doente em relação ao profissional, demonstrando a fragilidade da atenção do Programa de Controle da Tuberculose, cujas diretrizes preconizadas estão bem definidas. Sendo assim, urge a necessidade de integração das ações de controle da Tb, inseridas num sistema organizado em seus diversos níveis de atenção com a interação dos diversos atores envolvidos.

Descritores: Programa de controle da tuberculose; Avaliação de serviço; Organização de serviço

AE0.039 EXPOSIÇÃO À TUBERCULOSE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: DADOS PRELIMINARES

BERENICE GONÇALVES; JOAQUIM GONÇALVES VALENTE; LUCIANA TRICAI CAVALINI

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF - RJ. EMAIL: BERENICEGONCALVES@OI.COM.BR

Introdução: A tuberculose (TB) é um problema de saúde pública mundial, sendo a principal causa de morte por doença infecciosa curável em adultos. No Brasil, são estimados cerca de 110.000 casos novos e 6.000 óbitos por ano. O sub-diagnóstico e o abandono de tratamento ocasionam uma demanda secundária excessiva de assistência hospitalar, principalmente pelo agravamento das formas clínicas e associação a co-morbidades. O risco de transmissão nosocomial da TB é produto da inter-relação entre as características do hospital, a incidência e a prevalência da doença na população de referência da unidade, e a existência de programas efetivos de biossegurança. O Rio de Janeiro (RJ) é o estado que apresenta a maior incidência, prevalência e mortalidade por TB no Brasil e a transmissão intra-hospitalar parece ser elevada. O HUAP-UFF, em Niterói-RJ, é um hospital geral com cerca de 270 leitos, nos quais foi internada, no período 2000-2006, uma média de 7500 pacientes/ano. Em março de 2006, foram implantadas as atividades de controle da TB através do Programa de Controle da TB Hospitalar (PCTH-HUAP). **Objetivos:** Estimar a proporção hospitalar da TB entre os pacientes internados atendidos no HUAP-UFF, comparando-a com aquelas obtidas em hospitais do estado do RJ e com a prevalência na população do estado do RJ, no período de 2000-2006. **Métodos:** O estudo tem, por base, dados secundários coletados nos setores de Vigilância Epidemiológica, Laboratório de Microbiologia e Arquivo Médico do hospital, e no banco de dados do DATASUS, no período do estudo. Além das proporções hospitalares de TB entre os pacientes internados atendidos no HUAP e nos hospitais do estado do RJ e da prevalência de TB na população do respectivo estado, foram estimadas as razões de prevalência do HUAP com as demais. **Resultados:** Observa-se que a proporção de casos de TB, tanto entre pacientes internados no HUAP quanto nos hospitais do estado do RJ, é cerca de 4 vezes superior à prevalência na população no período do estudo, confirmando uma maior exposição nosocomial da doença. Observa-se que há aparente variabilidade nos resultados do HUAP, porém, eles se mantêm dentro de um intervalo de confiança com 95% de precisão. Os intervalos de confiança das proporções obtidas para os hospitais do estado também estão dentro do mesmo grau de precisão. Verifica-se que o HUAP apresenta proporções anuais de pacientes atendidos por TB muito próximas às obtidas nos hospitais do estado nos anos 2000, 2002 e 2006, com razão de prevalência 1.09, 1.06 e 0.98, respectivamente. Seria oportuno avaliar posteriormente os motivos das diferenças nos demais anos, em especial 2003, 2004 e 2005 onde o número de internações observadas e esperadas no HUAP, com base na proporção de internações por TB no estado do RJ, parecem ser bastante diferentes. **Conclusão:** Há evidências de um maior risco de exposição da TB em ambientes fechados, como os hospitais, considerados ambientes de risco para o contágio da doença. No Brasil, onde a alta prevalência de TB na população geral combina-se com a baixa cobertura dos programas de controle, há ainda pouca evidência sobre a magnitude do risco de transmissão intra-hospitalar. Pode-se observar que a proporção de pacientes internados por TB é um indicador que permite uma aproximação da situação da doença nos hospitais gerais, podendo ser bastante útil na análise da TB hospitalar pois possibilita comparações regionais, além de ser de fácil execução, pois utiliza dados secundários disponíveis nos sistemas públicos de informação.

Descritores: TB hospitalar; Prevalência; Proporção hospitalar

AE0.040 PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE HOSPITALAR DO HUAP-UFF - 2007-2008

BERENICE GONÇALVES; CRISTÓVÃO CLEMENTE RODRIGUES; GUILHERME CASTELLO COUTINHO SIQUARA; WENDELL PAIVA VITA; JOYCE ROCHA DE MATOS NOGUEIRA; FELIPE PEIXOTO RAPOSO; OTÁVIO COUTINHO COELHO DA SILVA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE - UFF - RJ. EMAIL: BERENICEGONCALVES@OI.COM.BR

Introdução: A tuberculose (TB) é um problema prioritário de saúde pública no Brasil, no mundo e em especial no Estado do Rio de Janeiro, que apresenta os piores índices epidemiológicos nacionais. O PCTH-HUAP surge da necessidade de se reduzir o adoecimento dos profissionais de saúde pela TB, caracterizada como doença ocupacional, e detectada em trabalhos prévios realizados na UFF. O PCTH busca desenvolver e implantar técnicas efetivas de prevenção e controle da doença. Ênfase especial é dada à busca ativa de sintomáticos respiratórios, visando o diagnóstico precoce e adequada condução e isolamento respiratório no âmbito do HUAP. **Objetivos:** Desenvolver e implantar técnicas efetivas de prevenção e controle da TB no âmbito do HUAP, efetuando a identificação precoce do paciente sintomático respiratório ou com a doença, através de visitas periódicas às enfermarias e emergência, e promovendo o isolamento respiratório em todo paciente sob suspeita de TB pulmonar. **Métodos:** O PCTH-HUAP desenvolve busca diária dos sintomáticos respiratórios entre os pacientes internados nas enfermarias e emergência do HUAP, seguindo as linhas gerais abaixo, em três níveis de intervenção: nível administrativo: detecção precoce, através de busca diária de bacilíferos nos setores de emergência, DIP, CTI e enfermarias; diagnóstico baciloscópico rápido (24h) e isolamento dos suspeitos; nível da engenharia e meio ambiente: criação de áreas de isolamento adequadas no HUAP e otimizando as existentes no DIP; nível proteção individual dos profissionais de saúde: educação permanente com estímulo à adoção de medidas de controle da transmissão e uso dos equipamentos de proteção. **Resultados:** No período de maio de 2007 a abril de 2008 foram identificados e acompanhados 61 pacientes sintomáticos respiratórios. Desses, 13 casos foram confirmados, com baciloscopia positiva, ou seja, 21% dos sintomáticos respiratórios. Além desses casos, o PCTH e a Unidade de Vigilância Epidemiológica (UVE-HUAP) notificaram mais 38 pacientes com TB, procedentes de setores onde são realizados apenas procedimentos diagnósticos (como a broncoscopia e o Laboratório de Anatomia Patológica) e o ambulatório do HUAP, com formas clínicas pulmonares (bacilíferos ou não) ou extra-pulmonares. Nesses setores não foi possível a

busca ativa, por questões operacionais do PCTH, ou por serem pacientes com formas clínicas não bacilíferas. **Conclusão:** A relevância da TB hospitalar se deve à evidência de maior risco de transmissão em ambientes fechados como os hospitais; por ser proporcional à prevalência na população e ao despreparo no seu gerenciamento, gerando aumento da doença entre os profissionais de saúde. A presença do PCTH-HUAP possibilitou a identificação mais precoce de 13 em 61 pacientes internados com outros diagnósticos clínicos, promoveu a agilação do isolamento respiratório, do tratamento específico ou de altas por transferência para ambulatórios ou hospitais de referência, minimizando a exposição desarmada do profissional de saúde. Embora a divulgação do Manual do PCTH-HUAP no intranet do HUAP, desde 2006, e a rotina de busca ativa diária gerem nos profissionais dos diversos setores do HUAP uma maior conscientização da necessidade de implementação das ações preconizadas para uma correta aplicação das normas de biossegurança recomendadas, ainda é necessário investir em formação técnica para aumentar a sensibilidade diagnóstica na detecção de casos suspeitos.

Descritores: Tuberculose hospitalar; PCTH; Controle da TB

AE0.041 ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: ACESSO AO DIAGNÓSTICO NO PSF E UNIDADE DE REFERÊNCIA NA VISÃO DO CLIENTE, ITABORAÍ/RJ – 2007

MARIA CATARINA SALVADOR DA MOTTA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; AFRANIO LINEU KRITSKI; DENISE FREITAS SILVA; ROSANE HARTER GRIEP; LÚCIA MARINA SCATENA; TANIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO; ANTONIO RUFFINO-NETO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ – RJ. EMAIL: MA.CATARINA@GMAIL.COM

Introdução: O estudo foi conduzido na cidade de Itaboraí, Rio de Janeiro, Brasil, uma área de alta prioridade para o controle da tuberculose (2006 prevalência = 89/100.000). A estratégia DOTS da OMS foi implantada em todas as unidades a partir de 2002. **Objetivo:** Avaliar o acesso ao diagnóstico de TB em usuários do Programa de Saúde da Família PSF e Unidade de Referência UR. **Método:** Estudo seccional realizado de julho a outubro de 2007 que entrevistou uma amostra de 100 pacientes com tuberculose registrados no Programa de Controle de TB do município. Foi utilizado para coleta de dados o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT) elaborado por Barbara Starfield e James Macinko (2000), validados por Almeida e Macinko (2006) no Brasil e adaptados para avaliar a atenção à TB por Villa e Ruffino, 2007. O instrumento utiliza a escala de Likert com oferta de seis opções de respostas para sete itens do questionário. Para a análise de dados foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, análise de variância e teste de associação χ^2 . A análise descritiva utilizou o terceiro tercil da distribuição, que engloba os dois melhores escores: Quase Sempre e Sempre, ou Bom e Muito Bom, como ponto de corte para considerar alta qualidade do acesso ao diagnóstico. A ANOVA foi utilizada para comparar as unidades quanto aos indicadores de acesso ao diagnóstico. A avaliação do acesso ao diagnóstico considerando todas as variáveis foi realizada com o teste χ^2 . **Resultados:** Os resultados da análise mostram que dos entrevistados 44 (65,9% homens) foram acompanhados no PSF e 56 (64,3% homens) na Unidade de Referência. Encontrou-se a média de idade nos doentes do PSF de 42,1 e 37,7 na UR. A procura pela UR foi maior nos doentes com ensino fundamental completo ou mais (39%) em relação aos que procuram o PSF (29,5%). O número de residentes por cômodos predominou 4 ou mais tanto no PSF (59,1%), quanto na UR (60,7%). Os indicadores: Números de vezes que procurou a unidade para conseguir atendimento; Dificuldade para se deslocar até a unidade; Gasto de dinheiro para ir à unidade; Necessidade de transporte motorizado para ir à unidade; Conseguir consulta no prazo de 24 horas e Utilização de unidade de saúde mais perto de casa, foram considerados semelhantes para o PSF e a UR. Os indicadores "Perde o dia de trabalho ou compromisso para se consultar" para o PSF (3,88 – Quase Nunca) e a UR (2,87 – Às Vezes) apresentaram diferentes graus de concordância, $p=0,0061$. O acesso ao diagnóstico adequado foi identificado por 62,01% dos doentes do PSF e por 52,73% da Unidade de Referência ($p=0,0141$). **Conclusão:** A comparação dos resultados obtidos pelos doentes do PSF e da UR nos permite concluir que a forma de organização da atenção básica à saúde no município de Itaboraí (RJ), no que tange ao acesso ao diagnóstico da tuberculose, é mais adequado nas unidades de PSF.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Tuberculose; Acesso aos serviços de saúde

AE0.042 AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE BAYEUX-PB: AVALIAÇÃO DO COMPONENTE ACESSO

JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; ALINNE BEZERRA LUCENA MARCOLINO; ANTONIO RUFFINO-NETO; RONEI MARCOS MORAES; LENILDE DUARTE DE SÁ; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; SANDRA APARECIDA ALMEIDA; KÁREN MENDES JORGE SOUZA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA – UFPB – PB. EMAIL: JAL_NOGUEIRA@YAHOO.COM.BR

Introdução: No município de Bayeux-PB, a descentralização das ações de controle da Tuberculose (TB) para o âmbito da atenção básica, iniciou-se em 2003, e vem impondo reorientação das práticas das Equipes de Saúde da Família (ESF). O município conta com 28 ESF com cobertura de 92% da população. **Objetivo:** Avaliar as ações de controle da TB, segundo o componente acesso, no contexto das ESF no município de Bayeux-PB. **Metodologia:** Estudo de avaliação de serviços de saúde. Participaram da amostra 82 profissionais de saúde: médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Utilizou-se um instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). O mesmo foi adaptado em 2007 para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino Netto. Os dados foram tabulados utilizando um programa de computador – *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 11.5 for Windows), sendo apresentados sob a forma de tabelas e a análise foi realizada segundo frequência e mediana. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que as ESF operam com capacidades distintas, revelando fragilidades e potencialidades de acesso às ações de controle da Tuberculose. Potencialidades: 92,7% dos entrevistados mencionaram que os doentes de TB sempre conseguem consulta nas unidades, sendo possível por 82,9% obtê-la no prazo de 24 horas. Fragilidades: verificou-se que 61% dos entrevistados não realizam coleta de escarro na USF; 54,9% não oferecem atendimento no horário de almoço; os medicamentos específicos mostraram-se acessíveis para 64,6% das ESF; 89,8% não contam com auxílio transporte; 40,2% não realizam visita domiciliar. **Conclusões:** Constatou-se que a descentralização do tratamento dos casos de TB vem se estabelecendo na prática das ESF. Entretanto, evidenciam-se restrições impostas por aspectos organizacionais, que envolvem horário de funcionamento da USF, falta de incentivos e

centralização do procedimento de coleta de escarro, fatores que ocasionam deslocamento do usuário a outros serviços alertam comprometendo o fluxo longitudinal no sistema de serviços de saúde. Recomenda-se a adoção de mecanismos de gestão que tornem exequível a uniformização e utilização dos recursos existentes, ampliando a capacidade resolutive das ESF, promovendo eficiência na prestação de serviços, assegurando o acesso da população.

Descritores: Tuberculose; Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família

AE0.043 AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO ORGANIZACIONAL DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO BAYEUX- PB

JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; ALINNE BEZERRA LUCENA MARCOLINO; ANTONIO RUFFINO-NETO; RONEI MARCOS MORAES; LENILDE DUARTE DE SÁ; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; CYBELLE ALVES DA SILVA; LUANA CARLA SANTANA RIBEIRO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA – UFPB – PB. EMAIL: JAL_NOGUEIRA@YAHOO.COM.BR

Introdução: No município de Bayeux-PB, a descentralização das ações de controle da Tuberculose (TB) para o âmbito da atenção básica, iniciou-se em 2003, e vem impondo reorientação das práticas das Equipes de Saúde da Família (ESF). O município conta com 28 ESF com cobertura de 92% da população. Reconhece-se que a variedade de serviços disponíveis deve estar ajustada de maneira que assegure aos profissionais das ESF o exercício de suas competências e a integralidade da atenção. **Objetivo:** Avaliar as ações de controle da Tuberculose no contexto das ESF em Bayeux-PB, segundo o componente – elenco de serviços. **Metodologia:** Estudo de avaliação de serviços de saúde. Teve como amostra 82 profissionais do serviço de saúde: médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Utilizou um instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). O mesmo foi adaptado em 2007 para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino Netto. Os dados foram tabulados utilizando um programa de computador – *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 11.5 for Windows), sendo apresentados sob a forma de tabelas e a análise foi realizada segundo frequência e mediana. **Resultados:** Os resultados evidenciaram que as ESF operam com capacidades distintas, revelando fragilidades e potencialidades na capacidade de organização das ações de controle da Tuberculose. Potencialidades: 74% dos ESF dispõem de pote de escarro para baciloscopia de diagnóstico e tratamento; 73,2% das ESF realizam tratamento supervisionado (TS) no domicílio e/ou na Unidade de Saúde da Família (USF). Fragilidades: 61% das ESF não realizam o procedimento de coleta de escarro na USF; o sistema de referência e contra-referência laboratorial foi referido como efetivo somente para 43,9% das ESF; 42,7% das ESF disponibilizam a vacina BCG, desses 7,3% a oferecem diariamente; 50% das ESF nunca ofereceram o teste tuberculínico e 70,7% da ESF não disponibilizam cestas básicas ou vale alimentação para incentivar a adesão terapêutica. **Conclusões:** Recomenda-se a adoção de mecanismos de gestão que tornem exequível a uniformização e utilização dos recursos existentes, ampliando a capacidade resolutive das ESF, promovendo eficiência na prestação de serviços à população.

Descritores: Tuberculose; Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família

AE0.044 VIVÊNCIA DE PORTADORES DE TUBERCULOSE ACERCA DO TRATAMENTO EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DE CAMPINA GRANDE/PB

JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; OLIVIA TEIXEIRA DE OLIVEIRA; ANA ELISA PEREIRA CHAVES; ARLEUSSON RICARTE DE OLIVEIRA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA – UFPB – PB. EMAIL: JAL_NOGUEIRA@YAHOO.COM.BR

Introdução: Campina Grande foi um dos municípios pioneiros do Brasil na descentralização dos serviços de atenção básica através da implantação da Estratégia Saúde da Família. É um dos seis municípios prioritários do Estado da Paraíba no controle da tuberculose, apresentando 125 casos novos em 2007 e taxa de mortalidade de 1,31 por cem mil habitantes. **Objetivo:** Investigar a vivência de usuários portadores de tuberculose acerca do tratamento. **Métodos:** Estudo de natureza exploratória com abordagem qualitativa, que utilizou a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados. Participaram da investigação 20 (vinte) usuários em tratamento de tuberculose, de um Centro de Referência do Município de Campina Grande, Estado da Paraíba. A coleta de dados ocorreu no mês de outubro de 2006. Os dados foram analisados qualitativamente por meio da Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. **Resultados:** Constatou-se que os entrevistados vivenciam momentos de satisfação e insatisfação acerca do seu tratamento. Os mesmos relataram sentirem-se preocupados e com medo da morte por motivo de terem a doença; percebem o tratamento como sendo desgastante e cansativo, uma vez que a medicação causa muitas reações adversas; a dificuldade financeira foi considerada como um dos motivos que interfere no tratamento; consideram o preconceito por parte da família e população como um dos fatores de maior dificuldade para o tratamento; referem à necessidade de haver maior divulgação para informar a comunidade sobre a doença; em contrapartida, alguns entrevistados ressaltaram a importância do tratamento e conseqüente melhora do estado de saúde após uso da medicação e como condição indispensável, o apoio de familiares e dos profissionais de saúde para a adesão e conclusão terapêutica. **Conclusão:** O estudo permitiu identificar as singularidades do doente frente ao tratamento da tuberculose, sinalizando que a doença exerce grande influência na restrição do papel social do indivíduo levando-o a uma condição negativa diferenciada, comprometendo a adesão e continuidade ao tratamento. Evidencia-se a premência em adotar medidas que resultem em maior apropriação da sociedade, quanto às possibilidades diagnósticas e terapêuticas da TB, e, por conseqüente derive em redução do estigma social da doença.

Descritores: Tuberculose; Sentimentos; Atenção básica

AE0.045 ACESSO AO TRATAMENTO A PARTIR DA PROCURA DO SERVIÇO DE SAÚDE PELO DOENTE DE TUBERCULOSE – CAMPINA GRANDE/PB, BRASIL(2007)

TANIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; LÚCIA MARINA SCATENA; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; ANTONIO RUFFINO-NETO; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; ARLEUSSON RICARTE DE OLIVEIRA; SANDRA APARECIDA ALMEIDA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA – UEPB – PB. EMAIL: TANIA@EERP.USP.BR

Introdução: A tuberculose/TB, uma doença que tem cura, ainda mata pelo menos 5 mil pessoas/ano no Brasil. **Objetivo:** Analisar o acesso dos doentes de TB ao tratamento nos diferentes

serviços de saúde (Programa Saúde da Família/Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PSF/PACS e Ambulatório de Referência). Método: estudo de avaliação de serviços de saúde que utilizou um instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). O mesmo foi adaptado em 2007 para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino Netto. Participaram do estudo 106 doentes que receberam tratamento da TB no período de julho/2006 a agosto/2007. Resultado: Dos 106 doentes, 83,96% realizaram tratamento auto administrado e 16,03% tratamento supervisionado; 55,66% afirmaram que quando passaram mal por conta da medicação ou da TB, conseguiram consulta no prazo de 24 horas, 42,45% perderam o turno de trabalho para ser consultado, 64,15% necessitaram de transporte motorizado para se deslocar até a unidade de saúde e ser consultado; 50,00% sempre pagaram pelo transporte para ser consultado; 91,50% afirmaram que nunca faltou medicamento durante o tratamento; 30,18% sempre esperaram mais de 60 minutos para ser consultado; 77,35% nunca receberam visita domiciliar do profissional que acompanhou o tratamento de TB; 68,86% nunca fizeram o tratamento de TB na unidade de saúde que fica mais próximo a sua casa. Conclusão: Apesar do município ter 71% de cobertura do PSF/PACS, o estudo mostra que o TS foi assumido pela minoria das equipes do PSF como uma estratégia de tratamento, a maioria dos doentes de TB realizam o acompanhamento do tratamento no Ambulatório de Referência. Embora o tratamento da TB seja disponibilizado pelo serviço público de saúde, ainda representa um custo econômico para o doente de TB em função da necessidade de deslocamento até o serviço de saúde, bem como a perda do turno de trabalho para ser consultado.

Descritores: Tuberculose; Serviços de saúde; Atenção primária em saúde

AE0.046 PORTA DE ENTRADA: AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONAIS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE SOB A ÓTICA DO DOENTE DE TUBERCULOSE - CAMPINA GRANDE/PB, BRASIL (2007)

TANIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; LÚCIA MARINA SCATENA; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; ANTONIO RUFFINO-NETTO; RÚBIA LAINE DE PAULA ANDRADE; MÁRCIO CURTO; MARIA APARECIDA ALVES CARDOSO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA - UEPB - PB. EMAIL: TANIA@EERP.USP.BR

Introdução: Campina Grande, segundo município do Estado da Paraíba, com população de 355.331 hab. (IBGE/2000), 71% de cobertura do Programa Saúde da Família/PSF, 160 casos de Tuberculose/TB notificados em 2004 (SINAN), apresentou em 2007, 16,03% de cobertura de tratamento supervisionado. **Objetivo:** Analisar a porta de entrada dos doentes de TB aos serviços de saúde em Campina Grande/PB. **Método:** Estudo de avaliação de serviços de saúde que utilizou um instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000). Este instrumento foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). O mesmo foi adaptado em 2007 para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino Netto. Participaram do estudo 106 doentes que receberam tratamento da TB no período de julho/2006 a setembro/2007. **Resultados:** 64,14% doentes sempre ou quase sempre procuram a unidade básica de saúde para receber cuidados preventivos, como vacina BCG e exames de escarro; 50% nunca procuraram a unidade de PSF quando começaram a ficar doente de TB; 51,88% sempre ou quase sempre procuraram o pronto socorro / hospital quando começaram a apresentar os sintomas da TB, apesar do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, em 2004 ter descentralizado as ações de controle da TB para Atenção Básica, as unidades do PSF/PACS não se configuram como porta de entrada ao sistema, visto que 50% dos doentes de TB no município de Campina Grande foram diagnosticados no serviço hospitalar. Corroborando com o estudo de Cecílio (1997:471), a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar a "porta de entrada" mais importante para o sistema de saúde. A "porta de entrada" principal continua sendo os hospitais. **Conclusão:** O estudo revela que apesar do alta cobertura de PSF (71%) no município metade dos doentes de TB ainda tem acesso ao diagnóstico no hospital, o PSF tem sido porta de entrada para as atividades preventivas, mas não se configura como porta de entrada para o diagnóstico do doente de TB.

Descritores: Tuberculose; Serviços de saúde; Atenção primária à saúde

AE0.047 DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM RELAÇÃO AO ACESSO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP SOB A ÓTICA DO DOENTE

ANNELIESE DOMINGUES WYSCOCKI; TATIANA CRISTINA BRUNO; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; LÚCIA MARINA SCATENA; MARILENE ROCHA DOS SANTOS; CLAUDIA ELI GAZETTA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: FAMERP - SP. EMAIL: SILVIAVE@EERP.USP.BR

Introdução: O acesso é uma dimensão essencial da Atenção Básica (AB) definida pelas dificuldades/facilidades dos usuários para obterem os serviços de saúde de que necessitam em relação à oferta, a localização da unidade de saúde, aos horários e dias de atendimento e acolhimento. **Objetivo:** Avaliar os indicadores de acesso dos doentes de tuberculose (TB) ao tratamento nos serviços de saúde da AB em São José do Rio Preto - SP. **Metodologia:** Foram construídos indicadores com base nos instrumentos elaborados por Macinko e Almeida (2006), e adaptado para a Atenção à TB por Villa e Ruffino (2007). Entrevistaram-se 108 doentes de TB a partir de um questionário com perguntas específicas sobre acesso ao tratamento da TB nos serviços de saúde, dos quais, 77,8% eram atendidos no Ambulatório de Referência (NGA-60). **Resultados:** 83% dos doentes fizeram tratamento supervisionado (TS); 31% foram ao hospital/pronto socorro quando começaram a ficar doente; 49% consultaram na Unidade de Saúde (US) antes de irem ao especialista; 81% conseguiram uma consulta médica no prazo de 24 horas; 55% conseguiram informações por telefone; 50% conseguiram marcar consulta por telefone; 43% deixaram de trabalhar ou perderam o dia de trabalho para consultarem; 80% utilizaram algum tipo de transporte motorizado para irem a consulta médica; 50% pagaram por este transporte; 94% relataram nunca faltar medicamento para o tratamento; 66% nunca esperaram mais que 60 minutos para consulta médica de controle; 32% não receberam visita do profissional que acompanha o tratamento; 36% não fizeram o tratamento na US mais próxima de sua casa. **Conclusão:** A maioria dos doentes relata não faltar medicamento, receber o TS, conseguir consulta médica no prazo de 24 horas e não esperar mais de 60 minutos para consulta, o que demonstra bom desempenho do Serviço de saúde na AB após o diagnóstico da doença. Existe dificuldade para obter informações ou marcar de consultas por telefone, provavelmente, pelo fato do sistema de saúde ainda não ter disponibilizado o "disque-consulta" para todas as unidades ou pela falta de cultura na utilização desse serviço por parte do usuário.

Descritores: Tuberculose; Atenção básica; Acesso

AE0.048 DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP: ACESSO AO DIAGNÓSTICO

MARIA CELESTE DE FREITAS QUINTERO; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; CLAUDIA ELI GAZETTA; MARIA AMÉLIA ZANON PONCE; LÚCIA MARINA SCATENA; MARILENE ROCHA DOS SANTOS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SP. EMAIL: SILVIAVE@EERP.USP.BR

Introdução: Acesso envolve a localização da unidade de saúde próxima da população a qual atende, os horários e dias em que está aberta para atender, o grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe a conveniência destes aspectos do acesso. **Objetivo:** Avaliar o acesso ao diagnóstico de tuberculose (TB) nos serviços de Atenção Básica (AB) em São José do Rio Preto - SP, na percepção dos doentes. **Metodologia:** Foram construídos indicadores com base nos instrumentos elaborados por Macinko e Almeida (2006), e adaptado para a Atenção à TB por Villa e Ruffino (2007). A partir de um questionário com questões sobre acesso ao diagnóstico de TB nos serviços de saúde. Foram entrevistados 108 doentes de TB. **t. Resultados:** 77,8% foram atendidos no Ambulatório de Referência (NGA-60); 53% dos doentes fizeram o diagnóstico de TB em hospitais; 21%, nos serviços de AB; 10% em Ambulatórios de Especialidades e, 6% em consultórios médicos particulares. 33% foram atendidos no primeiro momento que procuraram atendimento nas Unidades de Saúde (US) ao começarem a ficar doente de TB. Em contrapartida, 31% precisaram ir 5 ou mais vezes a US para conseguirem atendimento quando começaram a ficar doente de TB. 37% relataram que sempre tiveram que deixar seus compromissos ou perder dia de trabalho para consultar na US. 69% utilizaram transporte motorizado para ir até a US quando começaram a ficar doentes de TB e 54% gastaram dinheiro com transporte para ir até a US; 50% nunca conseguiram consulta para descobrir a doença no prazo de 24h. 50% procuraram a US mais próxima de sua casa quando começaram a ficar doentes de TB. **Conclusão:** Na percepção dos doentes, os principais problemas de acesso ao diagnóstico estão relacionados à dificuldade em conseguirem consulta para descoberta da doença em 24 horas e de irem mais de cinco vezes a US para conseguirem atendimento quando começaram a ficar doente de TB. Estes fatos podem ser determinantes para o diagnóstico da doença ser realizado, predominantemente, em nível secundário e terciário de atenção à saúde, ao contrário do idealizado pela lógica da descentralização, que preconiza a AB como porta de entrada para os serviços de saúde. A situação pode ser justificada também, por ser, o município, centro de referência na prestação de serviços de saúde de alta complexidade, estando, as ações de controle da TB, ainda em processo de descentralização para a AB, que conta ainda com profissionais de saúde despreparados para atender às necessidades dos doentes, além da cultura voltada para as condições agudas.

Descritores: Tuberculose; Avaliação em saúde; Acesso aos serviços de saúde

AE0.049 DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO PRIORITÁRIO DO INTERIOR PAULISTA: PERCEPÇÃO DOS GESTORES

SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; ANA RAQUEL CASTRO PELLOZO PALLOS; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; CLAUDIA ELI GAZETTA; MARIA AMÉLIA ZANON PONCE; LÚCIA MARINA SCATENA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; NATÁLIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS

INSTITUIÇÃO: FAMERP - SP. EMAIL: SILVIAVE@EERP.USP.BR

Introdução: A tuberculose (TB) está inserida no rol das doenças transmissíveis de condição crônica, que persistem ao longo do tempo e requerem adequado gerenciamento. O "elenco de serviços" (ES) oferecido para o controle da doença, considerado como dimensão essencial da atenção básica (AB), deve responder às necessidades de saúde do doente, família e comunidade. **Objetivo:** Avaliar o desempenho da AB em relação ao ES para as ações de controle da TB, a partir da percepção dos gestores municipais de saúde. **Metodologia:** Utilizou-se um instrumento elaborado por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino Netto (2007). A partir de um questionário com quantas? perguntas específicas sobre o elenco de serviços oferecidos para o controle da TB, entrevistaram-se 15 gestores (gerentes de Unidades Básicas de Saúde e coordenadores/diretores técnicos). **Resultados:** 80% responderam que são oferecidos potes para exame de escarro para diagnóstico e 67% para exame de controle; Apenas 20% disseram que são oferecidos exame para HIV/AIDS; 67% relataram serem oferecidas provas tuberculínicas; 60% afirmaram que são disponibilizadas consultas de controle para o tratamento da TB; 47% confirmaram que são entregues cestas básicas ou vale alimentação para os doentes de TB e 60% que são entregues vale transporte; 40% relataram que os doentes de TB são informados sobre a doença e seu tratamento; 47% afirmaram que é realizada educação em saúde; Apenas 20% referiram que são disponibilizadas visitas domiciliares (VD) durante o tratamento da TB; 67% responderam haver Tratamento Supervisionado (TS) todos os dias úteis da semana. **Conclusão:** Observou-se que a percepção dos gestores sobre a oferta de serviços para o controle da TB nem sempre corresponde à realidade: desconhecem o oferecimento sistemático do teste de HIV para todos os indivíduos vulneráveis; desconhecem que a prova tuberculínica só é oferecida em situações especiais; desconhecem o processo de trabalho em relação a VD e TS. É provável que existam problemas de comunicação entre os níveis de gestão, ficando, o domínio da situação, nos níveis mais operacionais de gestão (gerentes de Unidades e coordenador do PCT).

Descritores: Avaliação de serviços de saúde; Tuberculose; Atenção básica

AE0.050 ADESAO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA VISÃO DO DOENTE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; RODRIGO DAS NEVES CANO; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; CLAUDIA ELI GAZETTA; LÚCIA MARINA SCATENA; MARILENE ROCHA DOS SANTOS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; MARIA RITA DE CÁSSIA OLIVEIRA CURY

INSTITUIÇÃO: FAMERP - SP. EMAIL: SILVIAVE@EERP.USP.BR

Introdução: A adesão ao tratamento da tuberculose (TB), fator importante para o controle da doença, depende das atitudes dos doentes e da qualidade da assistência prestada, além da estruturação/organização dos serviços de saúde. O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no município atende 77% dos doentes TB, em Ambulatórios de Referência (NGA-60 e SAE). **Objetivo:** Avaliar os fatores organizacionais dos serviços de saúde da AB relacionados à adesão do doente ao tratamento de TB no município de São José do Rio Preto sob a ótica do doente. **Metodologia:** Utilizou-se um instrumento elaborado por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino Netto (2007). Foram entrevistados 108 doentes de TB. **Resultados:** Dos doentes entrevistados, 83% faziam tratamento supervisionado (TS). 81 % responderam que conseguem

consulta médica de controle no prazo de 24 horas e 50% que conseguem fazê-lo por telefone, 42,6% relataram nunca perderem dia de trabalho ou compromisso para irem ao serviço de saúde. 63% sempre receberam cesta básica; 52% nunca receberam vale transporte, 93% responderam nunca ter faltado medicamento na unidade de saúde. 94% nunca se sentiram rejeitados pelos profissionais que os atenderam e, 68% responderam que os profissionais sempre perguntaram se os familiares têm algum sintoma da doença. Conclusão: A adesão dos doentes ao tratamento de TB vem atingindo algumas das metas preconizadas pelo PCT no município. As variáveis relacionadas a cobertura de TS, consulta médica no prazo de 24 horas, benefícios e incentivos e medicamentos aos doentes foram bem avaliadas. Apesar da centralização das ações em Ambulatórios de Referência observa-se um bom desempenho em relação à adesão do doente ao tratamento de TB. Descritores: Tuberculose; Adesão; Avaliação de serviços de saúde

AE0.051 O DESEMPENHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO PRIORITÁRIO DA PARAÍBA

LENILDE DUARTE DE SÁ; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ANNA LUIZA CASTRO GOMES; MARIA DAS GRAÇAS NUNES; ANNELISSA ANDRADE VIRGÍNO DE OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB - PB. EMAIL: LENILDE_SA@YAHOO.COM.BR

Introdução: Estudos têm mostrado que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são apontados por integrantes das Equipes de Saúde da Família (ESF) como o profissional que mais estabelece vínculo como a comunidade. **Objetivo:** Elencar as ações desenvolvidas pelos ACS no controle da TB e identificar limitações encontradas por esses profissionais em suas práticas em Bayeux - PB. **Métodos:** Pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem qualitativa, que utilizou como técnica de investigação o grupo focal. Foi realizada em abril de 2007 e contou com a participação de 10 ACS das ESF do município de Bayeux que pertencente a Região Metropolitana da Grande João Pessoa e é considerado prioritário para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Para a análise dos dados optou-se pela utilização da Técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática proposta por Bardin (2004), pois permite explorar o campo das comunicações e suas significações, ou seja, descobrir elementos que estão por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências daquilo que está sendo comunicado. **Resultados:** Os ACS revelaram em suas falas que nas ESF o doente de TB tem prioridade no atendimento e que é feito o acolhimento ao usuário nas Unidades de Saúde da Família (USF). Dentre suas atividades foram citadas a realização de orientações à comunidade, a busca ativa de sintomáticos respiratórios, a visita domiciliar, a supervisão do tratamento, a identificação das necessidades desses usuários e seus familiares e a busca de faltosos. Essas ações potencializam o vínculo desses profissionais com o usuário e, consequentemente, propicia a continuidade do tratamento e a redução do número de abandono, bem como o aparecimento de novos casos da doença. No entanto, o desinteresse da população para com o enfrentamento da problemática da TB, a rotatividade de profissionais nas USF, a falta de compromisso político com a qualificação técnica dos ACS em ações de controle da TB e as fragilidades operacionais relacionadas à realização dos exames laboratoriais, a indisponibilidade de medicamentos para outras necessidades dos doentes e a falta de potes para a coleta de secreção, limitam as atividades desenvolvidas pelos ACS. **Conclusão:** A realidade revelada no trabalho confirma a capital importância dos ACS para a diminuição do abandono e para a garantia da continuidade do tratamento da TB no município de Bayeux-PB, uma vez que eles são os profissionais das ESF que estão mais próximos dos usuários e de suas famílias. No entanto, reconhece-se que a gestão em saúde local deva comprometer-se em garantir insumos, qualificação aos profissionais e condições adequadas para que os ACS, junto com os demais profissionais das ESF, possam acentuar a construção de vínculo necessário ao cuidado aos doentes e TB e da comunidade no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Descritores: Atenção Primária à Saúde; Tuberculose; Saúde da Família

AE0.052 A UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE PAULISTA DE REPONSABILIDADE SOCIAL (IPRS) E DE VULNERABILIDADE SOCIAL (IPVS) NA ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO (TS) EM DOIS MUNICÍPIOS PAULISTAS

PEDRO FREDEMIR PALHA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; LENILDE DUARTE DE SÁ; MARIA CECÍLIA PUNTEL DE ALMEIDA; ANTONIO RUFFINO-NETO; TANIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; GLAUBER PALHA DOS SANTOS; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: PALHA@EERP.USP.BR

Introdução: Os padrões de crescimento e de desenvolvimento das cidades não têm permitido distribuir igualmente os benefícios entre as suas populações, gerando um quadro de iniquidade. A criação do IPRS e IPVS pela Fundação SEADE (2003) é uma ferramenta que serve avaliar, redirecionar e orientar a distribuição desses recursos sob a ótica da justiça social. **Objetivo:** Compreender os fatores que concorrem para a sustentabilidade do TS em dois municípios do estado de São Paulo. **Método:** Pesquisa quantitativa, que por meio da Síntese Interpretativa (RUFFINO-NETTO, 2007), aprofundou conhecimentos sobre a estrutura e o contexto geopolítico dos municípios de Ribeirão Preto e Bertioga, no período de 1998-2004. Os dados secundários foram capturados a partir do Banco de Dados EPI-TB (2005), IPRS e IPVS da Fundação SEADE (2002), Departamento de Apoio a Descentralização e Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2006). **Resultados:** Em Bertioga, a média de cobertura do TS foi de 25,85%, 49,8% dos responsáveis pelos domicílios percebiam até três salários mínimos, 32,1% tinham o ensino fundamental. É um grupo jovem na chefia dos domicílios, com média de idade de 41 anos. 11,2% da população infantil tinham menos de 4 anos. Entre 2000 a 2002 teve maior taxa de crescimento populacional do Estado, 8,4%, passando de 17.719 em 1998 para 35.739 mil habitantes em 2004. Quanto ao IPVS o município apresenta 97,5% da população situada nos grupos 4, 3 e 6 de vulnerabilidade social. Para o valor adicionado per capita aumentou em 17% para o período. No incremento de políticas sociais e universais apresentou, para o ano de 2004, uma de média de cobertura para o TS de 58%, ESF 0% e PACS 0%, sob a Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB 1996. Em Ribeirão Preto a média de cobertura do TS foi de 46,57%. A média da renda dos responsáveis pelos domicílios ficou um pouco abaixo do grupo 1 sendo que 35,6% ganhavam no máximo três salários mínimos. 51,5% tinham o ensino fundamental. A média de idade dos chefes dos foi de 46 anos. 7,6% da população infantil tinham menos de 4 anos. No período de 2000 a 2002 apresentou taxa de crescimento populacional de 1,5%, passando de 462.579 em 1998 para 527.733 mil habitantes em 2004. Em relação ao IPVS o município apresenta 87,5% da população nos grupos 2, 3, 4 e 1 de vulnerabilidade social. Com relação ao incremento de políticas sociais e universais, o

município apresentou, para o ano de 2004, uma de média de cobertura para o TS de 88%, ESF 11,1% e PACS 32,5%, estando sob Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a NOB 1996. **Conclusões:** A análise, por meio do IPRS e IPVS é uma ferramenta importante na compreensão dos fatores que concorrem para que os municípios de grande porte populacional mantivessem, ao longo do período, a sustentabilidade da estratégia do TS do que os de menores portes, ou seja, capacidade fiscal, aprendizado institucional, qualificação dos recursos humanos e maior oferta na proteção social.

Descritores: Tuberculose; IPRS; IPVS

AE0.053 PORTA DE ENTRADA DOS DOENTES NO SISTEMA DE SAÚDE PARA O DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS DO BRASIL, 2007

TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; RÚBIA LAINE DE PAULA ANDRADE; TANIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; LÚCIA MARINA SCATENA; MARIA CATARINA SALVADOR DA MOTTA; ANTONIO RUFFINO-NETO

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: TITE@EERP.USP.BR

Introdução: O Brasil ocupa o 16º lugar entre os países com a maior carga de tuberculose (TB) no mundo, com prevalência de 58 casos por 100 mil habitantes e 5 mil óbitos/ano. **Objetivo:** Identificar a porta de entrada dos doentes de TB no sistema de saúde em diferentes municípios do Brasil. **Metodologia:** questionário elaborado por Macinko e Almeida (2006) e adaptado por Villa e Ruffino-Netto (2007) para avaliar o desempenho da atenção à TB. Foram selecionados 4 municípios para o estudo, sendo que dois deles (A e B) possuem como modelo de organização da atenção Unidades de Programa de Saúde da Família e Ambulatórios de referência, predominantemente e dois (C e D) possuem como modelo de atenção Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais e Ambulatórios de referência. Foram entrevistados 99 doentes do município A (Estado do Rio de Janeiro), 106 do município B (Estado da Paraíba), 100 do município C (Estado de São Paulo) e 108 do município D (Estado de São Paulo). **Resultados:** Os municípios A (67,7%) e B (34,9%) apresentaram o hospital / pronto socorro como porta de entrada do sistema de saúde e os municípios C (66%) e D (57,4%) apresentaram como porta de entrada UBS tradicionais. **Conclusão:** O critério de descentralização para o sistema de Atenção Primária à Saúde nem sempre tem assegurado o diagnóstico de TB na unidade de saúde mais próxima da moradia do doente, nem nas unidades de menor complexidade. O doente ainda tem procurado o hospital / pronto socorro, mesmo sendo a TB uma das ações estratégicas do plano de APS do Brasil. Descritores: Tuberculose; Serviços de saúde; Atenção primária à saúde

AE0.054 ACESSO AO DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE EM CINCO MUNICÍPIOS DO BRASIL - ANÁLISE MULTIVARIADA

TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; LÚCIA MARINA SCATENA; ANTONIO RUFFINO-NETO; AFRANIO LINEU KRITSKI; TANIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; MARIA CATARINA SALVADOR DA MOTTA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: TITE@EERP.USP.BR

Introdução: O trabalho apresenta uma proposta para avaliação da dimensão "acesso ao diagnóstico" em serviços de atenção básica (Programas de Saúde da Família -PSF ou Ambulatórios com Programas de Controle de Tuberculose tradicionais -AMB-PCT) para portadores de Tuberculose em cinco municípios do País. **Objetivo:** Efetuar análise multivariada como estratégia na avaliação do acesso ao diagnóstico dos doentes de TB nos serviços de saúde (SS) em diferentes municípios do Brasil. **Métodos:** Utilizou-se um instrumento Primary Care Assessment Tool validado por Almeida e Macinko, 2006 e adaptado para atenção à Tuberculose por Villa e Ruffino, 2007 que contém perguntas específicas relativas ao acesso ao diagnóstico aos SS. O método utilizado para avaliar o diagnóstico de tuberculose em SS foi a análise fatorial de correspondência múltipla (AFCM). **Resultados:** O acesso ao diagnóstico foi representado pelas dimensões "locomomoção ao serviço de saúde" e "serviço de atendimento" no plano fatorial. Os doentes dos municípios Ribeirão Preto e Itaboraí foram associados às condições mais favoráveis a dimensão "locomomoção" e os doentes de Campina Grande e Feira de Santana as menos favoráveis. Ribeirão Preto apresentou condições mais favoráveis para a dimensão "serviço de atendimento" seguido dos municípios Itaboraí, Feira de Santana e Campina Grande. São José do Rio Preto apresentou condições menos favoráveis que os outros municípios para as dimensões "locomomoção" e "serviço de atendimento". **Conclusões:** A AFCM proporcionou visualizar conjuntamente as características organizacionais dos serviços de atenção à Tuberculose. A descentralização das ações de Tuberculose para o PSF e AMB-PCT parece não apresentar desempenho satisfatório para o acesso ao diagnóstico, pois a forma de organização da atenção à TB (PSF ou AMB-PCT) não foi fator determinante para garantia de acesso ao diagnóstico precoce da TB. O acesso ao diagnóstico na atenção básica parece estar obstruído por várias barreiras que precisam ser melhor analisadas. Descritores: Análise multivariada; Tuberculose; Acesso aos serviços de saúde

AE0.055 ESTRATÉGIA DOTS NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: REVISÃO DA LITERATURA (1993- 2005)

TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ALINE APARECIDA MONROE; LIVIA MÓDOLO MARTINS; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; RÚBIA LAINE DE PAULA ANDRADE; ANTONIO RUFFINO-NETO

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: TITE@EERP.USP.BR

Objetivo: Analisar a produção bibliográfica sobre a Estratégia *Directly Observed Therapy Short Course Strategy* (DOTS) no controle da tuberculose (1993 - 2005). **Métodos:** Revisão sistemática da literatura na Base de Dados MEDLINE, utilizando os descritores "Tuberculosis" e "DOTS" no período 1993-2005. Foram identificadas 350 produções em versão inglesa e espanhola. Destes, 89 produções foram selecionadas por possuírem a palavra DOTS, DOT ou TAES no título. **Resultados:** As 89 produções selecionadas para o estudo estão distribuídas em 21 periódicos internacionais, sendo que os que mais publicaram foram os seguintes: *International Journal of Tuberculosis And Lung Disease*, 43 (48,3%); *The Lancet*, 08 (9%); *Tuberculosis*, 06 (6,7%). Houve predomínio dos artigos originais (57,3 %). A maior frequência de publicações ocorreu nos seguintes anos: 1999, 13 (14,7%); 2002, 14 (15,7%) e 2003, 23 (29,4%). Os estudos foram distribuídos por categorias: Implantação, implementação e avaliação da estratégia DOTS em diferentes contextos, 49 (56,2%); MDR e DOTS-Plus, 21 (24,7%); Parcerias com a comunidade e novos atores, 9 (10,11%); Incorporação de novas tecnologias (GIS), 5 (5,61%) e DOTS como

diretriz política, 5 (5,61%). Conclusão: A Estratégia DOTS foi abordada na produção de conhecimentos, no período em estudo 1993-2005, tendo como marcos, um movimento mundial de parceria entre agências internacionais e de cooperação multilateral como a Declaração de Amsterdã, a parceria STOP TB; as Metas para o Desenvolvimento do Milênio e os recursos do Fundo Global para países prioritários. As produções científicas abordam experiências de implantação do DOTS nas diferentes regiões do mundo e descrevem os avanços e restrições da estratégia em diferentes contextos culturais, de organização social e política e de sistema de saúde. Descritores: Tuberculose; Terapia diretamente observada; Publicações científicas

AE0.056 O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE PARA PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM DISTRITO SANITÁRIO DE JOÃO PESSOA - PB

GISELE ALMEIDA SOARES DE GOIS; LENILDE DUARTE DE SÁ; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ANNE JAQUELINE ROQUE BARRETO; ANA CRISTINA OLIVEIRA E SILVA; JANAÍNA VON SOHSTEN TRIGUEIRO; RODRAGA APARECIDA ALMEIDA

INSTITUIÇÃO: FACENE - PB. EMAIL: GISELE_GOIS@YAHOO.COM.BR

Introdução: O controle da tuberculose permanece ineficiente ou mesmo ausente dos meios aconselhados para preveni-la ou debelá-la, permanecendo uma doença negligenciada. Em João Pessoa, o controle da tuberculose vem passando por um amplo processo de mudança na organização da prestação de serviços de saúde aos usuários, tendo como principal proposta a reorganização da Estratégia de Saúde da Família, para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, as unidades de saúde da família assumem a responsabilidade de acompanhamento dos portadores de TB, especialmente, através do Tratamento Supervisionado (TS). Desse modo, a descentralização das ações da TB para as ESF precisa acontecer de maneira que os pacientes não venham a abandonar o tratamento, tendo como base principal a integralidade da assistência à saúde. **Objetivo:** Identificar o conhecimento dos profissionais do Programa Saúde da Família sobre a integralidade na atenção em saúde para os portadores de tuberculose no Distrito Sanitário V do município de João Pessoa-PB. **Métodos:** Pesquisa do tipo exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. Participaram oito enfermeiros, inseridos na Estratégia Saúde da Família, que acompanharam ou acompanhavam doentes de TB em tratamento. Para coleta de dados utilizou-se um formulário de entrevista semi-estruturado. Os dados foram analisados pela técnica da análise de conteúdo, modalidade temática. Como unidade temática central elegeu-se o princípio da Integralidade sob a óptica dos profissionais, conformada a partir de três núcleos de sentido centrais: singularidades do enfermeiro no entendimento do princípio da integralidade; envolvimento da ESF no controle da tuberculose no que tange a integralidade da assistência e potencialidades e fragilidades para construção da assistência integral ao portador de tuberculose. **Resultados:** Em relação ao primeiro núcleo verificou-se que a integralidade apresenta-se como uma gama de ações, voltadas para necessidades particulares de cada indivíduo: acessibilidade de horário, acessibilidade financeira, acessibilidade cultural. No que se refere ao segundo núcleo, observou-se a importância da atuação da equipe multiprofissional, priorizando o processo saúde-doença-cuidado, envolvida e empenhada em solucionar os problemas e as necessidades do usuário, ouvindo-o e incentivando sua participação nas tomadas de decisões. Quanto ao terceiro núcleo percebeu-se a participação da família e do Agente Comunitário de Saúde como importante apoio ao paciente, apresentando-se como potencialidades para construção e implementação da assistência integral ao portador de tuberculose. Identificou-se também a questão social como principal fragilidade para a integralidade da atenção no controle da tuberculose, sendo um dos fatores mais preocupantes na luta contra a doença. **Conclusão:** Observou-se que a descentralização das ações de controle da tuberculose para as equipes de saúde da família resulta em um atendimento pautado nos princípios da integralidade, identificando uma relação estreitada entre o paciente, família e equipe de saúde, fator fundamental na continuidade e efetividade do tratamento da tuberculose.

Descritores: Integralidade; Saúde da Família; Tuberculose

AE0.057 O DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO NA ÓPTICA DO DOENTE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DA REGIÃO SUDESTE, BRASIL, 2007

MARIA EUGÊNIA FIRMINO BRUNELLO; DANUZA ROSADO CERQUEIRA; RICARDO ALEXANDRE ARCENCIO; LÚCIA MARINA SCATENA; RÚBIA LAINE DE PAULA ANDRADE; ANTONIO RUFFINO-NETO; TEREZINHA KINUE YANO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: BRUNELLO@EERP.USP.BR

Introdução: O vínculo do doente de tuberculose (TB) com a equipe constitui um dos principais elementos no controle da doença, uma vez que pressupõe a responsabilização, a integralidade, a humanização, entre outros. **Objetivo:** Analisar o desempenho dos profissionais de saúde na atenção à TB para o estabelecimento do vínculo com o doente. **Métodos:** O estudo é parte integrante de um projeto multicêntrico sobre a avaliação organizacional e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em diferentes regiões do Brasil. Foi aplicado um questionário, elaborado por Mackinko e Almeida (2006) e adaptado para atenção à TB por Villa e Ruffino (2007), que contém 10 indicadores de avaliação de vínculo. A população do estudo foi de 100 doentes seguidos em unidades de saúde tradicionais de um município de aproximadamente 600 mil habitantes da região sudeste com equipes especializadas (médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) que fazem o acompanhamento do tratamento dos doentes. Foi criado um banco de dados no *software* Statsoft e foram elaboradas tabelas de frequências e gráficos. **Resultados:** Em relação ao tratamento supervisionado (DOT), 81% dos pacientes entrevistados recebem DOT; 99% referem que são sempre atendidos pelo mesmo profissional durante as consultas; 98% consegue sanar suas dúvidas com o mesmo profissional; 96% referem que os profissionais sempre responderem às suas perguntas de maneira clara; mais de 60% dos doentes de cada unidade referem que conversam sobre outros assuntos além da TB com a equipe; mais de 90% relatam ter tempo suficiente para esclarecer dúvidas sobre o tratamento; mais de 50% dos doentes relatam procurar o médico quando apresentam um problema de saúde ou social e necessitam de qualquer intervenção; mais de 65% relatam que o atendimento dos profissionais do PCT é muito bom. **Conclusão:** A forma de organização da atenção à TB em Unidades de Saúde tradicionais com PCT distribuídos em Distritos de Saúde, em um município de grande porte do Sudeste, apresenta indicadores favoráveis para a dimensão vínculo, possibilitando a satisfação do doente, otimizando a organização da assistência ao tratamento de TB com seguimento e equipes treinadas e assegura a adesão ao tratamento, aumentando as taxas de cura.

Descritores: Tuberculose; Atenção primária a saúde; Vínculo

AE0.058 O DESEMPENHO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM RIBEIRÃO PRETO - SP SOB A ÓTICA DOS DOENTES - 2007

MÁRCIO CURTO; LÚCIA MARINA SCATENA; RICARDO ALEXANDRE ARCENCIO; TANIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO; RÚBIA LAINE DE PAULA ANDRADE; LIVIA MÓDULO MARTINS; ANTONIO RUFFINO-NETO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: MARCIOCURTO@USP.BR

Introdução: O desempenho dos trabalhadores de saúde constitui fator primordial no controle da tuberculose (TB). O indivíduo precisa ser visto além do âmbito individual, devendo ser priorizadas ações enfocando a família e a comunidade. **Objetivo:** Avaliar o desempenho dos trabalhadores de saúde nas ações de controle da TB na atenção primária à saúde no município de Ribeirão Preto. **Metodologia:** Foi aplicado um questionário elaborado por Macincko e Almeida (2006), e adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino (2007). Foram entrevistados 100 doentes de TB em unidades de referência do município, utilizando um questionário com 20 indicadores que avaliaram a abordagem do cuidado individual, familiar e coletivo pelos profissionais que atuam na atenção à TB. **Resultados:** 81% dos entrevistados recebem DOT. Em relação ao cuidado individual, 98% respondeu que os profissionais são capazes de ajudá-los a melhorar da doença. Em relação ao cuidado familiar, 53% dos entrevistados relataram que foram questionados pelos profissionais de saúde sobre as condições de vida da família; 82% referiu que foram questionados sobre a presença de sintomas respiratórios entre os comunicantes; 46% afirmou que foi oferecido pote para exame de escarro aos comunicantes. Em relação ao cuidado coletivo, 95% nunca observou parcerias sociais para o oferecimento de potes de escarro na comunidade; 94% nunca observou entrega de potes para escarro na comunidade; 66% confirmou a realização de trabalhos educativos pelos profissionais da unidade de saúde para informar a comunidade sobre a TB. **Conclusões:** O desempenho das ações de controle da TB pelos profissionais de saúde priorizam o enfoque individual relacionado ao tratamento, porém as ações de alcance coletivo voltadas para o controle de contatos na família do doente são ainda restritas e as ações voltadas para a comunidade não fazem parte do trabalho das equipes. É preciso que os profissionais assumam uma nova concepção de cuidado, que vá além da esfera biotecnista e individualizada de atenção e que extrapole os limites físicos das unidades de saúde, de forma a compreender o contexto familiar e social que se inserem os usuários, encorajando-os a participar ativamente de seu processo de tratamento e da formulação de estratégias de controle da doença que se adequem a realidade biopsicossocial do doente.

Descritores: Tuberculose; Atenção primária a saúde; Avaliação de serviços de saúde

AE0.059 O ENFOQUE NA FAMÍLIA COMO DIMENSÃO DO CUIDADO AO DOENTE DE TUBERCULOSE EM RIBEIRÃO PRETO - SP: A ÓTICA DO DOENTE - 2007

MÁRCIO CURTO; LÚCIA MARINA SCATENA; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; TANIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO; RÚBIA LAINE DE PAULA ANDRADE; ELISANGELA GISELE ASSIS; ANTONIO RUFFINO-NETO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: MARCIOCURTO@USP.BR

Introdução: O cuidado prestado ao portador de TB requer uma atenção especial voltada ao seu contexto familiar como estratégia que viabiliza a redução do estigma, o controle da doença, além de ser imprescindível para a integralidade do cuidado. **Objetivo:** Avaliar o desempenho dos trabalhadores de saúde em relação ao enfoque familiar nas ações de controle da TB na atenção à saúde no município de Ribeirão Preto. **Metodologia:** Foi aplicado um questionário elaborado por Macincko e Almeida (2006), e adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino (2007). Foram entrevistados 100 doentes de TB, os quais 81% recebem tratamento supervisionado no Programa de Controle da TB (PCT) do município, utilizando um questionário com 8 indicadores que avaliaram a atenção prestada pelos profissionais que atuaram na atenção à TB ao doente inserido em seu contexto familiar. **Resultados:** 53% dos entrevistados relataram que foram questionados pelos profissionais de saúde sobre as condições de vida da família; 72% afirmaram serem questionados pelos profissionais sobre a existência de doença entre os familiares; 82% referiram que foram questionados sobre a presença de sintomas respiratórios entre os comunicantes; 46% afirmaram que foi oferecido pote para exame de escarro aos comunicantes; 71% dos doentes relataram que os profissionais conheciam seus familiares; 62% responderam que seus familiares receberam informações sobre a TB; 64% afirmaram que seus familiares foram orientados quanto ao tratamento da TB; 46% disseram que seus familiares foram orientados quanto a outros problemas de saúde. **Conclusão:** As ações de vigilância dos contatos nem sempre fazem parte de forma sistemática da rotina dos Serviços de Saúde, considerando que não foi disponibilizado pote de escarro para exame dos comunicantes, o que dificulta o diagnóstico precoce, assim como nem todos os doentes foram questionados sobre a presença de sintomas respiratórios entre os comunicantes, uma das prioridades do PCT. As ações de educação em saúde em TB foram referidas como satisfatórias pelos doentes porém, existe a necessidade de melhora dessas ações, assim como a orientação sobre outros problemas de saúde além da TB que aparece como insatisfatória nos resultados.

Descritores: Tuberculose; Atenção primária a saúde; Avaliação de serviços de saúde

AE0.060 O CONTROLE DA TUBERCULOSE E A REPRODUÇÃO DO MODELO FLEXNERIANO NAS PRÁTICAS DAS EQUIPES DE SAÚDE INDÍGENA POTIGUARA- PB

RAFAELA GERBASI NÓBREGA; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; ANTONIO RUFFINO-NETO; ANA TEREZA MEDEIROS CAVALCANTI DA SILVA; LENILDE DUARTE DE SÁ; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ARLEUSSON RICARTE DE OLIVEIRA; RODRIGO PINHEIRO FERNANDES DE QUEIROGA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB - PB. EMAIL: RAFAELAGERBASI@YAHOO.COM.BR

Introdução: Os índios Potiguara são referidos no litoral da Paraíba desde 1501, ocupando um território que envolve os municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição. Com uma população estimada em 13.547 pessoas, distribuem-se em 26 aldeias assistidas por 3 equipes de saúde que desenvolvem ações de atenção básica à saúde, incluindo aquelas voltadas para assistência a Tuberculose (TB). O desenvolvimento das ações de controle dessa doença no

Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguar ainda é limitado pela baixa resolutividade da atenção básica e a permanência da prática centrada exclusivamente na doença, haja vista que 100% dos casos de TB notificados em 2007 encontravam-se em tratamento no serviço de referência. **Objetivos:** Discutir as fragilidades existentes para a implementação das ações de controle da TB no DSEI Potiguar, à luz do paradigma flexneriano reproduzido nas práticas das equipes de saúde indígena. **Métodos:** Estudo qualitativo que teve como amostra vinte e três profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde. O instrumento de coleta de dados constou da técnica de grupo focal, sendo realizadas três reuniões com as referidas equipes para a obtenção do material empírico, analisado pela técnica de Análise de Discurso. **Resultados:** No que tange ao controle da TB no cenário local, evidenciou-se que a preferência pela demanda espontânea para busca de casos na comunidade, a centralização do tratamento no serviço de referência, a supervalorização do setor de Epidemiologia na operacionalização das ações de controle desenvolvidas e a eficiência do serviço atribuído à abordagem curativa da doença reproduzem o modelo hegemônico e fragmentador supracitado nas práticas das equipes de saúde indígena Potiguar, no âmbito do Programa de Controle da Tuberculose. **Conclusão:** A reprodução do modelo flexneriano nas ações de controle da TB do DSEI Potiguar tem colaborado para a centralização de atividades técnicas envolvendo o diagnóstico e tratamento de casos, revelando fragilidades operacionais relacionadas à falta de capacitação permanente e a forma de organização do serviço de saúde. Tal fato remete questões gerenciais desafiadoras que assinalam a importância do processo de formação e educação permanente dos profissionais para a superação do paradigma vigente.

Descritores: Tuberculose; Saúde indígena; Recursos humanos

AE0.061 AS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO CONTEXTO DAS EQUIPES DE SAÚDE INDÍGENA DA PARAÍBA: DESAFIOS GERENCIAIS

RAFAELA GERBASI NÓBREGA; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; ANTONIO RUFFINO-NETO; ANA TEREZA MEDEIROS CAVALCANTI DA SILVA; LENILDE DUARTE DE SÁ; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ARLEUSSON RICARTE DE OLIVEIRA; RODRIGO PINHEIRO FERNANDES DE QUEIROGA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB - PB. **E-MAIL:** RAFAELAGERBASI@YAHOO.COM.BR

Introdução: A População indígena Potiguar é a única oficialmente reconhecida no Estado da Paraíba, com uma população estimada de 13.547 pessoas distribuídas em 26 aldeias dos municípios de Baía da Traição, Marcação e Rio Tinto, no litoral Norte da Paraíba. Na organização dos serviços de saúde, o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Potiguar conta com 3 equipes de saúde que desenvolvem ações previstas no Plano Distrital para o atendimento à assistência básica, incluindo o controle da Tuberculose (TB), cuja incidência em 2007 foi de 2,18%. **Objetivo:** Analisar as ações de controle da TB desenvolvidas pelas equipes de saúde indígena Potiguar. **Métodos:** Estudo qualitativo que teve como cenário o DSEI Potiguar do Estado da Paraíba - Brasil. A amostra foi de vinte e três profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem e agentes indígenas de saúde. O instrumento de coleta de dados constou da técnica de grupo focal, sendo realizadas três reuniões com as referidas equipes para a obtenção do material empírico, analisado pela técnica de Análise de Discurso. **Resultados:** Evidenciou-se que os serviços operam dentro de uma lógica fragmentada, com descontinuidade da atenção iniciada, seja por parte dos profissionais, seja pela falta de compartilhamento de informações entre diferentes pontos de atenção do sistema, além da falta de insumos e de capacitação insuficiente de recursos humanos para atender a especificidade cultural da população indígena local. **Conclusão:** Os referidos achados apontam debilidades gerenciais no sistema de saúde local para o controle da TB, tratando-se de uma ameaça às condições de saúde desse grupo específico. Tal fato implica na necessidade de ampliar o conhecimento sobre o papel e função da gerência local, que deve ser entendida como um instrumento importante para efetivação das ações de controle da TB no DSEI Potiguar.

Descritores: Ação intersectorial; Saúde indígena; Tuberculose

AE0.062 IMPLICAÇÕES DE PRÁTICAS FITOTERÁPICAS INDÍGENAS NA ADESAO AO TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE

RAFAELA GERBASI NÓBREGA; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; ANTONIO RUFFINO-NETO; ANA TEREZA MEDEIROS CAVALCANTI DA SILVA; LENILDE DUARTE DE SÁ; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ROSA CAMILA GOMES PAIVA; JULIANA ABATH CANANÉA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA - UFPB - PB. **E-MAIL:** RAFAELAGERBASI@YAHOO.COM.BR

Introdução: A população indígena Potiguar é uma das maiores do Brasil, contando com cerca de 13.547 pessoas distribuídas em 26 aldeias localizadas nos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição, litoral norte da Paraíba. Um traço visível da identidade étnica desse grupo diz respeito ao saber fitoterápico empregado como importante mecanismo de eficácia terapêutica, tratando-se de um conjunto de crenças na qual eles se defendem das doenças e se protegem. **Objetivo:** Investigar as implicações das práticas fitoterápicas tradicionais dos Potiguar na adesão ao Tratamento Supervisionado (TS) da Tuberculose (TB). **Metodologia:** Estudo qualitativo envolvendo as equipes de saúde indígena dos municípios de Rio Tinto, Marcação e Baía da Traição no Estado da Paraíba, totalizando vinte e seis profissionais de saúde, entre médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e Agentes Indígenas de Saúde. A coleta de dados foi realizada por meio de três grupos focais. Os dados foram tratados e analisados segundo a técnica de Análise de Discurso. **Resultados:** Os discursos revelaram que as práticas fitoterápicas dos Potiguar dificultam a adesão do paciente ao tratamento supervisionado da TB, haja visto que muitos optam pela tomada de chás e garrafadas, além daqueles que preferem se curar com rezas e banhos, principalmente os mais idosos. Considerou-se ainda, que o estigma da doença também dificulta a adesão ao TS, em virtude da manifestação alarmante da equipe diante de um caso suspeito, levando o paciente a se expor diante da comunidade e preferir o anonimato previsto pelo serviço de referência, tratando-se de uma questão que perpassa o contexto sócio-cultural dos Potiguar: o despreparo da equipe em abordar esse paciente. **Conclusão:** A valorização das práticas fitoterápicas por esses povos caracteriza-se como um dos obstáculos para a implementação do TS, sendo a falta de capacitação das equipes para as ações de controle da TB em um contexto culturalmente diferenciado, a maior problemática existente no contexto atual do Distrito Sanitário Especial Indígena Potiguar.

Descritores: População indígena; Fitoterapia; Tuberculose

AE0.063 FORTALECIMENTO DO DIAGNÓSTICO LABORATORIAL DA TUBERCULOSE (TB)

MARNEILI PEREIRA MARTINS; MARIA CRISTINA CABRAL DE SÁ; MARACY MARQUES PEREIRA; ANA ALICE PEREIRA BEVILAQUA; ROSSANA COIMBRA BRITO; EDUARDO PAMPLONA BETHLEM; LISIA RAYMUNDO DE FREITAS

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL - RJ - **E-MAIL:** MARNEILI.MARTINS@SAUDE.RJ.GOV.BR

Introdução: O Ministério da Saúde (MS) definiu junto ao Programa de Controle da Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro (PCT-SEDEC/RJ), 32 municípios com indicadores desfavoráveis no controle da tuberculose e prioritários para ações e investimentos. Desde 2004 a parceria de cooperação com a USAID fomentou os debates em torno da estratégia do tratamento supervisionado (TS). Registros mal preenchidos, poucos laboratórios participantes do Controle de Qualidade (CQ), dificuldades na aquisição de insumos e equipamentos nos municípios, baixa qualidade da informação, centralização na realização das culturas, pouco envolvimento dos técnicos com os PCTs, são problemas observados para a intensificação das ações de implementação. **Objetivo:** Monitorar e intensificar as ações da rede de laboratórios de tuberculose dos 32 municípios prioritários, como um dos pilares da estratégia do TS, promovendo a integração dos técnicos em laboratório aos PCT locais. **Metodologia:** O PCT-SEDEC/RJ, o Laboratório Central Noel Nutels (LACENN) e a Coordenação Geral de Laboratórios (CGLAB-MS) elaboraram um Plano de Ação para os 32 municípios prioritários incluindo capacitações, supervisões, confecção de material educativo e investimentos na Rede Laboratorial, além da inclusão de reuniões mensais com técnicos dos 32 municípios. **Resultados:** Desde 2004 foram realizadas: 8 Oficinas Estaduais de Monitoramento do Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose - SILTB; em visitas após a realização das Oficinas revelou o melhor preenchimento dos Livros de Registros, com aumento do envio das informações mensais ocorridas; 08 Cursos permanentes/ano de Baciloscopia no LACENN; 3 Cursos de Diagnóstico da Tuberculose para Técnicos dos Hospitais de Emergência na busca de sintomáticos respiratórios, com promoção de maior conscientização do problema; 45 supervisões locais demonstrando melhora progressiva (física e funcional), elaboração de material educativo para a técnica da baciloscopia, cuidados com o microscópio e coleta de amostras; distribuição de 45 microscópios e 25 computadores propiciando melhora da informação; crescente participação dos técnicos nas reuniões mensais. **Conclusão:** O investimento no setor de laboratório da tuberculose e a manutenção de um canal de comunicação permanente, é estratégia que eleva o compromisso destes profissionais e fundamental para incrementar as ações no diagnóstico da TB. O sucesso desta experiência corrobora a importância das parcerias nacional e internacional na implementação da estratégia do TS.

Descritores: Fortalecimento; Monitoramento; Parcerias

AE0.064 PROGRAMA MÍNIMO PARA CAPACITAÇÃO DE MULTIPLICADORES DA TÉCNICA DE APLICAÇÃO E LEITURA DA PROVA TUBERCULÍNICA (PT)

MARNEILI PEREIRA MARTINS; LISIA RAYMUNDO DE FREITAS; EDUARDO PAMPLONA BETHLEM; LIA LEYLA AMARAL MENEZES; JOSÉ UÉLERES BRAGA

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL - RJ - **E-MAIL:** MARNEILI.MARTINS@SAUDE.RJ.GOV.BR

Introdução: Muitos fatores interferem no pequeno número de profissionais habilitados nas corretas técnicas de aplicação e leitura da prova tuberculínica (PT) no Brasil, sendo a alta rotatividade dos profissionais das Secretarias estaduais e municipais de Saúde uma das principais. A tuberculose (Tb) é importante causa de óbito nos pacientes com aids. A utilização de quimioprofilaxia é arma eficaz contra o desenvolvimento desta enfermidade em imunodeprimidos. O correto diagnóstico de tuberculose infecção nestes enfermos exige uma adequada leitura da prova tuberculínica. Assim sendo, o cumprimento desta padronização, existente desde a década de 60 no Brasil, é de fundamental importância. Para tanto, é necessário um número mínimo pré-estabelecido, pela OMS, de aplicações e leituras da PT, para a adequada habilitação de enfermeiros responsáveis pela multiplicação das técnicas em várias regiões do país. **Objetivo:** Padronizar e ampliar a habilitação de enfermeiros com consequente projeto de multiplicação das técnicas. **Métodos:** O programa deve ter 40 horas de teoria e prática (demonstração prática, aplicação e leitura das PT e avaliação) com 1 instrutor para no máximo 4 técnicos, 80 a 100 aplicações e 100 leituras de PPD por técnico a ser habilitado. O candidato a multiplicador deve demonstrar interesse, disponibilidade e compromisso para desenvolver projeto de multiplicação em seu município/unidade. A aferição das leituras será avaliada por leituras abertas, leituras duplas cegas com enfermeiro de referência e duplas cegas com o próprio candidato. Deve-se observar o percentual de correlação entre o leitor de referência e os técnicos habilitados. Será considerado habilitado o técnico que atingir um mínimo de concordância de 80%, de acordo com os objetivos da capacitação, pois para projetos de pesquisa e para rotina de Programas de Controle de Tuberculose, os percentuais são diferenciados. A avaliação também se verifica por meio de registros, gráficos de correlação e tabelas. Recomenda-se a reafirmação dos técnicos (níveis local, estadual e nacional), de dois em dois anos, com a finalidade de manter o padrão. **Resultados:** Este modelo de capacitação tem sido aplicado nos estados do Brasil, nos últimos 20 anos em parceria entre o PNCT, SES e CRPHF/MS. A correlação das leituras de cada enfermeiro e leitor de referência tem indicado a existência de um bom nível de concordância, variando de 81% a 93%. **Conclusões:** Esta estratégia mostra-se adequada à situação de profissionais que trabalham nos serviços de saúde, sendo imperiosa sua inclusão nas atividades de vigilância epidemiológica da tuberculose.

Descritores: Padronizar; Habilitar; Multiplicar

AE0.065 MODELO DE CAPACITAÇÃO PARA ENFERMEIROS NA DETERMINAÇÃO DO NÍVEL DE INFECÇÃO PELO M.TUBERCULOSIS EM POPULAÇÃO INSTITUCIONALIZADA

MARNEILI PEREIRA MARTINS; LIA LEYLA AMARAL MENEZES; JOSÉ UÉLERES BRAGA; LISIA RAYMUNDO DE FREITAS

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL - RJ - **E-MAIL:** MARNEILI.MARTINS@SAUDE.RJ.GOV.BR

Introdução: A tuberculose (TB) está distribuída mundialmente de forma endêmica, mas ocorre predominantemente nos países sub-desenvolvidos. Ela é mais freqüente nas cidades, nos bolsões de pobreza onde se propaga mais intensamente. Seus determinantes incluem má alimentação, baixa imunidade e grande aglomeração em locais fechados. Exemplos de ambientes de risco para a transmissão do bacilo da tuberculose são os hospitais gerais, os hospitais

psiquiátricos, os albergues, as prisões, os asilos e as casas de repouso. **Objetivo:** Avaliar o modelo de capacitação de enfermeiros nas ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) preconizadas para populações institucionalizadas, com ênfase na determinação do nível de infecção pelo *M. tuberculosis*. **Metodologia:** Trata-se de um inquérito observacional descritivo com coleta prospectiva de dados. Promoveu-se a capacitação de cinco enfermeiros na aplicação e leitura da prova tuberculínica (PT). Foram aplicadas PT em 395 indivíduos usuários e funcionários de um Instituto Psiquiátrico localizado na zona oeste do município do Rio de Janeiro. Tais profissionais participaram de leituras abertas e dupla-cegas com enfermeiro e deveriam alcançar pelo menos 80% de concordância com o leitor de referência. Além destes procedimentos, os enfermeiros foram capacitados na identificação de sintomáticos respiratórios (SR). **Resultados:** Os gráficos de correlação das leituras de cada enfermeiro e do leitor de referência indicam a existência de um bom nível de concordância. Os resultados do conjunto de todos profissionais indicaram 88% de concordância. Os resultados individuais variaram de 81% a 93%. **Conclusões:** Este modelo de capacitação é adequado à situação de profissionais que trabalham com populações institucionalizadas. Sugere-se a inclusão desta capacitação nas atividades de vigilância epidemiológica da tuberculose em grupos especiais.

Descritores: Capacitação; Infecção; Institucionalizadas

AE0.066 O VÍNCULO DOENTE/EQUIPE NA ATENÇÃO A TUBERCULOSE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP SOB A ÓTICA DOS DOENTES

MARIA AMÉLIA ZANON PONCE; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; ANA PAULA VECHI; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; CLAUDIA ELI GAZETTA; ANNELIESE DOMINGUES WYSOCKI; NATÁLIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. **EMAIL:** AMELINHA@USP.BR

Introdução: O vínculo representa uma das dimensões essenciais para o efetivo desempenho da Atenção Básica (AB) e se fortalece quando o doente e profissional da saúde mantêm uma relação pessoal e duradoura. **Objetivo:** Avaliar o vínculo entre o doente e a equipe de saúde nos serviços de atenção à Tuberculose (TB) em São José do Rio Preto sob a ótica do doente. **Metodologia:** Aplicou-se a 108 doentes de TB um instrumento por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino-Netto (2007), o qual continha 10 questões específicas sobre o vínculo. **Resultados:** Houve predominância do sexo masculino (65,7%), 87% referiram que sempre são atendidos pelo mesmo profissional, 95,3%, que sempre conseguem falar com o mesmo profissional de saúde que o atende se tiver alguma dúvida, 81,5% que sempre conversam com o profissional sobre outros problemas de saúde durante a consulta. 92,5% dos doentes afirmaram sempre conseguirem falar sobre dúvidas e preocupações e que o profissional entende suas perguntas e as responde de maneira clara. 99% relataram que o profissional sempre anota as queixas no prontuário, 95,4% que o profissional sempre explica sobre os medicamentos utilizados no tratamento da TB e 89,9% afirmaram que o profissional sempre pergunta sobre outros medicamentos que estão sendo utilizados. O auxiliar de enfermagem foi o mais citado como profissional procurado quando os pacientes necessitam de algum auxílio (36,1%). A equipe de saúde foi avaliada como muito boa por 65,7% dos doentes. **Conclusão:** Evidenciou-se desempenho favorável dos serviços de AB em relação aos indicadores de vínculo entre doentes e equipe, na percepção do doente de TB. O fato do auxiliar de enfermagem ter sido mais procurado pode estar relacionado por esse ser o profissional o responsável pelas visitas domiciliares e manter o maior contato com o doente. Os resultados evidenciam ainda indicadores favoráveis no contexto da continuidade e integralidade da atenção ao doente de TB.

Descritores: Tuberculose; Vínculo; Atenção básica

AE0.067 CONSULTAS DE CONTROLE PÓS-ALTA MEDICAMENTOSA EM PACIENTES TRATADOS PARA TUBERCULOSE PULMONAR NO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE HOSPITALAR DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO TERCIÁRIO, REFERÊNCIA PARA AIDS, NO PERÍODO DE 1998 À 2003. DADOS PRELIMINARES

JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; ANTONIO RUFFINO-NETO; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; MARIA AMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ - RJ. **EMAIL:** JANAINALEUNG@HUCFF.UFRJ.BR

Introdução: A recidiva de tuberculose TB em pacientes (pacs) que receberam alta medicamentosa ocorre em 2 a 4% dos casos não obstante terapêutica apropriada. O Programa de Controle da Tuberculose Hospitalar (PCTH), de caráter multidisciplinar do Instituto de Doenças de Tórax/Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (IDT/HUCFF), referência para HIV, atende pacs com TB e co-morbidades inclusive que deprimem a imunidade. Temos como estratégia, consultas de controle (CC) pós-alta medicamentosa aos 6, 12, 18, 24 meses e eventualmente 3 meses para identificar precocemente recidivas e reduzir a transmissão hospitalar da TB. **Objetivo:** avaliar a efetividade da estratégia de consultas de controle de rotina na detecção de novos casos. Descrever as características dos pacs segundo o retorno às consultas. **Método:** estudo descritivo, levantamento retrospectivo de dados de formulário padronizado e prontuário de 546 pac que trataram TB pulmonar no PCTH de 1998 a 2003. **Resultados:** Analisamos 204 prontuários, e destes, excluiu-se 63 pacs por não completarem o tratamento. Dos 141 incluídos, 79(56%) não retornaram a nenhuma das CC agendadas. A idade média de 24 anos, 49(62%) homens e 30 (38%) mulheres e 73(92%) pacs eram virgens de tratamento (VT) para TB. Cinquenta e quatro dos 79(68%) pacs com co-morbidades, e 22/54(40%) com HIV+. Quarenta e nove (90%) dos que possuíam alguma co-morbidade eram acompanhados em outras clínicas do hospital. Naqueles pacs com dados sociais descritos, observou-se renda acima de 2 salários 22/43(51%) e escolaridade inferior ao 1º grau em 43/53(43%). Nos 62 pacs (44%) que compareceram no mínimo a uma das CC agendadas, identificamos uma idade média de 27 anos, 32(51%) homens e 30(48%) mulheres, além de 56 (90%) pacs VT para TB. Co-morbidades 46/62(74%) 8 destes (17%) com HIV+. Quarenta-dois (91%) com tratamento regular em outras clínicas deste hospital. Aspectos sociais, 15/25(60%) apresentavam renda acima de 2 salários, e 20/48(41%) escolaridade inferior ao 1º grau. Identificou-se 27/62 pacs (44%) retornaram apenas no 6º mês pós-tratamento; 12(20%) no 12º mês; 3(4%) no 24º mês; 7(11%) compareceram no 3º e 18º mês e 9(14%) dos pacs completaram o protocolo. Os 4 pacs restantes (7%) compareceram por demanda espontânea fora das consultas. Três (4,8%) pacs dos 62 que retornaram a alguma consulta apresentaram recidiva de TB identificadas no 3º, 5º e 10º mês. **Conclusão:** A análise preliminar evidencia a concentração de atendimento pós-tratamento de TB no 6º e 12º mês, período com maior ocorrência de recidivas, conforme American Thoracic Society. A recidiva nos pacs que retornaram ocorreu dentro do valor e tempo esperado, mas não foi identificada nas CC. A conclusão da análise de toda a

amostra, inclusive com informação de recidiva nos que não comparecem as CC deverá concluir sobre a efetividade desta estratégia. A renda tendeu ser maior naqueles que retornavam as CC. Os pacientes com HIV + tenderam a não retornar as CC (p<0,001).

Descritores: Controle; Recidiva; Tuberculose

AE0.068 MORTALIDADE POR TUBERCULOSE EM FORTALEZA DE 1999 A 2007 MONICA CARDOSO FACANHA; ALCEMARIA CIARLINI PINHEIRO; HELOISA ESTEVES GURGEL DO AMARAL; JOSÉ RUBENS COSTA LIMA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - CE. **EMAIL:** MFACANHA@YAHOO.COM

Introdução: A desigualdade social, o advento da síndrome da imunodeficiência adquirida, o envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios têm sido responsabilizados pela expansão da tuberculose no final do século passado. Sem tratamento, 60% a 70% dos pacientes com baciloscopia do escarro positiva, sem infecção pelo vírus da imunodeficiência humana, evoluem para o óbito. A elevação no coeficiente de mortalidade e na taxa de letalidade pode ser indicadores indiretos do retardo no diagnóstico. **Objetivo:** Este estudo tem como objetivo descrever a evolução da mortalidade específica por tuberculose, ao longo do período de 1999 a 2007, e sua distribuição entre os relação (retirar) os sexos e a faixa etária, em Fortaleza. **Métodos:** Revisão dos óbitos registrados no Sistema de Informação em Mortalidade - SIM de Fortaleza nos anos de 1999 a 2007. Cálculo de mortalidade, distribuição por sexo, faixa etária e local ocorrência. A população do ano 2000 foi tomada como referência para a padronização da mortalidade. **Resultados:** Evoluíram para o óbito 726 indivíduos dos quais 476 (66%) são do sexo masculino e 249 (34%) do feminino. A mortalidade padronizada específica em 2007 foi de 4,72 por cem mil habitantes (101 óbitos), que foi o máximo de uma tendência crescente a partir de 2003, quando ocorreram 48 óbitos com mortalidade de 2,24, sendo de 4, 96 no sexo masculino e de 2,75 no feminino. A faixa etária mais atingida foi a de 40 a 49 anos (142 óbitos, 19,6%). A mortalidade apresentou tendência crescente ao longo das faixas etárias ($y = 28,754x - 66,087$). Os idosos apresentaram o maior risco de morrer: naqueles com 80 anos ou mais a mortalidade chegou a 253,9 por cem mil habitantes. O mês em que mais ocorreram óbitos foi maio (84 óbitos, 12%), que é o mês de maior incidência de doenças respiratórias agudas. O número de óbitos hospitalares variou de 39 em 2003 a 72 em 1999, sendo que em 2004 foram 62 em 2005 foram 59 e em 2007 foram 60. O aumento no número de óbitos deveu-se à cerca de 20% dos óbitos que aconteceram no domicílio (158) em que o diagnóstico foi definido pelo Serviço de Verificação de óbitos - SVO: 54 (8 no ano de 2005, 23 em 2006 e 23 em 2007), o que pode ter contribuído para o aumento no número de óbitos em relação aos anos anteriores. **Conclusão:** Houve aumento na mortalidade por tuberculose nos últimos anos em Fortaleza, provavelmente pela melhora do diagnóstico proporcionada pelo SVO, o que revela que a mortalidade é maior do que se registrava anteriormente, por falta de diagnóstico adequado após o óbito e precoce o suficiente administrar o tratamento que poderia evitá-lo.

Descritores: Tuberculose; Mortalidade; Necropsia

AE0.069 EVOLUÇÃO DA TUBERCULOSE ANTES E DEPOIS DA INTRODUÇÃO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE REFERÊNCIA PARA O TRATAMENTO

MONICA CARDOSO FACANHA; ARGINA MARIA BANDEIRA GONDIM

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - CE. **EMAIL:** MFACANHA@YAHOO.COM

Objetivo: Fortaleza é um município prioritário para o controle da tuberculose no Estado do Ceará. O Centro de Saúde Carlos Ribeiro - CSCR é uma referência para o tratamento de tuberculose desde 1957. Em 2000 foi introduzido o tratamento supervisionado, com o paciente comparecendo 3 vezes por semana ao CSCR. Esse estudo visa avaliar a evolução da tuberculose antes e depois da introdução do tratamento supervisionado em uma unidade de saúde de referência para o tratamento. **Métodos:** Trata-se de estudo descritivo de dados secundários em foram selecionados dois anos, o primeiro na fase anterior à do tratamento supervisionado (1996) e um posterior (2006). Foram revistos os livros de registros dos dois anos e comparados os pacientes, por sexo resultado da baciloscopia, cultura, radiografia do tórax, sorologia para HIV, forma clínica e tipo de saída do programa. Os dados foram digitados em planilha eletrônica e apresentados em gráficos e tabelas. **Resultados:** Em 1996 o CSCR acompanhou 148 pacientes, 86 (58,1%) do sexo masculino e 62 (41,9%) do feminino. A baciloscopia foi positiva em 102 (68,9%), negativa em 33 (22,3%) e não foi realizada em 13 (8,8%) pacientes. Cultura deixou de ser realizada em 144 (97,3%), sendo positiva em 2 e negativa em 1 paciente. A radiografia de tórax apresentou alterações consideradas sugestivas de tuberculose em 130 (87,8%) e não foi realizada em 18 (12,2%). A forma clínica foi pulmonar em 134 (90,5%) e extra-pulmonar em 14 (9,5%), sendo 7 pleurais, 3 renais, 2 ganglionares e 1 óssea e 1 de outra localização. A saída do programa de tratamento se deu por cura em 111 (75%), abandono em 28 (18,5%), óbito em 2 (1,4%) e transferência em 7 (4,7%). Nenhum dos pacientes fez exame anti-HIV. Em 2006, foram acompanhados 127 pacientes, 82 (64,6%) homens e 45 (35,4%) mulheres. A baciloscopia foi positiva em 89 (70,1%), negativa em 27 (21,3%) e não foi realizada em 11 (8,7%) pacientes. Cultura deixou de ser realizada em 112 (88,2%), sendo positiva em 12 e negativa em 3 pacientes. A radiografia de tórax compatíveis com tuberculose em 96 (75,6%), foi normal em 3 (2,4%) e não foi realizada em 28 (22%). A forma pulmonar foi diagnosticada em 86 (87,4%) e extra-pulmonar em 16 (12,6%), sendo 9 pleurais, 2 ganglionares e 1 miliar e 2 de outra localização. Receberam alta por cura em 111 (87,4%), abandono em 32 (25,2%), óbito em 2 (1,6%) e transferência em 4 (3,1%) e falência em 3 (2,4%). O teste anti-HIV não foi realizada em 100 (78,7%), foi positivo em 5 (3,9%) e negativo em 22 (17,3%). **Conclusão:** Houve discreta redução no número de casos, possivelmente devida à descentralização do atendimento para outras unidades de saúde, e piora na proporção de abandonos, provavelmente por irregularidade na infra-estrutura necessária para manter a adesão dos pacientes.

Descritores: Tuberculose; Tratamento; DOTS

AE0.070 A ESTRATÉGIA DOTS CONTRIBUI NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE E HIV SOB O USO DE ANTI-RETROVIRAL? ESTUDO OPERACIONAL EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE REFERÊNCIA PARA HIV COM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRATAMENTO NO PERÍODO DE 2006 A 2008

ROBERTA MARQUES AGUIAR; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; MARIA CATARINA SALVADOR DA MOTTA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ - RJ. **EMAIL:** ROBERTAAGUIAR@HUCFF.UFRJ.BR

Introdução: A elevação das taxas de co-infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e bacilo da tuberculose (TB) determina desafios que impedem a redução da incidência de ambas as infecções, os quais têm sido bem documentados ao longo dos últimos anos. O aumento da prevalência global do HIV teve sérias implicações para os programas de controle da TB, particularmente em países com alta prevalência dessa doença. O HIV não só tem contribuído para um crescente número de casos de TB como também tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os pacientes co-infectados. Desta forma, a realização deste trabalho tem como foco principal conhecer se há contribuição do programa de tuberculose no tratamento da tuberculose, especificamente pacientes com TB/HIV sob estratégia DOT. **Objetivo:** Analisar se estratégia DOT utilizada no tratamento para tuberculose contribui para adesão dos pacientes ao anti-retroviral no tratamento do HIV. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa que utilizará como estratégia para coleta de dados duas técnicas: a utilização de um instrumento para busca dos dados no prontuário e entrevista para pacientes submetidos ao tratamento de tuberculose sob estratégia DOT, com HIV positivo, sob uso de anti-retroviral durante o tratamento de tuberculose no PCTH/IDT/HUCFF/UFRJ. O estudo terá a duração de 10 meses. Ainda não possuímos os resultados e conclusões do estudo, mas esperamos ratificar a estratégia DOTs como método eficaz ao combate à TB, sendo também um possível aliado no tratamento dos pacientes em uso de ARV, assim como propor melhorias baseando-se não só na visão do profissional mas também do paciente com TB

Descritores: Tuberculose; HIV; DOT

AE0.071 ESTRESSE OXIDATIVO, ANTIOXIDANTES E RESPOSTA INFLAMATÓRIA EM PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR ATENDIDOS EM HOSPITAIS DE REFERÊNCIA NO RIO DE JANEIRO

HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA; ELIENE DENITES DUARTE MESQUITA; MARTA MARIA OLIVEIRA; RAILA EMMEL MONTEIRO; DANIELA MARIA DE PAULA RAMALHO; KARINA NEVES DELOGO; FERNANDO CARLOS VETROMILIE RIBEIRO; LICIENE TELLES BASTOS; JULIANNE RIFAM DE ALMEIDA; ANTONIO CLAUDIO GOULART DUARTE; ANTONIO RUFFINO-NETO; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ - RJ. EMAIL: RAILAEMMEL@YAHOO.COM.BR

Introdução: Após a infecção por *Mycobacterium tuberculosis* o hospedeiro humano inicia uma série de reações que culminam com o desenvolvimento da resposta imune adaptativa com participação de citocinas e mediadores inflamatórios. Na inflamação, ocorre a síntese de proteínas de fase aguda como a proteína C reativa (PCR). O monitoramento da PCR pode auxiliar na avaliação do processo inflamatório assim como na evolução clínica e resposta terapêutica. **Objetivo:** Avaliar a relação da PCR com carotenóides, albumina, estresse oxidativo e parâmetros nutricionais antropométricos em pacientes com tuberculose (TB) internados em dois hospitais de referência no Rio de Janeiro. **Métodos:** A coleta de dados foi realizada em pacientes com prega cutânea tricipital (PCT) e circunferência muscular do braço (CMB) com percentil < 5, de acordo com Frisancho, 1981, indicando desnutrição grave. O período de estudo foi de março de 2007 a abril de 2008. Foram avaliados g/dL, PCR (ponto dos níveis séricos de carotenóides (ponto de corte: 40 de corte: 0,3mg/dL) para investigação de resposta de fase aguda, peroxidação lipídica por meio da dosagem das substâncias reativas ao ácido tiobarbitúrico (TBARS), e albumina (ponto de corte: 3,5 g/dl). Utilizou-se o teste de Spearman para avaliar correlação e o nível de significância adotado foi o valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram avaliados 23 pacientes após um mês do início da terapia anti-TB com 10,8 anos, dos quais 78% eram do sexo média de idade de 39,43 + 2,23 cm, PCT=5,84 masculino. Foram calculadas as médias de CMB=19,8 + 0,76 + 4,24 mg/dl, TBARS= 1,72 + 0,45 g/dl, PCR=4,58+2,07mm, albumina =3,9 g/dL. A PCR correlacionou-se 93,22nmol/L e carotenóides =92,43 positivamente com TBARS ($r=0,38; p<0,05$), negativamente com a albumina ($r=-0,5; p=0,003$) e carotenóides ($r=-0,50; p=0,007$). Houve uma tendência de correlação ente PCR e CMB ($r=-0,3; p=0,08$), porém esta não foi encontrada quando associada a PCT. **Conclusão:** Podemos observar que estes pacientes apresentaram níveis de PCR elevados caracterizando a resposta inflamatória. Níveis plasmáticos elevados de TBARS se mostraram presentes no estudo pela geração de radicais livres possivelmente pelo combate a micobactéria, tratamento farmacológico e infecção. Os altos níveis de PCR se correlacionaram negativamente com carotenóides, demonstrando possível redução da capacidade antioxidante pelo aumento da inflamação. Apesar da hipalbuminemia não estar presente, houve correlação negativa entre albumina e PCR, demonstrando que possivelmente à medida que o quadro de fase aguda se reverte (diminuição da PCR), a síntese desta proteína passa a ser priorizada pelo fígado, levando a um aumento dos níveis séricos.

Descritores: Estresse oxidativo; Tuberculose; Resposta inflamatória

AE0.072 FATORES RELACIONADOS AO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM UM DISTRITO SANITÁRIO DE JOÃO PESSOA - PB (2006)

KÁREN MENDES JORGE SOUZA; LENILDE DUARTE DE SÁ; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; MARIA DAS GRAÇAS NUNES; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; PEDRO FREDERIR PALHA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB - PB. EMAIL: KAREN.MJS@HOTMAIL.COM

Introdução: O processo de incorporação das ações de controle da tuberculose à Atenção Básica no município de João Pessoa - PB, prioritário para o combate a tuberculose no estado, ocorreu articulado à expansão da Estratégia Saúde da Família no ano de 2001. Desde então, tem-se reforçado a importância do compromisso das equipes de saúde da família como instrumento para potencializar a adesão terapêutica dos doentes de tuberculose, principalmente ao tratamento diretamente observado. Mesmo assim, tem-se observado o problema da não finalização do tratamento. Em 2005, sete usuários, acompanhados por essas equipes, abandonaram o tratamento da tuberculose no referido município, sendo quatro desses casos pertencentes ao Distrito Sanitário IV. **Objetivo:** Analisar fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose por usuários assistidos por equipes de saúde da família, no Distrito Sanitário IV, da cidade de João Pessoa (PB). **Métodos:** Pesquisa qualitativa realizada durante os meses de setembro e outubro de 2006. Os dados foram coletados segundo o método da História Oral, tendo sido utilizado um gravador portátil no momento da entrevista. Os dados foram analisados conforme a técnica da análise de conteúdo, modalidade temática. Participaram do estudo quatro usuários com história de abandono do tratamento da tuberculose. **Resultados:** Foram constatados os seguintes fatores associados ao abandono do tratamento: a falta de informação ao paciente sobre a tuberculose; o estigma; a crença da obtenção de cura através da fé; problemas sócio-econômicos; a intolerância medicamentosa; a regressão dos sintomas no início da terapêutica, despertando a

ilusão da cura antecipada; a grande quantidade de comprimidos para ingerir e a falta de acompanhamento regular do doente pelo agente comunitário de saúde. **Conclusão:** Os resultados desta pesquisa apontam para a diversidade e complexidade dos fatores relacionados ao abandono do tratamento da tuberculose. Percebe-se que a obtenção do sucesso terapêutico vai além da eficácia farmacológica, existindo dificuldades relacionadas ao paciente, ao tratamento empregado e à operacionalização da assistência de saúde. O acompanhamento dos doentes de tuberculose pelas equipes de saúde da família deve estar fundamentado no resgate da singularidade na assistência, no qual o profissional de saúde realiza escuta solidária, identificando as necessidades manifestadas pelo doente, e com ele definindo as melhores estratégias de resolução, através de um processo de co-responsabilização e do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Descritores: Tuberculose; Recusa do paciente ao tratamento; Programa saúde da família

AE0.073 ANÁLISE DA QUALIDADE DE DADOS DO SINAN-TB NO ESTADO DA PARAIBA A PARTIR DOS INDICADORES DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA DA TUBERCULOSE

UTHANIA MELLO FRANÇA; MAURICÉLIA MARIA MELO HOLMES; SANDRA APARECIDA ALMEIDA; EMÍLIA RODAT BURITI COSTA; JOSEFA ANGELA PONTES AQUINO; GILSON VASCONCELOS TORRES

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB - PB. EMAIL: UTHANIA@GMAIL.COM

Introdução: O Programa Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT Está subordinado a uma política de programação das ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos. Entre essas ações, estão a alimentação e análise das bases de dados que representa ferramenta indispensável à vigilância epidemiológica para o processo de informação, decisão planejamento e ação de prevenção e controle desse agravo. **Objetivo:** Analisar a qualidade de dados da Ficha de Notificação/Investigação e Boletim de Acompanhamento no Sinan/TB no estado da Paraíba no ano 2006. **Métodos:** Estudo descritivo de dados secundários, com abordagem quantitativa. Foi realizado na Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba-SES-PB. O instrumento foi baseado nos indicadores para avaliação, planejamento e reorientação de ações de vigilância preconizados pelo MS-2002. Os dados foram extraídos do SINAN-TB, do arquivo Itube.dbf 2006 através do Tabwin e exportados para planilhas Excel. Comparou-se as variáveis da Ficha de Notificação/Investigação da tuberculose e do Boletim de Acompanhamento e realizou-se cálculos dos indicadores a partir da matriz de programação da procura de casos pelo método baseado no número de sintomáticos respiratórios estimados do Professor Germano Gerhardt, tendo como parâmetro de avaliação os preconizados pelo PNCT. **Resultados:** Identificou-se falhas nos registros com destaque para os que se referem à: co-infecção TB/Aids; encerramento de casos com 47% sem informação, bem como a adoção indevida do esquema I para casos de Reingressos e Recidivas e esquema IR para casos novos. As maiores inconsistências dos dados ocorrem no indicador 12 - Percentual de casos associados a HIV/Aids nas Gerências Regionais de Saúde (GRS) 1 e 9 demonstradas nos registros dessa co-infecção em 41 casos e 1 caso respectivamente. Quando se compara esses números com o número de casos que realizaram o teste anti-HIV, observa-se que dos 41 da GRS 1, apenas 34 foram comprovados e da GRS 9 o único caso existente não realizou o referido teste; no indicador 7 - Percentual de Tuberculose pulmonar com baciloscoopia positiva curados comprovados e não comprovados que as GRS 3 e 12 pelo sistema com BK+, tiveram alta e estão disseminando a TB. **Conclusão:** Existem inconsistências no registro dos dados para gerar informações que podem interferir nos indicadores operacionais e epidemiológicos para o controle do agravo, havendo uma necessidade imperiosa de melhorar a qualidade dos dados no Sinan/TB/PB. Recomenda-se uma efetiva atuação de monitoramento, avaliação das ações do Programa de Controle da Tuberculose, com destaque para o sistema de informação, o que pode provocar um importante salto na qualidade dos dados, consequentemente na influência dos indicadores para acompanhamento oportuno da situação operacional e epidemiológica da tuberculose.

Descritores: Tuberculose; Sistema de Informação; Vigilância epidemiológica

AE0.074 TUBERCULOSE EM UNIDADE PRISIONAIS : AÇÕES DE CONTROLE SOB A ÓPTICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

UTHANIA MELLO FRANÇA; RAQUEL ALVES ARAÚJO; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; MARIA CLEMILDE MOUTA SOUSA; ANA CRISTINA OLIVEIRA E SILVA; SANDRA APARECIDA ALMEIDA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB - PB. EMAIL: UTHANIA@GMAIL.COM

Introdução: O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário preconiza a inclusão da população penitenciária no Sistema Único de Saúde e tem como objetivo garantir a essa população o acesso integral às ações de saúde. O profissional de saúde que atua nesse sistema, se depara com os múltiplos obstáculos no controle da tuberculose, num contexto onde a preocupação com a segurança e sobrevivência é prioritária em detrimento da saúde. **Objetivo:** Analisar as ações de controle da tuberculose desenvolvidas num complexo penitenciário. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada num complexo penitenciário do município de João Pessoa-PB. Envolveu duas unidades, selecionadas por concentrar uma grande população carcerária em regime fechado e possuir um hospital integrado onde são assistidos os apenados acometidos por tuberculose e outras patologias. Para tal, utilizou-se entrevista semi-estruturada com cinco profissionais de saúde. A análise dos dados deu-se através da análise de conteúdo modalidade temática organizada num processo de categorização. **Resultados:** O quadro é constituído de quatro técnicos e um auxiliar de enfermagem, sendo um por turno. Nenhum dos profissionais recebeu qualquer treinamento/capacitação para atuar no controle da tuberculose. Existem 7 pacientes com tuberculose pulmonar em tratamento, 5 do sexo masculino e 2 feminino. Um dos pacientes masculinos apresenta co-infecção TB/AIDS. O tratamento é controlado através de anotações em cartões individuais, não existindo, pois, um livro de registro geral que possibilitaria o monitoramento e evolução desses pacientes. Quanto às ações desenvolvidas, os relatos conduziram as seguintes categorias temáticas: 1) Diagnóstico realizado exclusivamente quando há queixa clínica relatada pelo presidiário afetado ou companheiro de cela; 2) Não há realização da busca ativa dos Sintomáticos Respiratórios; 3) O tratamento é liberado pelo Hospital de Referência e a tomada é de inteira responsabilidade do presidiário; 4) Não se realiza o controle dos comunicantes; 5) Não há estrutura física e de recursos humanos para um controle eficaz da tuberculose; 6) O desfecho terapêutico alcançado na maioria dos casos, é a cura. As ações são puramente terapêuticas e consistem basicamente no transporte do doente até o Centro de Referência e na entrega dos medicamentos, negligenciando a universalidade do acesso às ações de saúde, equidade e integralidade preconizadas pelos princípios e diretrizes do SUS. **Conclusão:** Os profissionais de saúde das unidades estudadas,

de um modo geral, não têm a percepção da magnitude do problema. Realidade que deve ser extensiva às demais unidades do sistema prisional brasileiro devido a inexistência efetiva, na maioria dos Estados, de programas de controle específicos e ações de vigilância epidemiológica da TB na população carcerária. Necessário se faz, estratégias adaptadas às especificidades epidemiológicas, psicossociais e culturais peculiares a essa clientela, que envolva profissionais, familiares, instituições aliados a uma reestruturação dos serviços de saúde das instituições penitenciárias.

Descritores: Tuberculose; Instituições penais; Assistência integral à saúde

AE0.075 TUBERCULOSE PULMONAR EM INSTITUIÇÕES PRISIONAIS: VIVÊNCIA DE DETENTOS ACOMETIDOS

UTHANIA MELLO FRANÇA; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; ANA CRISTINA OLIVEIRA E SILVA; ESTELA RODRIGUES PAIVA ALVES; LAYANE NAYARA BARROS; MAURICÉLIA MARIA MELO HOLMES
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB - PB. EMAIL: UTHANIA@GMAIL.COM

Introdução: O sistema penitenciário possui condições agravantes e peculiares para disseminação e controle da tuberculose (TB). O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, criado em consonância com os Ministérios da Saúde e da Justiça, contempla a inclusão da população carcerária no Sistema Único de Saúde e preconiza a atenção integral à saúde e o controle dos agravos mais frequentes que a acometem. **Objetivo:** Descrever a vivência de detentos acometidos por tuberculose pulmonar no ambiente prisional. **Métodos:** Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, realizada numa instituição prisional no município de João Pessoa - PB, selecionada por concentrar uma grande população carcerária em regime fechado. Para tal, utilizou-se entrevista semi-estruturada com 17 apenados com diagnóstico de tuberculose pulmonar, desses, 3 encontravam-se internados no Hospital de Referência para TB. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo modalidade temática, organizada num processo de categorização. **Resultados:** A maioria dos apenados eram do sexo masculino; faixa etária de 18 a 39 anos; procedentes de João Pessoa; baixa escolaridade; apresentavam sintomas característicos da TB predominando a tosse, fadiga, náuseas e sudorese. Identificou-se na fala dos participantes as seguintes unidades temáticas e suas respectivas categorias: Unidade Temática I- Percepção do adoecer: Categoria I- Conhecimento da doença através da sintomatologia compatível com a de outros detentos que adoeceram e com sintomatologia informada pela televisão; Unidade Temática II- Ações de controle da TB e os Recursos Humanos : Categoria I- Tempo de adoecimento prolongado e falta de um olhar profissional para os sintomáticos respiratórios; Categoria II- Entrega de medicamentos por profissional sem capacitação específica; Categoria III- Ausência da busca de comunicantes na família e no ambiente prisional durante as visitas. A busca ativa foi negligenciada em todos os casos diagnosticados. Os detentos sentiram-se doentes e suplicaram assistência, sendo a mesma limitada à confirmação diagnóstica no Hospital de Referência e à entrega da medicação, muitas vezes descontinuada pela unidade prisional; Unidade Temática III- Deficiência da estrutura física e organizacional da unidade prisional para o controle da tuberculose: Categoria I- superlotação das celas, ventilação, higiene e alimentação; falta de medicamentos. **Conclusão:** A deficiência da estrutura física e organizacional da unidade, somado aos antecedentes de vida e de saúde dos detentos constituem obstáculos a serem superados para o controle da Tuberculose. Recomenda-se o avanço nas políticas de saúde para população carcerária que assegure à essa clientela específica, a universalização do acesso à saúde com equidade e integralidade da atenção, concretizando os princípios e diretrizes do SUS. Bem como, reflexões e desenvolvimento de práticas para uma mudança efetiva do modelo assistencial de saúde em instituições prisionais.

Descritores: Tuberculose; Instituições penais; Assistência integral à saúde

AE0.076 CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DOS CASOS DE ÓBITO POR TUBERCULOSE EM UNIDADE DE REFERÊNCIA DA PARAIBA DE 2001 A 2005

UTHANIA MELLO FRANÇA; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; SANDRA APARECIDA ALMEIDA; POLIANA MARQUES ESTRELA LIMA; JACIRA SANTOS OLIVEIRA; KÁREN MENDES JORGE SOUZA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB - PB. EMAIL: UTHANIA@GMAIL.COM

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma enfermidade que ocasiona maior número de mortes no mundo. No ano de 2006 ocorreram segundo a OMS em, 9,2 milhões de novos casos e 1,7 milhões de óbitos por TB. No Brasil no mesmo ano foram registrados 94 mil casos novos de TB de todas as formas, com incidência de 50/100.000 habitantes e 7.600 óbitos representando uma taxa de mortalidade de 4,0/100.000 habitantes. **Objetivo:** Analisar os aspectos clínico-epidemiológicos dos casos de óbito por tuberculose ocorrido numa unidade de referência do estado da Paraíba. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa retrospectiva de caráter documental com abordagem quantitativa, que utilizou como fonte de dados às informações do Sistema de Informação de Agravos e Notificação - SINAN situado na Unidade de Referência de doenças infecto-contagiosas da Paraíba. Houve a intenção de realizar a junção dos dados do Sinan e Sistema de Informação de Mortalidade - SIM, entretanto, o segundo não continha informações referentes às variáveis propostas pelo estudo. A amostra foi constituída por 48 casos de óbitos por tuberculose no período de 2001 a 2005. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um formulário contendo as variáveis: forma clínica, realização de baciloscopia, tipo de caso e co-morbidades. A coleta ocorreu por meio de consulta das fichas de informação de notificação e os dados foram analisados utilizando-se a estatística simples e tabulados com respectivos percentuais. **Resultados:** Foi evidenciado que dos 48 casos contidos no Sinan, 35 (72,9%) eram de forma clínica pulmonar com baciloscopia positiva, 6 (12,5%) de forma pulmonar com baciloscopia negativa, 2 (4,2%) com forma mista com baciloscopia negativa e 5 (10,4%) com baciloscopia não realizada; 33 (69%) eram casos novos, 10 (21%) retratamento pós-abandono e 5 (10%) recidivas; 46 (96%) sem infecções associadas e 2 (4%) com história de alcoolismo. **Conclusão:** Constatou-se que na amostra estudada, o óbito iniciou predominantemente em casos novos, sem infecções associadas. Tal fato sugere a dificuldade de acesso ao diagnóstico precoce e tratamento correto, contribuindo ao agravamento da tuberculose e consequentemente ao óbito. Ressalta-se a necessidade de alternativas que melhorem o acesso ao diagnóstico e tratamento da tuberculose favorecendo o controle desse agravo. Bem como, a atualização e aprimoramento dos bancos de dados que permitam uma melhor avaliação das informações e real situação da mortalidade.

Descritores: Tuberculose; Mortalidade; Epidemiologia

AE0.077 PERCEPÇÃO DOS DOENTES SOBRE O DESEMPENHO DA ATENÇÃO BÁSICA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO PRIORITÁRIO DO NOROESTE PAULISTA

CLAUDIA ELI GAZETTA; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; MARIA AMÉLIA ZANON PONCE; BEATRIZ ESTUQUE SCATOLIN; NATÁLIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS; MARIA RITA DE CÁSSIA OLIVEIRA CURY; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP. EMAIL: CLAUDIAGAZETTA@YAHOO.COM.BR

Introdução: A coordenação da Atenção Básica (AB) para o controle da tuberculose (TB) implica na continuidade da assistência, no encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados. **Objetivo:** Avaliar o desempenho da AB no controle da TB, considerando a coordenação como dimensão essencial na percepção do doente em São José do Rio Preto - SP. **Metodologia:** Foram entrevistados 107 doentes de TB, a partir de um questionário com perguntas específicas sobre a Coordenação para o controle da TB, proveniente de um instrumento elaborado por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino Netto (2007). **Resultados:** 92% dos doentes relataram que os profissionais utilizam os prontuários para o atendimento; 86% confirmam a disponibilidade dos resultados de exames na Unidade de Saúde (US). 69% relataram que os profissionais não indicam os lugares de encaminhamento; 71% afirmaram que não retornam a US com informações escritas da consulta encaminhada ao especialista; 51% relataram que o profissional da US não discute sobre os resultados da consulta com o especialista e 53% responderam que os profissionais da US não estão interessados em saber se eles foram bem atendidos pelo especialista. **Conclusão:** Na percepção dos doentes a organização dos serviços da AB no controle da TB no município apresenta indicadores não favoráveis, observam-se falhas na referência e contra-referência, nos levando a inferir que o sistema de saúde está organizado de forma ainda fragmentada, despreparado para atender ao princípio da integralidade, há necessidade de desenvolver a organização do serviço para a plena realização da continuidade da assistência através do encaminhamento e acompanhamento do atendimento em outros serviços especializados.

Descritores: Tuberculose; Atenção básica a saúde; Públicas de saúde

AE0.078 AVALIAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ATENÇÃO BÁSICA NA VISÃO DO DOENTE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP

CLAUDIA ELI GAZETTA; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; MARIA AMÉLIA ZANON PONCE; BEATRIZ ESTUQUE SCATOLIN; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ANA CAROLINA SILVA; ANTONIO RUFFINO-NETO

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP. EMAIL: CLAUDIAGAZETTA@YAHOO.COM.BR

Introdução: Para efetivo controle da Tuberculose (TB), os serviços de saúde devem estar organizados para oferecerem um "elenco de serviços" (ES) que responda as necessidades dos doentes, considerando a complexidade da doença no contexto individual e coletivo. **Objetivo:** Analisar o desempenho dos serviços da Atenção Básica (AB) no controle da TB, em São José do Rio Preto - SP na percepção do doente de TB, em relação ao ES. **Metodologia:** Por meio de um instrumento elaborado por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino Netto (2007). Foram entrevistados 107 doentes de TB, a partir de um questionário com perguntas específicas sobre o ES. **Resultados:** 89% dos entrevistados responderam que são oferecidos potes de escarro para exames no diagnóstico e 72% que são oferecidos potes de escarro para controle mensal. 51% relataram que a prova tuberculínica nunca foi realizada; 84% confirmaram o oferecimento de teste para HIV/aids. 95% referiram que é oferecida a consulta mensal para tratamento da TB. 47% relataram o oferecimento de Tratamento Supervisionado (TS) e apenas 33% afirmaram que são oferecidas visitas domiciliares (VD) durante o tratamento. 92% responderam que não são oferecidas consultas mensais por outros motivos. 51% negaram o oferecimento de vale transporte e 62% afirmaram que são oferecidas cestas básicas. 96% negaram a participação em grupos de TB. 90% referiram receber informações sobre a doença e seu tratamento. **Conclusão:** O desempenho dos serviços da AB para o controle da TB na visão do doente, em relação ao elenco de serviços para as variáveis consulta mensal e oferecimento de potes de escarro mostrou bom resultados. Embora o exame de HIV seja oferecido a todos os doentes de TB e preconizado pelo Programa Nacional Controle da TB (PNCT) (2004) eles podem se recusar a fazer o exame, o que pode justificar esse resultado. A baixa cobertura de TS pode ser atribuída ao fato de alguns serviços ainda não estarem realizando esta ação e os doentes acabam fazendo o tratamento auto administrado. A VD é realizada com menor frequência, mostrando que alguns serviços ainda não estão organizados na lógica da Saúde da Família com falta de recursos humanos, para esta ação. No município não existe grupo de TB nas unidades de saúde o que justifica a resposta negativa dos doentes para esse indicador comprometendo a prevenção da TB.

Descritores: Tuberculose; Atenção básica a saúde; Avaliação de serviços de saúde

AE0.079 ACESSO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP, NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES

CLAUDIA ELI GAZETTA; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; BEATRIZ ESTUQUE SCATOLIN; NATÁLIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; CAMILA DE CARVALHO GAMBIN; MARIA CELESTE DE FREITAS QUINTERO

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP. EMAIL: CLAUDIAGAZETTA@YAHOO.COM.BR

Introdução: O acesso é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção, importante na Atenção Básica (AB) à saúde e essencial para o controle da tuberculose com atendimento acessível e disponível facilitando o diagnóstico e o tratamento desta doença. **Objetivo:** Avaliar o desempenho da AB em relação à dimensão acesso para as ações de controle da TB, na percepção dos gestores da saúde em São José do Rio Preto - SP. **Metodologia:** Utilizou-se um instrumento elaborado por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino Netto (2007). A partir de um questionário com perguntas específicas sobre o acesso ao tratamento de TB, foram entrevistados 15 gestores (gerentes de Unidades Básicas de Saúde e coordenadores/diretores técnicos). **Resultados:** 46% responderam que os usuários não têm dificuldades para se deslocarem até a unidade de saúde (US) quando apresentam sinais/sintomas de TB; 56% afirmaram que os doentes conseguem consulta no prazo de 24 horas quando procuram a US; 33% relataram que

os doentes conseguem obter informações por telefone; 46% responderam que os que apresentam sinais/sintomas de TB conseguem marcar consulta por telefone e 46% afirmaram que os doentes conseguem ser atendidos sem perder o dia de trabalho ou compromisso; 60% confirmaram que às vezes os doentes procuram a US da área adscrita para consulta de TB; 46% afirmaram que os doentes utilizam algum tipo de transporte motorizado e 33% que às vezes gastam dinheiro com transporte para ir à unidade; 60% referiram que os doentes não têm que esperar mais de 60 minutos para serem atendidos; 33% afirmaram que quase sempre os profissionais da US realizam visitas domiciliares aos doentes de TB e 53% responderam que os doentes tratados em uma US pertencem à sua área de abrangência. Conclusão: De acordo com os resultados das respostas obtidas dos gestores em relação ao acesso ao tratamento, observou-se que os indicadores como conseguir consulta médica no prazo de 24 horas e não esperar mais de 60 minutos para consulta demonstrou bom desempenho dos serviços de saúde na AB. A baixa cobertura de doentes tratados em uma US pertencem à sua área de abrangência, mostra a dificuldade ao acesso contrariando a lógica da descentralização que preconiza o atendimento dentro da área de abrangência tendo como a US a porta de entrada para os serviços de saúde. Os doentes que precisam de transporte para ir até a unidade é oferecido passes de ônibus facilitando o acesso ao tratamento. O fato de existir dificuldade para utilizar o serviço telefônico para obter informações e marcar consultas pode estar relacionado à falta de divulgação desse serviço pela unidade ou pela própria cultura de não utilização desse serviço pelo usuário e a falta deste serviço em algumas US.

Descritores: Tuberculose; Acesso aos serviços de saúde; Atenção básica

AE0.080 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE A TRANSMISSÃO DE TUBERCULOSE ENTRE PROFISSIONAIS E ALUNOS EM ATIVIDADE NO HUCFF-UFRJ

MARIA ANJOS SILVA; LEONORA SILVA; ALINE LOPES; PAULO ALBUQUERQUE DA COSTA; AFRANIO LINEU KRITSKI; FERNANDA QUEIROZ MELLO

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ - RJ. EMAIL: BADI@HUCFF.UFRJ.BR

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecto-contagiosa de transmissão aérea. Em países em desenvolvimento, ainda hoje é comum o relato de pessoas que acreditam que a TB é transmitida por meio de beijo e objetos, o que motivou a investigar a opinião de profissionais em atividades em hospital universitário quanto ao conhecimento, atitude e práticas sobre transmissão da TB. **Objetivo:** avaliar o conhecimento, atitudes e práticas de profissionais e alunos sobre a transmissão da TB. **Métodos:** em uma amostragem de conveniência, foram realizadas 569 entrevistas com profissionais e alunos do HUCFF-UFRJ. Realizada por duas entrevistadoras, no período de 05 a 23 de março de 2007, sempre as quartas-feiras, no período da manhã, nas 3 portarias existentes para o acesso de profissionais no hospital. O instrumento para coleta de dados apresentou três questões fechadas sobre a transmissão da TB. As questões de conhecimento consideraram a possibilidade de transmissão da doença pelo ar, suor, sangue, beijo, aperto de mão, objetos ou alimentos. A questão de atitudes e práticas investigou a necessidade de separar ou não objetos. Para análise entendemos como atitude e práticas correta a não separação de objetos do paciente com TB. **Resultados:** Os 569 entrevistados foram divididos por escolaridade (superior, média e fundamental) e por categorias: assistente social/ nutrição/ psicologia (AS), enfermagem (E) e médica (M); administrativos (AD) técnicos laboratório/radiologia (T); zeladoria (Z) e alunos (AL). As diferenças em conhecimento (CO) sobre transmissão, atitude (AT) e prática (PR) em relação à escolaridade foram respectivamente: superior (CO, 78,2%; AT, 49,5%; PR, 57,1%), médio (CO, 55,7%; AT, 32,1%; PR, 46,6%) e na fundamental (CO, 33,3%; AT, 4,5%; PR, 9,0%). Quanto à escolaridade todas as diferenças em CO, AT e PR foram significativas estatisticamente ($p < 0,0001$). Na comparação entre categorias, sempre tendo a médica como padrão, por apresentar maior número de acertos, houve diferença estatística acerca do CO entre elas (M, 97,3%; AS 72,7%; E, 72,4%; AL, 65,3%; AD, 57,7%; T, 51,7%; Z, 36,6% $p < 0,001$). Em relação à AT houve diferença estatística entre todas as categorias (M, 65,3%; E, 49,7%; AL, 45,8%, AS, 36,4%; T, 24,1%; Z, 11,9%; AD, 16,7%; $p < 0,02$). Em relação à PR não houve diferença estatística entre as categorias de M, E, AL e AS (M, 65,8%; AL, 59,7%; E, 59,0%; AS 45,5%; T, 33,3%; AD, 25,0%; Z, 21,6%). O erro mais comum em relação ao CO da transmissão da TB entre pessoas com nível fundamental de educação e as categorias de AS, T, AD e Z foi acreditar que objetos transmitem a doença. O entendimento de que o beijo transmite a doença, esteve presente entre as categorias M, E, AL; além de outros profissionais de nível superior de educação. **Conclusão:** o conhecimento de profissionais e alunos do HUCFF-UFRJ sobre a transmissão da TB em todas as categorias não está em coerência com o que é descrito pela literatura. Foi baixa a ocorrência de atitudes e práticas corretas em relação à TB para todas as categorias. A prática entre aqueles que têm atitude correta deixa transparecer o estigma da TB, independente do nível de instrução (variando de 34,2% entre os médicos até 78,4% nos zeladores, chegando a 91% entre pessoas de nível fundamental). Os dados deste estudo apontam para necessidade de se implementar estratégias de superação do desconhecimento e do preconceito em relação à TB no HUCFF.

Descritores: Conhecimento; Transmissão; Tuberculose

AE0.081 O ENFOQUE FAMILIAR E A INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO AO PORTADOR DE TUBERCULOSE SOB A ÓTICA DO DOENTE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO (2007)

SÔNIA APARECIDA DA CRUZ OLIVEIRA; LÚCIA MARINA SCATENA; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; RÚBIA LAINE DE PAULA ANDRADE; MARIA AMÉLIA ZANON PONCE; ANTONIO RUFFINO-NETO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: SONIAOLIVEIRA@USP.BR

Introdução: No município de São José do Rio Preto, as ações de controle da tuberculose (TB) são realizadas prioritariamente no Ambulatório de Referência, entretanto algumas ações, como o tratamento supervisionado, vêm sendo descentralizadas de forma gradual para os serviços da Atenção Básica (UBS e Saúde da Família) desde 2004. O nível terciário ainda é responsável por quase 60% dos diagnósticos da TB. **Objetivo:** Avaliar o desempenho dos serviços de AB em relação ao enfoque familiar e à integralidade da atenção ao portador de TB em São José do Rio Preto sob a ótica do doente. **Metodologia:** Foram construídos indicadores com base nos instrumentos elaborados por Macinko e Almeida (2006), e adaptado para a Atenção à TB em 2007 por Villa e Ruffino. A partir de um questionário com oito perguntas específicas sobre o enfoque familiar, aplicado a 108 doentes de TB atendidos no município de São José do Rio Preto. Os dados foram armazenados no Software Statistica 8.0 da Statsoft. **Resultados:** 69% referiram ser questionados sobre sintomas respiratórios (SR) entre os

comunicantes; 65% afirmaram questionamentos sobre doença entre os familiares; 63% relataram ser questionados, pelos profissionais de saúde (PS), sobre as condições de vida da família; 60% confirmaram o oferecimento de pote para exame de escarro aos comunicantes; 57% disseram que seus familiares nunca foram orientados quanto a outros problemas de saúde; 48% relataram que os PS conheciam seus familiares; 46% afirmaram que seus familiares foram orientados quanto ao tratamento da TB; 45% responderam que seus familiares receberam informações sobre a TB. **Conclusão:** O estudo demonstrou que as ações programáticas, como o controle de comunicantes, fazem parte da rotina dos serviços, assim como a preocupação com as condições socioeconômicas dos doentes. No diz respeito às ações de orientação ao doente e seus familiares, fica evidente a necessidade de melhora dessas ações associada a uma maior aproximação dos familiares do doente na busca da integralidade do cuidado.

Descritores: Tuberculose; Atenção primária à saúde; Avaliação dos serviços de saúde

AE0.082 ACESSO AO DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DA REGIÃO SUDESTE DO BRASIL NA ÓTICA DOS DOENTES (2006-2007)

MAYRA FERNANDA DE OLIVEIRA; RICARDO ALEXANDRE ARCENCIO; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; LÚCIA MARINA SCATENA; ANTONIO RUFFINO-NETO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: MAYRAFO@EERP.USP.BR

Introdução: No Brasil a taxa de detecção de casos de TB mantém-se baixa, entre 7,5% a 9,5% nos últimos anos (OMS, 2005). Um fator interligado e essencial à detecção de casos é o acesso da população ao diagnóstico da doença. **Objetivo:** Analisar o desempenho do acesso ao diagnóstico nos serviços públicos de saúde em um município de grande porte da região Sudeste do Brasil em 2006-2007. **Métodos:** Trata-se de um estudo quantitativo de avaliação de serviços de saúde. O estudo faz parte do projeto multicêntrico "Avaliação das dimensões organizacionais e de desempenho dos serviços de atenção básica no controle da TB em centros urbanos de diferentes regiões do Brasil" e foi realizado em um município da região Sudeste do Brasil. É um município de grande porte (600 mil habitantes) com sistema de atenção à TB organizado com equipes de Programa de Controle da TB, unidades de saúde tradicionais, algumas com pronto atendimento 24 horas. A população do estudo constituiu-se de 100 doentes de TB diagnosticados no período do estudo. Utilizou-se um instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000), validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino Netto (2007). A análise dos dados foi feita por meio de estatística descritiva através do programa Statistica 8.0 da StatSoft. **Resultados:** 88% dos doentes referiram terem sido atendidos já na primeira vez em que procuraram um serviço de saúde (SS) quando começaram os sintomas da TB, e 12% referiram que tiveram que procurar o serviço de saúde mais de uma vez para serem atendidos. 89% dos doentes foram atendidos em até 24 horas após terem procurado o serviço de saúde. 75% dos entrevistados tinham que utilizar transporte motorizado para ir ao serviço de saúde e 45% tinha que pagar por esse transporte, o que pode dificultar que eles retornem para realização de exames diagnósticos. 38% dos doentes disseram ter procurado por serviços de saúde mais distantes de seu domicílio. **Conclusão:** Observou-se que a maioria dos doentes teve rápido acesso ao serviço de saúde quando iniciaram os sintomas da TB, porém não há como afirmar sobre a resolutividade dos atendimentos. Alguns fatores podem influenciar no acesso ao diagnóstico da tuberculose sendo um deles o fato de a maior parte dos doentes terem que utilizar transporte motorizado e grande parte ter que pagar por isso. O pronto-atendimento 24 horas, no período noturno, foi um local de acesso bastante utilizado pelos doentes, e que precisa ser considerado na organização da atenção à tuberculose.

Descritores: Tuberculose; Diagnóstico; Acessibilidade aos serviços de saúde

AE0.083 A REORGANIZAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ COM A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS

FERNANDA MENEZES ALVARENGA; WILSA MARY SOUSA BARRETO; CARLA APARECIDA DA SILVA

INSTITUIÇÃO: SMS DE ITAGUAÍ - RJ. EMAIL: NANDATONY@HOTMAIL.COM

Introdução: O município de Itaguaí está localizado na região metropolitana I do estado do Rio de Janeiro e ocupa área geográfica de 281,3 Km² e população estimada de 97.834 habitantes para o ano de 2007 (Fonte: IBGE). O município vem priorizando a tuberculose, através de adoção de estratégias como o DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), cujas principais metas são atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos. Esta estratégia vem sendo recomendada pelo Ministério da Saúde e é constituída por cinco pilares: Detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; Tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; Fornecimento regular de drogas tuberculostáticas; Sistema de registro de informação que assegurem a avaliação da informação; Compromisso político do gestor colocando a tuberculose como prioridade. **Objetivo:** Descrever a reorganização e a operacionalização do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) no município de Itaguaí para a implantação da estratégia DOTS. **Resultados:** As ações de reestruturação do programa foram fundamentais para implantação da estratégia DOTS. Considerando que as ações de controle da tuberculose eram centralizadas. O programa e o laboratório não tinham condições estruturais para respaldar a operacionalização desta estratégia. Esta reestruturação constituiu em obras físicas realizadas no laboratório de baciloscopia de acordo com as normas preconizadas; melhoria da biossegurança no PCT; garantia dos insumos solicitados; criação de fluxos e rotinas; liberação de cesta básica mensal a todos os pacientes; garantia de viatura para recolhimento das baciloscopias e busca de faltosos; treinamento de profissionais de saúde de PSF, UBS e lideranças comunitárias; execução de campanhas educativas em tuberculose em locais públicos e em áreas adstritas de PSF; facilitação na liberação de RX para todos os pacientes; encerramento dos casos no SINAN/TB e o controle de estoque e pedido de medicamentos pelo profissional farmacêutico. A descentralização do tratamento supervisionado teve como pioneirismo os PSF do município que apesar de não ter uma cobertura significativa (cerca de 18%),vem servindo de base de apoio para essa descentralização através do envolvimento das seis equipes existentes no município e está sendo respaldado pelas ações acima mencionadas. Atualmente 06 unidades Básicas de Saúde em áreas descobertas de PSF estão sendo preparadas para mais uma etapa da descentralização. Com a implantação desta estratégia foi visível a diminuição significativa do abandono do tratamento e consequentemente o aumento da cura, além da maior integração do paciente com o trabalho da equipe. **Conclusão:** A implantação desta estratégia além de servir para reorganizar o serviço, facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento do doente, traz

responsabilidade do gestor e técnicos no enfrentamento desta doença que ainda é um sério problema de saúde pública em nosso país. Observamos uma melhora na qualidade da assistência prestada e maior adesão ao tratamento, ficando claro que ao longo do desenvolvimento desta estratégia a participação no coletivo com equipe multidisciplinar, interagindo pela integralidade dos indivíduos nas ações comunitárias, são de grande valia para o impacto na qualidade de vida dos mesmos.

Descritores: Tuberculose; Reestruturação; DOTS

AE0.084 A REESTRUTURAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE ITAGUAÍ COM A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS

FERNANDA MENEZES ALVARENGA; WILSA MARY SOUSA BARRETO; CARLA APARECIDA DA SILVA
INSTITUIÇÃO: SMS DE ITAGUAÍ - RJ. EMAIL: NANDATONY@HOTMAIL.COM

Introdução: O município de Itaguaí está localizado na região metropolitana I do estado do Rio de Janeiro e ocupa área geográfica de 281,3 Km² e população estimada de 97.834 habitantes para o ano de 2007 (Fonte: IBGE). O município vem priorizando a tuberculose, através de adoção de estratégias como o DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), cujas principais metas são atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos. Esta estratégia vem sendo recomendada pelo Ministério da Saúde e é constituída por cinco pilares: Detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios que demandam os serviços gerais de saúde; Tratamento padronizado de curta duração, diretamente observável e monitorado em sua evolução; Fornecimento regular de drogas tuberculostáticas; Sistema de registro de informação que assegurem a avaliação da informação; Compromisso político do gestor colocando a tuberculose como prioridade. **Objetivo:** Descrever a reorganização e a operacionalização do Programa de Controle de Tuberculose (PCT) no município de Itaguaí para a implantação da estratégia DOTS. **Resultados:** As ações de reestruturação do programa foram fundamentais para implantação da estratégia DOTS. Considerando que as ações de controle da tuberculose eram centralizadas. O programa e o laboratório não tinham condições estruturais para respaldar a operacionalização desta estratégia. Esta reestruturação constituiu em obras físicas realizadas no laboratório de baciloscopia de acordo com as normas preconizadas; melhoria da biossegurança no PCT; garantia dos insumos solicitados; criação de fluxos e rotinas; liberação de cesta básica mensal a todos os pacientes; garantia de viatura para recolhimento das baciloscopias e busca de faltosos; treinamento de profissionais de saúde de PSF, UBS e lideranças comunitárias; execução de campanhas educativas em tuberculose em locais públicos e em áreas adstritas de PSF; facilitação na liberação de RX para todos os pacientes; encerramento dos casos no SINAN/TB e o controle de estoque e pedido de medicamentos pelo profissional farmacêutico. A descentralização do tratamento supervisionado teve como pioneirismo os PSF do município que apesar de não ter uma cobertura significativa (cerca de 18%),vem servindo de base de apoio para essa descentralização através do envolvimento das seis equipes existentes no município e está sendo respaldado pelas ações acima mencionadas. Atualmente 06 unidades Básicas de Saúde em áreas descobertas de PSF estão sendo preparadas para mais uma etapa da descentralização. Com a implantação desta estratégia foi visível a diminuição significativa do abandono do tratamento e consequentemente o aumento da cura, além da maior integração do paciente com o trabalho da equipe. **Conclusão:** A implantação desta estratégia além de servir para reorganizar o serviço, facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento do doente, traz responsabilidade do gestor e técnicos no enfrentamento desta doença que ainda é um sério problema de saúde pública em nosso país. Observamos uma melhora na qualidade da assistência prestada e maior adesão ao tratamento, ficando claro que ao longo do desenvolvimento desta estratégia a participação no coletivo com equipe multidisciplinar, interagindo pela integralidade dos indivíduos nas ações comunitárias, são de grande valia para o impacto na qualidade de vida dos mesmos.

Descritores: Tuberculose; Reestruturação; DOTS

AE0.085 ADOECER DE TUBERCULOSE: PERCEPÇÃO E SENTIMENTOS DE INDIVÍDUOS HOSPITALIZADOS EM UNIDADE DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA - PB

SANDRA APARECIDA ALMEIDA; RAFAELA COSTA FRAGOSO ALBUQUERQUE; UTHANIA MELLO FRANÇA; ANA CRISTINA OLIVEIRA E SILVA; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; LENILDE DUARTE DE SÁ; JANAÍNA VON SOHSTEN TRIGUEIRO

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA - FACENE; UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB. EMAIL: SANDRA_ALMEIDA09@YAHOO.COM.BR

Introdução: A reorganização do modelo de assistência à saúde no Brasil, vem estabelecendo a Atenção Básica como porta de entrada ao sistema de saúde. Nessa perspectiva, espera-se que as ações de controle da Tuberculose (diagnóstico, tratamento, investigação de contatos), sejam realizadas pelas Equipes de Saúde da Família, evitando-se o agravamento dos casos e conseqüente internação hospitalar. **Objetivo:** Analisar qual a Representação Social que os doentes de Tuberculose em regime de tratamento hospitalar, têm a respeito de sua condição. **Metodologia:** Estudo descritivo de natureza qualitativa, que utilizou a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados. Participaram da investigação, 09 (nove) pacientes internados na unidade de referência para doenças infecto-contagiosas da Paraíba. Os dados foram analisados qualitativamente, por meio da técnica de Análise de Conteúdo - modalidade temática. **Resultados:** Foram identificadas duas categorias: 1- Conhecimento sobre a tuberculose: contradições conceituais e reprodução do modelo flexneriano; 2- Isolamento como reflexo do estigma social. Os Discursos revelam que os sujeitos têm conhecimento sobre a doença; entretanto demonstram equívocos quanto ao modo de transmissão e necessidade de isolamento (internação). Os elementos identificados acentuam ou reforçam o modelo médico centrado, hospitalocêntrico, fortalecendo a condição do afastamento social e por sua vez estabelecendo como alternativa a internação hospitalar. **Conclusões:** Este contexto impõe uma reflexão sobre o modo como vem se operando nas práticas dos serviços de saúde da atenção básica a incorporação das ações de controle da TB. A falta de acesso aos serviços de atenção básica, seu uso inapropriado, insuficiente ou tardio favorecem a inversão da entrada no sistema, privilegiando serviços de maior densidade tecnológica. A superação dessas deficiências incorre na necessidade de fortalecer os serviços de atenção básica, tornando-os mais resolutivos, acessíveis, com recursos humanos envolvidos na promoção, prevenção e controle da doença, reduzindo assim o estigma e o afastamento social.

Descritores: Tuberculose; Atenção primária a saúde; Preconceito

AE0.086 O ELENCO DE SERVIÇOS NA ASSISTÊNCIA AO DOENTE DE TUBERCULOSE EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: ÓTICA DO DOENTE, 2007

ELISANGELA GISELE ASSIS; MÁRCIO CURTO; ALINE ALE BERALDO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ANTONIO RUFFINO-NETO; LÚCIA MARINA SCATENA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: ELISASIS@EERP.USP.BR

Introdução: O Elenco de Serviços se configura nos arranjos estabelecidos pelos serviços de Atenção Primária à Saúde para que o doente receba todo tipo de atenção à saúde que necessitar. (Starfield et al, 2003:62) **Objetivos:** Avaliar o Elenco de Serviços oferecido pelos Serviços de Saúde na atenção à tuberculose nos serviços de APS em um município de grande porte no interior paulista, Brasil. **Metodologia:** Foi utilizado um instrumento (Primary Care Assessment Tool-PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000), o qual foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) e, em 2007, o mesmo foi adaptado para avaliar a Atenção à tuberculose (TB) por Villa e Ruffino Netto. Para avaliar o desempenho dos Serviços de Saúde a partir do atributo Elenco de Serviços na atenção à TB nunca elaborou-se 13 indicadores a partir do questionário. A população do estudo foi de 100 doentes de TB seguidos nas Unidades de Saúde Tradicionais com equipes especializadas (Programa de Controle da Tuberculose-PCT) em um município de grande porte. Para análise dos dados foi utilizado o Software Estatística versão 8.0. **Resultados:** Os indicadores mostraram que, segundo o doente de TB, 83% sempre é oferecido pote de escarro para diagnóstico da doença sendo que 62% referiram receber o pote de escarro para controle mensal; 66% nunca realizou o teste de PPD (tuberculínea); 80% referem que sempre o exame para teste de HIV/AIDS é oferecido; 97% dos entrevistados referem que sempre consultam mensalmente para controlar a doença; 78% sempre recebem cestas básicas e vale-alimentação; 60% nunca receberam vales-transporte; 85% referiram sempre receber informações sobre a doença e o tratamento da TB; 55% afirmaram sempre receber educação em saúde; 50% disseram sempre receber visitas domiciliares durante o tratamento de TB; já 93% afirmaram nunca terem recebido visita domiciliar por motivos diferente da TB; 98% nunca participaram de grupos para doentes de TB; e 42% afirmaram sempre receberem o Tratamento Supervisionado (TS). **Conclusões:** Os doentes revelam que os Serviços que realizam ações de controle da TB têm assegurado as atividades relacionadas ao tratamento do doente, porém, as ações que estão relacionadas à prevenção da TB/outras patologias, à família e o TS necessitam ser realizadas com mais frequência por estes Serviços a fim de assegurar a prevenção da doença e o seu controle dificultando a sua disseminação.

Descritores: Tuberculose; Avaliação de serviços de saúde; Elenco de serviços

AE0.087 COORDENAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AO DOENTE DE TUBERCULOSE EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: ÓTICA DO DOENTE, 2007. DE GRANDE PORTE DA REGIÃO SUDESTE, BRASIL, 2007

ELISANGELA GISELE ASSIS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; MÁRCIO CURTO; ALINE ALE BERALDO; ANTONIO RUFFINO-NETO

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: ELISASIS@EERP.USP.BR

Introdução: A Coordenação da Assistência é um atributo da Atenção Primária Saúde (APS) que deve assegurar a provisão e a conexão de uma combinação de serviços de saúde e informação de encontro às necessidades do usuário (Donaldson, 1996). **Objetivos:** Avaliar a Coordenação da Assistência ao doente de Tuberculose (TB) nos serviços de APS em um município de grande porte do Estado de São Paulo, Brasil. **Metodologia:** Foi utilizado um instrumento (Primary Care Assessment Tool-PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000), o qual foi adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) e, em 2007, o mesmo foi adaptado para avaliar a Atenção à TB por Villa e Ruffino Netto. Para avaliar o desempenho da Coordenação da Assistência à TB foi elaborado 12 indicadores. A população do estudo foi de 100 doentes de TB seguidos nas Unidades de Saúde Tradicionais com equipes especializadas (Programa de Controle da Tuberculose-PCT) em um município de grande porte. Para análise dos dados foi utilizado o Software Estatística versão 8.0. **Resultados:** Os indicadores de avaliação de desempenho da Coordenação da Assistência sob a ótica do doente de TB mostram que: 99% referem uso de prontuário durante as consultas, 96% disponibilidade de exames, 97% são oferecidos consultas mensais e de retorno e 99% recebem aviso das consultas mensais e de retorno, 91,3% recebem ajuda para agendar consultas em outro nível de atenção; 23% dos doentes são encaminhados para outros níveis de atenção, 43,5% discutem lugares de atendimento com o profissional, 78,3% recebem comprovante de consulta, 65,22% levam informações escritas à especialista, 47,62% retornam com informações escritas ao serviço de origem, 52,38% discutem resultados da consulta, 57,14% dos profissionais se preocupam com a qualidade atendimento recebida pelo doente em outro serviço. **Conclusões:** O desempenho da assistência revela descontinuidade na Coordenação da Assistência, verificado através do processo de comunicação entre os serviços e nos mecanismos de organização da referência e contra-referência do doente de TB. O que pode resultar em baixa resolutividade e qualidade do serviço prestado.

Descritores: Tuberculose; Avaliação de serviços de saúde; Coordenação

AE0.088 PADRÕES ESPACIAIS DA TUBERCULOSE ASSOCIADOS AO INDICADOR ADAPTADO DE CONDIÇÃO DE VIDA NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; PAULA HINO; CLAUDIA BENEDITA SANTOS; TARCÍSIO NEVES CUNHA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: PAULAHINO@YAHOO.COM.BR

Introdução: Considerada um problema social, a tuberculose é uma doença que ultrapassa as barreiras biológicas sendo fundamental compreender sua ocorrência no contexto das condições de vida da população e no espaço que a envolve. Estudo com delineamento híbrido, ecológico e de tendência temporal (retrospectivo e longitudinal) teve como objetivos estudar a relação entre o Indicador Adaptado de Condição de Vida e a distribuição espacial da doença no ano 2000 e obter a correlação espacial dos casos ao longo do período de 2000 a 2006 no município de Ribeirão Preto. Os dados referentes à tuberculose foram coletados no Epi-Tb e as informações que compuseram o Indicador, do Censo Demográfico de 2000. A unidade de análise foi o setor censitário. Os mapas temáticos foram realizados com auxílio do software MapInfo e a análise estatística espacial, por meio do Spring. Para os demais

cálculos (Análise Fatorial, teste qui-quadrado, Razão de Chances) foi utilizado o SPSS. O percentual de geocodificação foi superior a 86% para todos os anos do estudo, mostrando uma concentração de casos em 3 regiões do município, que se intercalaram durante os anos. Quanto aos indicadores que compuseram o Indicador Adaptado de Condição de Vida, os que apresentaram maiores cargas fatorias foram chefes de família com renda menor ou igual a 2 salários mínimos e menos de 3 anos de estudo, seguido de densidade intradormitório e população de 10-14 anos analfabeta. O município foi classificado em 3 clusters: alta, intermediária e baixa condição de vida. A comparação dos mapas de condições de vida e tuberculose evidenciou relação entre a doença e áreas mais carentes do município, visto que o coeficiente de incidência no cluster de baixa condição de vida foi de 49,9/100.000 habitantes. A Razão de Chances bruta, considerando o cluster de alta condição de vida como referência, comprovou associação entre a doença e condição de vida, sendo para o cluster de intermediária condição de vida igual a 2,27 (RC= 2,27, IC 95%: 1,46-3,45) e para o de baixa condição de vida igual a 3,30 (RC= 3,30, IC 95%: 1,90-5,70). Por outro lado, seu valor não foi significativo quando comparados os clusters de intermediária e baixa condição de vida (RC= 1,45, IC 95%: 0,92-2,29). A estratificação do município segundo condições de vida e ocorrência de tuberculose, permitiu a identificação de áreas de risco, fornecendo subsídios para o Programa de Controle da tuberculose local.

Descritores: Condições sociais; Iniquidade social; Distribuição espacial da população

AE0.089 BUSCA ATIVA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS E PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE EM POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE EM CADEIA PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA, SÃO PAULO

AMADEU ANTONIO VIEIRA; JONATHAN C GOLUB; SANDRA APARECIDA RIBEIRO; VERA MARIA NEDER GALESI; ANA MARIA DE SIQUEIRA

Instituição: PCT MUNICÍPIO CARAPICUIBA/INSTITUTO DE SAÚDE UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SÃO PAULO
Email: NANTICO@UOL.COM.BR

Introdução: As condições do Sistema Prisional geralmente são precárias em relação à salubridade, devido à pouca ventilação, iluminação, alimentação inadequada, uso de drogas ilícitas como também à superlotação; os serviços de saúde, quando existentes, são deficitários, com profissionais muitas vezes desmotivados, favorecendo a transmissão e o adoecimento por doenças infecto-contagiosas como a tuberculose (TB). Essa situação já foi bem documentada na literatura internacional. No Brasil quase não há informações sobre esses estabelecimentos, principalmente em cadeias públicas, que não são consideradas estabelecimentos do sistema prisional, justificando a realização do presente trabalho. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional do tipo corte transversal, conduzido de março a dezembro de 2006, em população masculina maior de 18 anos em cadeia pública do município de Carapicuíba com autorização do poder judiciário. A amostra foi de conveniência por motivos de segurança para a equipe de saúde, calculada a partir de um erro amostral de 5% acrescido de 10% para possíveis perdas, resultando em 397 indivíduos. Realizou-se busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) durante o "banho de sol". Considerou-se SR os detentos apresentando tosse há mais de 03 semanas, seguido da coleta de escarro para realização dos exames bacteriológicos (baciloscopia e cultura) no laboratório municipal. **Resultados:** 154 (38,8%) dos 397 detentos eram SR, destes sete (4,6%) apresentaram TB pulmonar ativa resultando em uma prevalência de 1.763,22 por 100.000 habitantes. Todos os casos desconheciam a condição de doentes até o resultado dos exames. Somente dois casos (28,6%) eram bacilíferos com prevalência de 503,77 por 100.000 habitantes, os demais apresentaram baciloscopia negativa e cultura positiva (1.259,44 por 100.000 habitantes). **Discussão:** A proporção de SR e prevalência de TB observada foi respectivamente 39 e 23 vezes maior que a média na população geral, sugerindo alta transmissibilidade da doença neste estabelecimento, sem contar o sério problema de saúde pública, visto que, a cadeia não é um sistema social fechado, os casos não diagnosticados ou sem tratamento podem transmitir a doença para a comunidade, através das visitas aos detentos como também aos profissionais da cadeia pública. Agravando essa situação, as cadeias apresentam duas populações privadas de liberdade distintas, os detentos sentenciados, aguardando vagas no sistema penitenciário, e os em fase de julgamento, podendo ser libertados por alvarás de soltura ou absolvidos após julgamento, acrescentando alta rotatividade dessa população entre diferentes cadeias públicas e outros estabelecimentos prisionais. **Conclusão:** Com a elevada prevalência de TB, alta rotatividade dessa população e ausência de serviço de saúde próprio nestes estabelecimentos, o controle da TB na comunidade poderá ficar comprometido, mantendo ativa a cadeia de transmissão da doença.

PROGRAMA ICOHRTA AIDS/TB

Descritores: Tuberculose; Sintomático respiratório; População privada de liberdade

AE0.090 DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE EM CADEIA PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE CARAPICUIBA, REGIÃO DA GRANDE SÃO PAULO, SP

AMADEU ANTONIO VIEIRA; SANDRA APARECIDA RIBEIRO; VERA MARIA NEDER GALESI; ANA MARIA DE SIQUEIRA; JONATHAN C GOLUB

Instituição: PCT Município Carapicuíba/Instituto de Saúde Universidade Bandeirante de São Paulo
Email: nantico@uol.com.br

Introdução: A população privada de liberdade (PPL) é mais vulnerável que a população em geral em relação à tuberculose (TB), devido às condições sanitárias do cárcere, tais como: superlotação das celas, ausência de diagnóstico e tratamento adequado, luminosidade e ventilação insuficientes dentre outras. Além disso, muitos indivíduos privados de liberdade carregam consigo fatores de risco para TB, tais como: uso de drogas ilícitas e sorologia positiva para HIV, dentre outros. No Brasil, devido à falta de vagas no sistema penitenciário, parte da população prisional permanece nas cadeias públicas e são constantemente transferidos provisoriamente para outras cadeias e Centros de Detenção Provisórios. Os serviços de saúde que atendem esta população são deficitários e nas cadeias não existem. No Brasil há poucas informações sobre essa situação, justificando este estudo na única cadeia masculina do município de Carapicuíba. **Métodos:** Foi realizado um trabalho descritivo do acompanhamento dos tratamentos de TB (março de 2006 até março de 2007) em PPL provenientes de um estudo tipo transversal de busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) na cadeia pública de Carapicuíba. O diagnóstico das formas pulmonares foram realizadas a partir da coleta de escarro dos SR e posterior análise bacteriológica dos mesmos (baciloscopia e cultura). **Resultados:** Dos 397 detentos avaliados, a média de idade foi de 28 anos

(DP±10 anos) e 154 (38,8%) eram SR. Foram diagnosticados 07 casos de TB pulmonar, 02 bacilíferos (incidência de 503,8 por 100.000 habitantes) e 05 não bacilíferos/cultura positiva (incidência de 1.259,44 por 100.000 habitantes). Somente 57,1% (n= 4) dos casos iniciaram tratamento na cadeia pública, os 03 que não o iniciaram foram transferidos antes do resultado da cultura, todos eram BAAR -. Nenhum dos 04 casos concluiu o tratamento (esquema I) na cadeia pública de Carapicuíba; 75% continuaram os tratamentos em outras unidades prisionais (transferência confirmada) e 25% não foi possível identificar a nova unidade prisional, considerado abandono de tratamento. **Discussão e Conclusão:** A carga de TB em PPL é bem documentada na literatura internacional, mas pouco em nosso meio principalmente em cadeias públicas, que no estado de São Paulo pertencem à Secretaria de Segurança Pública, já os estabelecimentos penitenciários pertencem à Secretaria de Administração Penitenciária. Os baixos indicadores operacionais no controle da TB nesta população são um sério problema para a saúde pública. A falta de assistência e equipe de saúde para o controle da TB na população carcerária nas cadeias, põe em risco, além dos novos detentos, os profissionais desses estabelecimentos, os familiares dos detentos, como também a comunidade em geral, além de perpetuar a cadeia de transmissão da doença e servir como um reservatório potencial de casos multirresistentes.

FIC/NIH#5U2R TW006883-03 PROGRAMA ICOHRTA-AIDS/TB

Descritores: Tuberculose; População privada de liberdade; Tratamento

AE0.091 CONTROLE DE QUALIDADE DAS BACILOSCOPIAS PARA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIS -MA NO ANO DE 2007

NÁDIA MARIA TOMICH TEIXEIRA MENDES; LÉCIA MARIA SOUSA SANTOS COSME

Instituição: PCT MUNICÍPIO CARAPICUIBA/INSTITUTO DE SAÚDE UNIVERSIDADE BANDEIRANTE DE SÃO PAULO
Email: NANTICO@UOL.COM.BR

Introdução: São Luis, capital do Estado do Maranhão é um dos vinte e dois (22) municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com uma população de 1.017.772 habitantes e cerca de 682 casos novos de tuberculose (Tb) notificados em 2006. O exame de baciloscopia para diagnóstico da tuberculose pulmonar é o mais utilizado nos laboratórios das Unidades Básicas de Saúde, por ser fácil, rápido e de baixo custo. O sistema de garantia da qualidade visa melhorar continuamente a confiabilidade e eficácia dos serviços de laboratório e em relação a baciloscopia da Tb tem como objetivo alcançar a qualidade técnica necessária ao diagnóstico laboratorial, fortalecendo conhecimentos, desenvolvendo a capacidade técnica e estimulando atitudes responsáveis frente ao trabalho. **Objetivo:** Avaliar a qualidade das baciloscopias realizadas nas unidades laboratoriais do município de São Luis. **Método:** Avaliação da proficiência de nove (9) laboratórios públicos no período de julho a dezembro de 2007 que realizam baciloscopia, através da releitura de uma amostra representativa, selecionadas através de amostragem aleatória das lâminas examinadas na rotina qualificando o grau de concordância/discordância entre ambas as leituras, como também a avaliação da qualidade do esfregaço, coloração e numeração das lâminas. **Resultados:** Foram avaliadas 784 lâminas dentre as quais 701 verdadeiramente negativas e 78 verdadeiramente positivas e o percentual de lâminas com resultado falso positivo foi de 6,02% (5 lâminas) enquanto que o resultado falso negativo não foi observado em nenhuma das lâminas relidas. Em relação a qualidade do esfregaço 430 lâminas (55%) não foram satisfatórias, quanto a coloração 658 lâminas (84%) foram classificadas como satisfatória. **Conclusão:** O resultado falso positivo é considerado um erro maior por ser considerado crítico e apresentar alto impacto no manejo do paciente podendo resultar no diagnóstico incorreto, indicando deficiência técnica grosseira, portanto não deverá ocorrer. O esfregaço e a coloração não satisfatórios levam ao comprometimento da qualidade do resultado da baciloscopia. Os resultados demonstram a necessidade de capacitação da equipe envolvida na realização das baciloscopias das unidades laboratoriais avaliadas.

Descritores: Tuberculose; Baciloscopia; Qualidade

AE0.092 BARREIRAS ECONÔMICAS NA ACESSIBILIDADE DO DOENTE AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE, ESTADO DE SÃO PAULO

TIEMI ARAKAWA; MAYRA FERNANDA DE OLIVEIRA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; RICARDO ALEXANDRE ARCENCIO; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; LÚCIA MARINA SCATENA; ANTONIO RUFFINO-NETO

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO MATO GROSSO - UFMT. Email: RICARDOARCENCIO@UOL.COM.BR

Introdução: A acessibilidade ao tratamento constitui-se em um dos elementos fundamentais para o controle da TB. **Objetivo:** Avaliar as barreiras econômicas na acessibilidade do doente de tuberculose ao tratamento em um município de grande porte do Estado de São Paulo. **Metodologia:** Estudo transversal, de abordagem quantitativa, que utilizou o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000). Este instrumento foi validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino Netto (2007). Selecionaram-se doentes de tuberculose pulmonar em tratamento de junho de 2006 a junho de 2007, maiores de 18 anos, com exclusão do sistema prisional. Utilizou-se o Statistica 8.0 da StatSoft. Os dados foram submetidos ao teste estatístico Anova um critério de classificação e Kruskal Wallis. A consistência internado instrumento foi verificada a partir do alpha de cronbach. **Resultados:** O doente faz tratamento de TB na Unidade de Saúde distante do seu domicílio, necessitando de transporte motorizado. Observou-se disponibilidade de vale transporte apenas no centro C, que repercute em menos gastos com transporte, diferente do centro A (p = 0, 028), onde não é oferecido esse facilitador. Foi identificado ainda em todos os centros o cancelamento de compromissos em decorrência do tratamento, incluindo faltas no trabalho, que repercutem em perdas salariais. Verificou-se o oferecimento de cesta básica ou vale alimentação em todos os centros (p = 0,072). O alpha de cronbach encontrado no estudo foi de 0,30, que pode ser explicado pela complexidade das variáveis em serem representadas em uma única dimensão. **Conclusão:** Verificou-se que alguns centros de saúde tem apresentado melhor desempenho na acessibilidade econômica em relação aos outros, apesar fazerem parte de um mesmo contexto geo- político-financeiro, deixando em evidência de que as barreiras ao tratamento são mais de ordem gerenciais do que propriamente relacionadas às deficiência de recursos.

Descritores: Tuberculose; Barreiras econômicas; Acessibilidade

AE0.093 BARREIRAS SÓCIO-CULTURAIS NA ACESSIBILIDADE DO DOENTE AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE, SÃO PAULO (2007)

RICARDO ALEXANDRE ARCENCIO; TIEMI ARAKAWA; MAYRA FERNANDA DE OLIVEIRA; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; LÚCIA MARINA SCATENA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ANTONIO RUFFINO-NETO

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP.

EMAIL: RICARDOARCENCIO@UOL.COM.BR

Introdução: Compõe o estudo um município de grande porte, eleito como um dos prioritários para a TB no Estado de São Paulo (BRASIL, 1999). **Objetivo:** Avaliar as barreiras sócio-culturais a acessibilidade do doente de tuberculose ao tratamento. **Metodologia:** Estudo de avaliação de serviços de saúde que utilizou o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000). Este instrumento foi validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino Netto (2007). Participaram da pesquisa 100 doentes de tuberculose que realizaram tratamento no período de junho 2006 a junho 2007. Utilizou-se o software Statistica 8.0 da StatSoft. **Resultados:** 69% dos doentes são do gênero masculino, 71% de baixa escolaridade possuem o ensino fundamental, 62% residem em domicílio próprio. 93% afirmam que a equipe de saúde oferece tempo suficiente para exposição de dúvidas referentes ao tratamento e a doença, sendo que 91% apontam que os trabalhadores de saúde as compreendem; 96% argumentam que durante a comunicação com os trabalhadores também são discutidos problemas de ordem social, entretanto o enfoque é individual e não se amplia para a família e a comunidade (53%). Em 93% dos casos identificou-se a inexistência de parcerias dos serviços de saúde com os equipamentos sociais da comunidade. 99% dos doentes nunca sofreram estigma pelos trabalhadores de saúde por apresentar tuberculose. **Conclusão:** No que tange a acessibilidade sócio-cultural, não identificou-se barreiras consideráveis ao tratamento, entretanto um dos desafios que se faz presente consiste na articulação dos serviços de saúde com a comunidade. O enfoque ainda é em âmbito individual e não se amplia ao coletivo (família). A discriminação não foi apontada pelos doentes provavelmente por serem atendidos em centros de referências, que contam com equipe especializada em tuberculose. **Descritores:** Tuberculose; Barreiras sócio-culturais; Acessibilidade

AE0.094 ANÁLISE DOS PACIENTES ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA DE TUBERCULOSE NA INFÂNCIA

MICHELLE HENRIQUE LUCENA; ANDREA MACIEL DE OLIVEIRA ROSSONI; CRISTINA RODRIGUES DA CRUZ; CAROLINA IGNEZ MAIER GUEDES; JANDREI ROGERIO MARKUS; TONY TANUS TAHAN

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNIAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR. EMAIL: DEAROSSONI@GMAIL.COM

Introdução: O Brasil é um dos quatro países com o maior número absoluto de casos de tuberculose na infância, correspondendo a 15% de toda a incidência no país. A dificuldade do diagnóstico na infância exige atendimento em ambulatórios especializados. **Objetivos:** Descrever as características da população atendida em ambulatório de referência para tuberculose na infância do Serviço de Infectologia Pediátrica, do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. **Métodos:** Realizado levantamento retrospectivo de todos os casos atendidos no período de janeiro de 2005 a março de 2007. **Resultados:** Analisamos 204 pacientes, 83% eram procedentes de Curitiba-PR, 14% da região metropolitana e 3% do restante do estado. A mediana de idade era de 5 anos (variando de 3 meses a 15 anos) e 54% eram do sexo feminino. O motivo principal da consulta em 60% dos casos foi o contato com adulto tuberculoso, em 22% além da história de contato apresentavam sintomas sugestivos, em 17% somente sintomas e 1% com BCGite. Em 80% dos casos, o contato era um familiar. A tosse (45%) foi o sintoma mais frequente, seguido por febre (21%), sudorese noturna (19%), alteração de peso (17%) e inapetência (6%). Comorbidades estavam presentes em 62% dos pacientes, principalmente as pulmonares e atópicas (42%). A vacina BCG foi realizada em 97% das crianças avaliadas. Em 40% dos pacientes, o diagnóstico final foi de contato infectado sem evidência de doença, seguidos por 19% de contatos não infectados, 12% doentes, 2% com BCGite e 1% recém-natos expostos à tuberculose. A taxa de abandono dos pacientes que estavam realizando quimioprofilaxia secundária foi de 51%. Neste período o percentual de crianças atendidas com tuberculose foi de 12% (24 casos), sendo 75% da forma pulmonar, 4% meningite e 21% ganglionar. Entre os doentes, 8% não apresentavam sintomas, 75% apresentavam prova tuberculínica forte reatora e 39% apresentavam radiografia alterada. Em sete doentes conseguiu-se isolar o agente etiológico, porém na tuberculose pulmonar, em apenas um. O abandono neste grupo foi de 25%. **Conclusão:** Com estes dados destacamos a importância de se avaliar todos os contatos de pacientes bacilíferos, bem como a necessidade de notificação e acompanhamento de todos os pacientes, mesmo os em quimioprofilaxia.

Descritores: Tuberculose infantil; Diagnóstico; Acompanhamento

AE0.095 ESTRATÉGIAS PARA DETECÇÃO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EM UNIDADES DE SAÚDE

BETINA MENDEZ ALCÂNTARA GABARDO; ANDREA MACIEL DE OLIVEIRA ROSSONI; ELIZABETH RODRIGUES RIBEIRO; PAULA GRAZIELA BOCHKARIOV; ISRAELY DE FÁTIMA PAN MANASSES; KARLA DANIELLE LAZZAROTTO; HELENA FERNANDES; ISABEL CRISTINA SYPNIEVSKI; MARLY LOURDES NARDELLI HUNDS DORFER; JULIANA DE REZENDE; KATIUSCIA MELO; HELENITA OTTO

INSTITUIÇÃO: SMS. EMAIL: DEAROSSONI@GMAIL.COM

Introdução: A investigação do Sintomático Respiratório (SR) é fundamental para o diagnóstico precoce dos casos de tuberculose pulmonar bacilífera, instituição do tratamento adequado, interrupção da cadeia epidemiológica e controle da doença. **Objetivos:** O presente estudo visa avaliar estratégias para aumento na detecção de SR. **Métodos:** Nas Unidades de Saúde (US) do Distrito Sanitário Boa Vista, Curitiba, Paraná, realizou-se um inquérito para investigação de sintomáticos respiratórios. Este estabelecia capacitação e sensibilização dos funcionários para implantação de planilha de fácil preenchimento na recepção, por um período de quinze dias, onde se anotava dados epidemiológicos da demanda espontânea, presença ou não tosse e período da mesma. **Resultados:** Neste período identificou-se 131 pessoas com tosse por mais de três semanas, com investigação de 63% desta população, o que resultou num incremento de 104% no número de SR investigados no mesmo período do ano anterior, nas mesmas US. **Conclusão:** A sensibilização dos profissionais, inseridos em pesquisas operacionais, apoiada pela obrigatoriedade

de anotação dos dados em instrumento de fácil aplicabilidade, estabelece uma rotina de questionamento da presença de tosse, organização do fluxo e aumento na captação de SR nas US. Patrocínio: CNPq (410538/2006-0), ICOHRTA AIDS/TB (Grant#5U2R TW006883-02)

Descritores: Sintomático respiratório; Diagnóstico; Busca ativa tuberculose

AE0.096 PREVALÊNCIA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EM UNIDADES DE SAÚDE

BETINA MENDEZ ALCÂNTARA GABARDO; ANDREA MACIEL DE OLIVEIRA ROSSONI; HELENEIDA MARIA LEÔNIO MAHLE COSTA; BARNADETE SALVADOR SCHICHTA; LUCIANA MORASKI; GABRIELA DA COSTA BORBA SCHLICHTING; DANIELA CATARINE GOMES; MARIANA DO RÓCIO PEREIRA DE ALMEIDA; SILVANA SPERANDIO GROHS; ANGELA DE FREITAS SOTEM; MICHELE DOS SANTOS NERI DA FONSECA; DIUCEIA DANTAS REHEN OURIVES

INSTITUIÇÃO: SMS. EMAIL: DEAROSSONI@GMAIL.COM

Introdução: O Conhecimento da prevalência de sintomático respiratório (SR) é de fundamental importância para epidemiologia da Tuberculose e, portanto, para o planejamento de ações no seu controle. O Ministério da Saúde estima a prevalência de SR em 5% do total de consultas de primeira vez na Unidade de Saúde. **Objetivos:** O presente estudo visa estimar a referida prevalência. **Métodos:** Efetuou-se um inquérito, com amostra de conveniência dos pacientes que demandaram o serviço, independente do motivo da procura, em cinco Unidades Básicas (UB) e uma do Programa de Saúde da Família (PSF), do Distrito Sanitário Boa Vista, Curitiba, Paraná, no período da primeira quinzena de abril de 2008. **Resultados:** Foram entrevistadas 2297 pessoas, 81% frequentavam a US pela primeira vez no mês, destas 14% apresentava tosse e 2,9% com tosse por três semanas ou mais (mediana 60 dias). A idade média dos SR foi de 50 anos (variando de 2 a 85), 63% do sexo feminino e 75% procuraram o serviço pela manhã, similar ao perfil dos entrevistados: média de idade 42 anos, 68% do sexo feminino e 70% procuraram a US pela manhã. Em relação ao tipo de unidade: a prevalência de SR nas UB foi de 3,8% enquanto na PSF foi de 1,4%. **Conclusão:** A prevalência de SR encontrada neste período, de 2,9%, está abaixo da estimada pelo Ministério da Saúde, dado mais marcado na unidade tipo PSF, com 1,4%. Novos estudos com amostra representativa estão em execução nestas unidades de saúde com o intuito de se conhecer a prevalência de SR.

Patrocínio: CNPq (410538/2006-0), ICOHRTA AIDS/TB (Grant#5U2R TW006883-02)

Descritores: Sintomático respiratório; Prevalência; Busca ativa tuberculose

AE0.097 DOTS: A ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS DO INTERIOR PAULISTA

MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; PEDRO FREDEMIR PALHA; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; CLAUDIA ELI GAZETTA; NATÁLIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS; RÚBIA LAINE DE PAULA ANDRADE

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP. EMAIL: MLSPERLI@GMAIL.COM

Introdução: O gerenciamento das ações de controle da tuberculose (TB) está inserido no âmbito da gerência intermediária no contexto da organização da saúde. Representa grande desafio para o coordenador do Programa de Controle da TB - PCT, pois os Gerentes intermediários trabalham em meio a pressões de cima e de baixo para solução de problemas imediatos, ocupando dupla posição de transmissão, no plano hierárquico e nos das relações com o ambiente. **Objetivo:** Analisar a dimensão organizacional das ações de controle da TB no nível municipal. **Metodologia:** Estudo de abordagem qualitativa que se insere em um projeto multicêntrico sobre avaliação da estratégia DOTS em municípios de diferentes regiões do Brasil. Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas abertas com Coordenadores do PCT de 7 municípios do interior paulista que implantaram a estratégia DOTS. Os dados foram analisados por meio da técnica da análise de conteúdo, modalidade temática de BARDIN. A categoria de análise é a dimensão organizacional da gerência intermediária das ações de controle da TB (coordenação do PCT), envolvendo habilidades para o desempenho profissional. **Resultados:** Os entrevistados reconhecem a estreita ligação entre TB e pobreza e seu impacto na saúde da população, mencionando "silêncio cauteloso" dos responsáveis pelas políticas públicas de saúde. Foram identificados como aspectos positivos: os incentivos financeiros como aspecto facilitador no processo de implantação da estratégia DOTS e o melhor preparo dos profissionais da Saúde da família para lidar com a doença. Também identificaram-se nós críticos no desempenho gerencial: problemas na manutenção dos incentivos financeiros para a alocação de Recursos Humanos (RH) e de viaturas para as visitas domiciliares; RH despreparados e em número insuficiente; dificuldades que exigem envolvimento e negociação por parte do coordenador, diante do desconhecimento do destino da verba da TB e da falta de autonomia para gerenciar e planejar o uso de recursos; dificuldades de comunicação e integração entre gestores e coordenadores; falta de priorização da TB na agenda política devido a outros agravos como a dengue; mudança periódica do gestor como obstáculo e necessidade de buscar parcerias em outros setores dentro ou fora do sistema de saúde, inclusive na família e comunidade e no Programa da AIDS. **Conclusão:** As ações de controle da TB esbarram na escassez de recursos para sua viabilização, e na concepção reduzida que o gestor tem do DOTS como uma atitude paternalista. Os depoimentos reforçam a priorização de agravos que têm maior repercussão política. São necessárias parcerias dentro ou fora do sistema de saúde para suprir as lacunas causadas pela deficiência na manutenção das ações de controle da TB.

Descritores: Tuberculose; Gerência; Administração e organização

AE0.098 AVALIAÇÃO DA DIMENSÃO ELENCO DE SERVIÇOS NA ATENÇÃO A TUBERCULOSE EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP NA PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; MONISE CHIARI KASHIBA; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; CLAUDIA ELI GAZETTA; LÚCIA MARINA SCATENA; ANTONIO RUFFINO-NETO; MARILENE ROCHA DOS SANTOS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP. EMAIL: MLSPERLI@GMAIL.COM

Introdução: O "Elenco de serviços" (ES) representa uma dimensão essencial da Atenção Básica (AB) para responder às necessidades de saúde do doente, família e comunidade.

Objetivo: Avaliar o desempenho da AB no controle da tuberculose (TB) em São José do Rio Preto - SP, na opinião dos profissionais de saúde, considerando a dimensão essencial ES. **Metodologia:** Foram entrevistados 37 profissionais de saúde utilizando-se um instrumento elaborado por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino Netto(2007), que contemplou perguntas específicas sobre o elenco de serviços oferecidos para o controle da TB. **Resultados:** 97% dos entrevistados eram enfermeiros. 100% responderam que o serviço sempre oferece pote para exame de escarro para diagnóstico; 95% disseram sempre oferecer exame para HIV/AIDS; 61% responderam nunca realizarem prova tuberculínica; 92% responderam sempre oferecerem pote para exame de escarro de controle; 86% disseram sempre disponibilizar consulta de controle para o tratamento da TB; 78% afirmaram sempre entregar cestas básicas ou vale alimentação; 49% responderam que sempre oferecem vale transporte; 73% responderam sempre informarem o doente sobre a TB e seu tratamento; 65% relataram sempre realizarem educação em saúde; 50% responderam que sempre fazem visitas domiciliares (VD) durante o tratamento e 38% sempre realizam visitas domiciliares por outros motivos além da TB; 75% responderam nunca formarem grupos de doentes de TB na Unidade de saúde. 72% sempre ou quase sempre realizam Tratamento Supervisionado (TS). **Conclusão:** Os resultados obtidos demonstram que, na visão dos profissionais, a AB está se organizando para oferecer um elenco de serviços que atenda às necessidades do doente de TB. Os aspectos mais deficientes nesta dimensão se referem à educação em saúde (grupos), VD e TS. Estes resultados podem ser atribuídos ao fato de alguns serviços ainda não estarem organizados a partir da lógica da Saúde da Família e enfrentarem dificuldades referentes à escassez de recursos humanos, à locomoção para VD, além do próprio despreparo das equipes para o manejo da doença. **Descritores:** Tuberculose; Atenção básica; Avaliação em saúde

AE0.099 A ACESSIBILIDADE DO DOENTE AO TRATAMENTO DE TUBERCULOSE EM SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO

RICARDO ALEXANDRE ARCENCIO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; TIEMI ARAKAWA; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP - SP. EMAIL: TIEMI.A@GMAIL.COM

Introdução: Introdução: Um modelo assistencial que reconheça o caráter debilitante da tuberculose (TB) é aquele que determina suas ações no âmbito das necessidades de saúde do paciente. O estudo da acessibilidade possibilita compreender como se dá o grau de ajuste entre as características dos serviços de saúde e as da população. **Objetivo:** Analisar a acessibilidade dos doentes ao tratamento de TB em diferentes unidades de saúde do município de Ribeirão Preto, São Paulo. **Método:** Estudo de avaliação de serviços de saúde, fundamentado na dimensão acessibilidade da Atenção Primária a Saúde (APS). Participaram do estudo 100 doentes que iniciaram o tratamento de TB entre 2006 e 2007 em 4 ambulatórios distritais de referência, identificados pelas siglas "A", "B", "C" e "D". Aplicou-se um questionário estruturado baseado nos instrumentos componentes do Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000). Este instrumento foi validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino (2007). Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica do Microsoft Office Excel 2003 e posteriormente transferidos para a tabela de entrada de dados do Software Estatística 8.0 da Statsoft, sendo aplicados os testes one-way ANOVA e Kruskal-Wallis. **Resultados:** Identificou-se que a maioria dos doentes é do sexo masculino (69%). Quanto ao nível de escolaridade, 61% dos doentes possuem ensino fundamental incompleto e apenas 3% cursaram o ensino superior. 81% dos pacientes entrevistados realizavam o tratamento supervisionado. As principais barreiras identificadas foram a distância entre a unidade e o domicílio do doente (44% dos entrevistados apontam que o local de tratamento não corresponde à unidade mais próxima de sua residência), as despesas de transporte (79% fazem uso de transporte motorizado para o deslocamento até o serviço de saúde, sendo que 44% arcam com os custos do mesmo) e necessidade de perder o dia de trabalho devido a consulta de retorno (situação relatada por 31% dos doentes). A frequência no recebimento de visita domiciliar pelos doentes de TB apresentou diferenças significativas entre as unidades A e C ($p = 0,0027$), B e C ($p = 0,0371$), B e D ($p = 0,0207$) e entre as unidades A e D ($p = 0,0020$). **Conclusão:** A forma de organização dos serviços de saúde influencia decisivamente na acessibilidade ao tratamento. A distância do domicílio ao centro de referência e a perda do dia de trabalho em decorrência da rotina dos serviços de saúde geram consideráveis custos aos doentes, dificultando a manutenção do tratamento. **Descritores:** Acessibilidade aos serviços de saúde; Tuberculose; DOTS

AE0.100 A TUBERCULOSE NA AGENDA MUNICIPAL DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS GESTORES EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP

NATÁLIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; CLAUDIA ELI GAZETTA; MARIA AMÉLIA ZANON PONCE; MARILENE ROCHA DOS SANTOS; ANA RAQUEL CASTRO PELLOZO PALLOS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP. EMAIL: NSPERLI@GMAIL.COM

Introdução: Introdução: Embora os desdobramentos mais recentes das políticas de saúde forneçam evidências favoráveis de um compromisso político renovado com o combate da doença, este ainda é insuficiente para diminuir os custos sócio-econômicos para os doentes e para os Serviços de Saúde. **Objetivo:** Avaliar a opinião dos gestores da Atenção Básica (AB) sobre a situação da tuberculose na agenda municipal de saúde em São José do Rio Preto. **Metodologia:** Por meio de um instrumento elaborado por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à TB por Villa e Ruffino Netto(2007), foram entrevistados 15 gestores (gerentes de Unidades Básicas de Saúde e coordenadores/diretores técnicos) a partir de um questionário com perguntas específicas sobre a situação da tuberculose na agenda municipal de saúde em São José do Rio Preto. **Resultados:** 53% eram gestores do nível macro de atenção à saúde. 60% responderam que a TB é considerada doença prioritária no município; 53% acreditam que a distribuição de recursos para TB é realizada com base nas necessidades da população a ser atendida; 93% consideram que são disponibilizados incentivos (cesta básica, vale transporte) para os doentes de TB em tratamento; 67% responderam que há regularidade na distribuição destes incentivos; apenas 13% relataram participarem da discussão e definição de ações de controle da TB; 53% afirmaram que são definidas linhas específicas de repasse dos recursos financeiros para TB; 20% confirmaram a participação em discussão e definição de

aplicação de recursos para o controle da TB; 33% afirmaram que o município investe recursos próprios para a TB; apenas 27% reconheceram que os recursos (potes, viatura, motorista, combustível, material de laboratório) são suficientes para atender as necessidades de controle da TB. **Conclusão:** De acordo com a opinião dos gestores, foi possível observar que embora a maioria reconheça a TB como prioritária na agenda municipal de saúde, não ocorre participação efetiva de todos os gestores no planejamento das ações e na discussão e definição de aplicação de recursos para o controle da doença, o que pode estar repercutindo na insuficiência dos recursos como foi afirmado e que evidencia a necessidade de maior envolvimento dos gestores na formulação de políticas e ações de controle da TB no âmbito municipal. Existe uma divergência de opiniões, o que nos remete a refletir sobre a visão real que os gestores do nível de decisão têm sobre a questão, em contrapartida com a dos gestores do nível operacional (gerentes das UBS).

Descritores: Tuberculose; Atenção primária à saúde; Avaliação dos serviços de saúde

AE0.101 AVALIAÇÃO DO CONTROLE DE QUALIDADE DA BACILOSCOPIA DA TUBERCULOSE NO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DO ESTADO DO CEARÁ, PERÍODO DE AGOSTO DE 2007 A ABRIL DE 2008

CREUSA LIMA CAMPELO; REGINA LÚCIA GOMES MURTA; LILIANE FURTADO RODRIGUES; RICARDO CARVALHO AZEVEDO E SÁ; MARIA IRACEMA AGUIAR PATRÍCIO

INSTITUIÇÃO: LACEN - CE. EMAIL: CREUSALIMA@HOTMAIL.COM

Introdução: O Sistema da Garantia da Qualidade (SGQ), segundo recomendações do Consenso Global publicado pela APHL/CDC (2002), tem como finalidade melhor continuamente a confiabilidade e eficiência dos serviços do laboratório. Com relação à bacteriologia da tuberculose deve ser um sistema que vise alcançar a qualidade técnica no diagnóstico laboratorial, fortalecendo conhecimentos, desenvolvendo capacidade técnica e estimulando uma atitude responsável diante do trabalho. Com o surgimento do Programa do Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia da Tuberculose, criado pela Coordenação Geral de Laboratórios (CGLAB) do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS), de acordo com o Consenso Global, foi implantado no Brasil um plano piloto onde 57 municípios foram contemplados com o fundo global, dos quais 03 pertencem à área metropolitana de Fortaleza. **Objetivo:** Avaliar os resultados preliminares obtidos após a implantação do Programa Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia da Tuberculose. **Metodologia:** Foram realizadas 27 visitas e treinamentos em loco nos laboratórios dos municípios de Fortaleza, Maracanaú e Caucaia, os quais foram escolhidos para participarem do projeto por apresentarem maior incidência de casos de tuberculose no estado. **Resultados:** O tamanho da amostra foi 24703 lâminas, das quais foram sorteadas 1800 para análise, com uma amostragem de 80 lâminas por laboratório, seguindo o critério estabelecido pelo Programa, com sensibilidade de 80% e especificidade de 100%, nível de confiança 95%. Do total de lâminas analisadas foram detectados 08 falsos negativos e 11 falsos positivos. **Conclusão:** Verificou-se que os Laboratórios estão desenvolvendo o trabalho dentro dos padrões estabelecidos pelo Programa Nacional Controle da Qualidade da Tuberculose e que o Lacen deve prosseguir com a continuidade das Supervisões e treinamentos para manter a qualidade da baciloscopia da tuberculose.

Descritores: Controle; Qualidade; Baciloscopia; Tuberculose

AE0.102 TUBERCULOSE EM INDÍGENAS DE RONDÔNIA: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DO SINAN (1997-2006)

PAULO CESAR BASTA; LINCONL UCHÔA SIDON

INSTITUIÇÃO: ENSP/FIOCRUZ - RJ. EMAIL: LINCONL@ENSP.FIOCRUZ.BR

Introdução: No Brasil, o impacto da tuberculose (TB) sobre as populações indígenas é muito significativo. Em Rondônia (RO) a situação da doença também não é diferente, sua presença é marcante principalmente nesses grupos mais vulneráveis. Para analisar a situação da TB nessas populações recorreu-se aos casos notificados junto ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período disponível de 1997-2006. Realizou-se um estudo epidemiológico descritivo com classificação dos casos em duas categorias, indígenas e não-indígenas, através de busca da variável de identificação do indivíduo notificado (nome), já que seu sobrenome no estado pode identificá-lo quando indígena pela etnia a que pertence. O preenchimento da variável raça/cor no SINAN não é obrigatório e estava disponível em apenas 47% dos casos. Após classificação em categorias, o total de casos de TB indígena passou de 187 para 420 (incremento de 124%). A taxa de incidência média de TB (todas as formas) no período foi 281,7/100.000 entre todos os indígenas e nas crianças <15anos 976,6/100.000 ($X^2=21,6$; 2gl; p -valor<0,001), enquanto que nos não-indígenas foi 36,5/100.000 e nas crianças <15 anos 5,2/100.000, sem predominância de sexos. Dos exames realizados, houve confirmação baciloscópica em apenas 32,8% dos casos indígenas e 54,1% dos não-indígenas ($X^2=84,1$; 2gl; p -valor<0,001). Dos 360 Rx de tórax indígenas, 85,5% apresentaram laudos suspeitos de TB frente a 80,8% nos não-indígenas. Realizou-se PPD em 18,4% dos indígenas e 22,1% dos não-indígenas, sendo que em 13,0% e 14,1%, respectivamente, foram observadas reações >10mm. Houve predominância da forma pulmonar entre os indígenas (91,0%) e não-indígenas (87,7%) e a cultura de escarro foi pouco utilizada em ambas as categorias ($\pm 8,0\%$ dos casos). O regime de tratamento DOTS foi instituído em 21,8% dos indígenas e 12,6% dos não-indígenas ($X^2=46,8$; 3gl; p -valor<0,001). Quanto à situação de encerramento, nos indígenas se observou maiores proporções de cura e menores de abandono e óbitos, em relação aos demais grupos: 84,1% contra 68,8%; 3,4% para 14,6%; 3,6% e 4,6%, respectivamente ($X^2=53,3$; 5gl; p -valor<0,001). Primeiramente, percebe-se uma fragilidade do SINAN/TB/RO, visto que grande parte dos casos notificados entre indígenas não se encontram classificados por raça/cor e outros estão de forma equivocada. Os indicadores analisados revelam maior impacto da TB nas populações indígenas em relação aos demais habitantes do estado, com destaque às crianças <15 anos. De forma geral, nota-se que o diagnóstico foi baseado principalmente no Rx, com poucos casos de confirmação bacteriológica. No entanto, chamam-nos atenção que os melhores resultados no tratamento foram entre os indígenas.

Descritores: Tuberculose; Índios; Amazônia

AE0.103 PERFIL DOS SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EM UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO BOA VISTA - CURITIBA, PARANÁ

BETINA MENDEZ ALCÂNTARA GABARDO; ANDREA MACIEL DE OLIVEIRA ROSSONI; ANDRESSA SPRADA; MARISA CRISTINA ROMÃO MATTAR; JANE APARECIDA FELIPINI

SOUZA; VERA WITASKI MACHADO; ELISA PEDROSO DE MAGALHÃES BONETTE; MARIA JOSÉ FONSECA; SELEMAR FAUSTINO DOS SANTOS; MARJORIE CRISTINE FELIZ; BEATRIZ RIBEIRO DITZEL PATRIOTA; CAMILA APARECIDA ARAUJO

INSTITUIÇÃO: SMS - PR. EMAIL: BETINAMAG@BRTURBO.COM.BR

Introdução: A detecção do Sintomático Respiratório (SR) é chave essencial para o diagnóstico precoce da tuberculose (TB). Desta forma as características deste grupo são importantes para se avaliar estratégias de captação dos mesmos. **Objetivos:** Descrever o perfil dos SR e positividade da baciloscopia do escarro na investigação dos mesmos. **Métodos:** Estudo descritivo para investigação de SR (tosse > três semanas), em >18 anos, em 12 Unidades de Saúde (US) do Distrito Sanitário Boa Vista, Curitiba, na primeira quinzena de abril/08. **Resultados:** Incorporou-se 60 pacientes no estudo, posteriormente seis excluídos por apresentarem tosse menos de três semanas (14 a 21 dias) e seis por não terem exames encaminhados ao laboratório, analisando-se um total de 48 pacientes. Em relação ao tipo de US do atendimento, não houve diferença. 98% dos pacientes foram captados como SR (mediana de tosse 30 dias), porém apenas um paciente, referia exclusivamente tosse; 66% referiam asma associada; 60% rouquidão e dispnéia; 52% chiado; 48% dor torácica; 46% sudorese noturna e emagrecimento (36% perda de 10% ou mais do peso); 44% hiporexia; 21% febre; 19% inguas e 13% hemoptise. 52% referiam algum tipo de doença pulmonar de base. A idade variou de 19 a 78 anos (mediana 56); 54% sexo feminino; 77% etnia branca; 46% união estável; 42% do lar e 30% desempregados; em 17% o chefe da família não frequentou escola e 54% não concluiu ginásio. Apenas um paciente foi detento nos últimos dois anos, nenhum é morador de rua ou asilo, nem profissional de saúde. 19% nunca fumaram e 54% são fumantes atuais; 15% referiam uso de droga e 31% apresentavam CAGE positivo. Em relação ao contato com TB 15% apresentavam domiciliar/familiar e 13% no círculo de amizade/trabalho. 8% relataram TB prévia. Todos pacientes nascidos após introdução de rotina da BCG apresentavam cicatriz vacinal. Quando adoecem 98% procuram US e 79% conhecem seu agente de saúde. Comparando o conhecimento do agente de saúde entre os tipos de US 100% dos pacientes das unidades PSF conhecem seu agente, em comparação com 58% das unidades básicas ($p < 0,003$). 62% das amostras enviadas não eram representativas de trato respiratório inferior (saliva e/ou material insuficiente), mesmo após capacitação dos profissionais para coleta adequada e proibição do envio de saliva ao laboratório. Não houve diferença entre o sexo nas amostras inadequadas. A positividade da baciloscopia foi de 2% (um dos pacientes excluídos do estudo, por tosse há 15 dias, era baciloscopia positiva). **Conclusão:** Este estudo reflete a importância da valorização da tosse na detecção de casos precoces de TB, pois quase a totalidade dos pacientes captados referia apenas este sintoma, mas durante a investigação já se constituíam suspeitos de TB e não somente SR. A baixa positividade dentre os investigados talvez se deva pelo grande número de amostras com qualidade inadequada.

Patrocínio: CNPq (410538/2006-0), ICOHRTA AIDS/TB (Grant#5U2R TW006883-02)

Descritores: Sintomático respiratório; Diagnóstico; Busca ativa tuberculose

AE0.104 O TRABALHO EM EQUIPE NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA - BA

KÉRCIA NASCIMENTO SILVA; MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; JULIANA FERREIRA BARBOSA; ITANA PIMENTA DE OLIVEIRA; MICHELE SANTANA COELHO PEDREIRA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-BA. EMAIL: KERCIA_NASCIMENTO@YAHOO.COM.BR

Introdução: O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) vem como proposta de controle, tratamento e erradicação da tuberculose (TB) frente a um quadro de persistência e/ou recrudescimento da TB em vários municípios brasileiros (SOUZA et al., 2005). Nesse aspecto, o trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas, tendo em vista que, a ação interdisciplinar, pode possibilitar a (re)construção de uma prática transformadora para intervir na realidade do indivíduo e coletividade (ARAÚJO, 2006). Sendo assim, é imprescindível que a equipe de saúde do Programa articule uma nova dimensão do Trabalho em Equipe, de inegável importância para um acompanhamento de qualidade, a fim de promover uma resposta eficaz as demandas da população. **Objetivos:** Compreender como os trabalhadores do PCT, sob sua ótica, desenvolvem as ações em equipe; e analisar a interação entre esses trabalhadores no exercício da prática no Programa. **Métodos:** Estudo qualitativo, numa perspectiva crítica e reflexiva. Foram utilizadas como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática com todos os profissionais de saúde da equipe do PCT, do Centro de Saúde Especializado (CSE) de Feira de Santana - BA; o método de análise foi a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os resultados mostram que o trabalho tem características de ser coletivo, onde a comunicação e diálogo são instrumentos de referência à união da equipe e ao bom relacionamento, podendo ser utilizados para práticas diferenciadas na busca da produção de saúde. Contudo, o trabalho desenvolvido se constitui em práticas desarticuladas, com limites na condução do trabalho, diante da dominação do modelo médico-centrado, em que uma minoria se esforça para uma articulação da equipe. Observou-se também que há uma nítida divisão do trabalho na dimensão organizativa do processo produtivo da equipe que se caracteriza pela realização de inúmeras atividades; sendo elas assistenciais, educativas e gerenciais, o que incide diretamente sobre a produção de cuidados, que é tido como natural. No entanto, ao mesmo tempo, desloca-se o objeto/sujeito da atenção à saúde, que deve ser o usuário, pessoa portadora de TB. Por conseguinte, outros entrevistados ainda afirmaram que a articulação entre a equipe se dá de forma amigável, situação que diverge da realidade observada no campo, onde percebeu-se que o profissional médico, no seu modo de produção de cuidado ainda se encontra distanciado dos usuários, isolado de um trabalho mais coletivo e multiprofissional. **Conclusão:** Por fim, compreende-se que é preciso estabelecer relações horizontalizadas e democratizantes, na construção de trabalhadores e usuários cidadãos. O processo de trabalho em saúde terá que ser fundamentado em relações respeitadas e prazerosas, mesmo reconhecendo os conflitos presentes no dia-a-dia na equipe.

Descritores: Trabalho em equipe; Tuberculose; Práticas

AE0.105 TRABALHO DA EQUIPE DE SAÚDE NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA - BA: DIFICULDADES E FACILIDADES

KÉRCIA NASCIMENTO SILVA; MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; JULIANA FERREIRA BARBOSA; ITANA PIMENTA DE OLIVEIRA; MICHELE SANTANA COELHO PEDREIRA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-BA. EMAIL: KERCIA_NASCIMENTO@YAHOO.COM.BR

Introdução: INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) é uma doença grave, porém curável em praticamente 100% dos casos novos, desde que os princípios da quimioterapia sejam seguidos. A adoção da quimioterapia de curta duração (seis meses) requer profissionais de saúde capacitados, um trabalho em equipe, que se responsabilize e preste uma assistência integral aos usuários, além de disponibilização de recursos materiais suficientes e atividades educativas para reforçar a adesão ao tratamento (FERREIRA; SILVA; BOTELHO, 2005). Assim, tal temática se insere na prática da equipe que atua no Programa de Controle da Tuberculose (PCT), com a proposta de dimensão cooperativa, que integraliza a ação e complementa o processo de produção; diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso das tecnologias no exercício do trabalho (RODRIGUES; ARAÚJO, 2007). **Objetivo:** Apontar as dificuldade(s) e/ou facilidade(s) encontradas pela equipe de saúde no desenvolvimento das atividades de controle e tratamento da TB no PCT em Feira de Santana-BA. **Métodos:** Estudo qualitativo, numa perspectiva crítica e reflexiva. Foram utilizadas como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática com todos os profissionais de saúde da equipe do PCT, do Centro de Saúde Especializado (CSE) de Feira de Santana - BA; o método de análise foi a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Os resultados apontaram como dificuldades: utilização de outros serviços fora do âmbito do Programa como internamento em unidades hospitalares; acesso a realização de exames especializados e expedição de laudo do raio X, limitando muitas vezes a agilidade do tratamento com prejuízo ao usuário do serviço. Uma outra dificuldade é a escassez de transporte para realização das buscas de faltosos para as visitas domiciliares e entrega das cestas básicas, ações necessárias para a efetividade do trabalho. Observou-se também nas falas dos entrevistados que há um déficit de recursos humanos e a baixa capacitação dos mesmos para o trabalho no PCT. Como facilidades foram apontadas: profissionais disponíveis no Programa todos os dias, uma vez que a presença possibilitará o acesso efetivo e, conseqüentemente, a credibilidade das ações desenvolvidas; além das relações interpessoais dialógicas e humanizadas entre profissionais e usuários, que geram acolhimento e vínculo. **Conclusão:** Compreende-se que em se tratando de uma enfermidade que assola com a teimosia inexorável de uma endemia que não tem paradeiro, os obstáculos identificados nas práticas da equipe, requerem que novos olhares sejam gerados, a fim de que possa ser reconstruído o processo de trabalho, tornando-se eficaz e efetivo. Estes obstáculos potencializam as chances de abandono, pouca resolubilidade para uma enfermidade social que é considerada prioridade; além disso, a disseminação da doença pode gerar maior dificuldade para promover à saúde, prevenir e controlar a doença.

Descritores: Trabalho; Equipe da Saúde; Tuberculose;

AE0.106 ACOLHIMENTO AOS USUÁRIOS DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA - BA

KÉRCIA NASCIMENTO SILVA; MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; ITANA PIMENTA DE OLIVEIRA; JULIANA FERREIRA BARBOSA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; MICHELE SANTANA COELHO PEDREIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-BA. EMAIL: KERCIA_NASCIMENTO@YAHOO.COM.BR

Introdução: O acolhimento é entendido como uma atitude de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades. Desse modo, funciona como um dispositivo, que pode ser utilizado por qualquer profissional, a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção aos usuários (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). Sendo assim, o acolhimento precisa ser inserido nas práticas da equipe de saúde do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), de modo a permitir mudanças no processo de trabalho, contribuindo não só na recuperação da saúde dos usuários, como também no favorecimento para um controle e tratamento mais eficiente e eficaz. **Objetivo:** Compreender o acolhimento enquanto dispositivo inserido nas práticas do Programa de Controle da Tuberculose de Feira de Santana - BA. **Método:** Estudo qualitativo, numa perspectiva crítica e reflexiva. Foram utilizadas como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática com todos os profissionais de saúde da equipe do PCT, do Centro de Saúde Especializado (CSE) de Feira de Santana - BA; o método de tratamento do material empírico foi a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Evidenciou-se um entendimento por parte de alguns entrevistados do que vem a ser acolhimento, configurado nas suas atividades, pelas ações desenvolvidas para atendimento do usuário, com vistas à resolução dos problemas trazidos por ele. Em alguns momentos, observou-se que a relação torna-se mais humana e solidária e o procedimento é centrado na necessidade do usuário, o que é, sem dúvida, um grande começo para que o processo de trabalho seja modificado; em outros, a ação volta-se somente para a resposta a uma queixa-condução, procedimento-centrada. Em geral, as relações entre usuários e a equipe do PCT, são caracterizadas por atendimentos focalizados, centrados na doença, com orientações sobre o tratamento, não havendo espaço para o diálogo ou algum tipo de interação. No decorrer da espera para o atendimento no Programa, os usuários em sua maioria, ficam desconfortáveis, pois não há bancos disponíveis para sentarem, levando alguns deles a sentarem no chão, aguardando sua vez para a consulta, uma situação desagradável e inadequada aos direitos humanos, em desacordo ao acolhimento nos serviços de saúde. Para tanto, entende-se que acolher também configura proporcionar condições dignas suficientes para que as necessidades de saúde dos usuários sejam atendidas; e nessa lógica, inclui-se boa recepção, com atendimento prioritário aos que assim precisam, sendo necessária a aproximação de um profissional para se comunicar, escutar e conhecer a real situação de saúde do usuário, para assim intervir. **Conclusão:** Por fim, entende-se que uma prática acolhedora pode ser conseguida, desde que a equipe multiprofissional seja comprometida em resolver os problemas de saúde dos usuários, através da interação e de um atendimento integral e humanizado.

Descritores: Acolhimento; Práticas; Tuberculose

AE0.107 PRÁTICAS (DES) HUMANIZADAS NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA-BA

KÉRCIA NASCIMENTO SILVA; MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; ITANA PIMENTA DE OLIVEIRA; JULIANA FERREIRA BARBOSA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; MICHELE SANTANA COELHO PEDREIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-BA. EMAIL: KERCIA_NASCIMENTO@YAHOO.COM.BR

Introdução: Na reflexão sobre humanização das práticas de saúde, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, inclui usuários e trabalhadores, referindo-se diretamente na incorporação de uma relação dialógica, com aumento do grau

de co-responsabilidade nessa produção, com ênfase na identificação das necessidades sociais de saúde (OLIVEIRA; COLLET; VIEIRA, 2006). Assim, se insere na prática da equipe que atua no Programa de Controle da Tuberculose (PCT), com a proposta de intervir no cotidiano de vida dos indivíduos e família, haja vista que para o alcance do controle da doença requer relações de confiança, com estabelecimento de vínculos solidários. **Objetivo:** Compreender o significado de humanização das práticas de saúde dos profissionais que atuam no PCT; e analisar a incorporação no cotidiano destes profissionais. **Métodos:** Estudo qualitativo, numa perspectiva crítica e reflexiva. Foram utilizadas como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática com todos os profissionais de saúde da equipe do PCT, do Centro de Saúde Especializado (CSE) de Feira de Santana - BA; o método de tratamento do material empírico foi a análise de conteúdo temática. **Resultados:** Na realidade estudada foram observadas práticas de saúde caracterizadas por uma abordagem comunicacional - profissionais-usuários, observada desde o uso de uma linguagem técnica impessoal a autoritária ou paternalista até aquela que "infantiliza" os usuários, sobressaindo-se muitas vezes a impessoalidade entre os sujeitos - profissionais de saúde e usuários. Ou seja, o usuário comumente é considerado um "objeto" nessa relação. Contudo, a comunicação estabelecida entre os diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde é necessária e de grande importância para que sejam criados vínculos entre os sujeitos, e a assistência prestada seja mais humanizada. O significado sobre a humanização por parte de alguns trabalhadores, no geral, é o "tratar bem". Outros, diferentemente, entendem ser uma prática humanizada "não maltratar o paciente". Diante disso, compreende-se que, tomando como princípio um serviço de saúde e, que dentro dessa lógica é um local de produção de cuidados, as pessoas procuram os serviços quando precisam satisfazer alguma necessidade de saúde, o qual se configura um momento de grande fragilidade do ser humano. Desse modo, muitos chegam no PCT cheios de medo, inseguros, e quem está ali para atendê-los é também humano, e, portanto, o tratamento teria que ser humanitário e solidário, numa relação intersubjetiva entre os sujeitos: profissional-usuário. **Conclusão:** Percebe-se que a humanização depende ainda de mudanças das pessoas; na possibilidade de transformar o trabalho em processo prazeroso, com momentos de confiabilidade e esperança; e de facilitar a construção de vínculos entre equipe e usuários, através da responsabilidade mútua como dispositivo de mudança na prática cotidiana do PCT. **Descritores:** Humanização; Práticas; Tuberculose;

AE0.108 VÍNCULO NAS PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT) EM FEIRA DE SANTANA - BA

KÉRCIA NASCIMENTO SILVA; MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; ITANA PIMENTA DE OLIVEIRA; JULIANA FERREIRA BARBOSA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; MICHELE SANTANA COELHO PEDREIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-BA. EMAIL: JUFBARBOSA@YAHOO.COM.BR

Introdução: O vínculo implica em mais do que conhecer as pessoas e seus problemas; a equipe de saúde deverá manter relações próximas, que leve ao outro a se sensibilizar com todo o sofrimento daquele outro, com responsabilidade e compromisso pela vida do usuário; o vínculo é um dispositivo que faz parte das tecnologias das relações, necessárias nos processos de produção de saúde, estando em consonância com a integralidade. No tocante a tuberculose, o vínculo, por sua vez, constitui um importante princípio no cuidado ao doente, uma vez que oportuniza uma relação de confiança, diálogo e respeito entre o profissional de saúde e o usuário do PCT, passando esse a compreender a significância de seu tratamento, seguindo corretamente as orientações da terapêutica (SÁ, et al, 2007; SCHIMITH; LIMA, 2004). **Objetivos:** Analisar o trabalho da equipe de saúde do PCT de Feira de Santana-BA, no que se refere à produção de vínculo com os usuários do serviço. **Métodos:** Estudo qualitativo, numa perspectiva crítico-analítica. Foram utilizadas como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática com todos os profissionais de saúde da equipe do PCT, do Centro de Saúde Especializado (CSE) de Feira de Santana - BA; o método de análise foi análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados mostram que os sujeitos operam em certa sintonia com as tecnologias leves: o vínculo e o acolhimento, dentro da perspectiva de humanizar as relações no trabalho vivo em ato, mas que tem ainda muito a ser feito. Concretamente observou-se que existem no serviço obstáculos para geração de vínculos entre a equipe de saúde e alguns usuários do Programa, como na situação de alguns fazerem acompanhamento particular e usarem o serviço apenas para recebimento da medicação, o pouco ou nenhum contato que aí é gerado; alguns entrevistados referiram que uma das dificuldades para a adesão ao tratamento, e que consequentemente limita o estabelecimento de vínculo são usuários de álcool e/ou drogas por maior possibilidade de abandono. Outro aspecto relatado é a existência de preconceito e estigma com a tuberculose, configurando-se numa barreira para a comunicação/vínculo. Mas esses limites podem ser minimizados a partir de profissionais esclarecidos e preparados, desenvolvendo ações articuladas às tecnologias leves, o que possibilita a população ser mais esclarecida sobre a doença, com informações estratégicas investidas na promoção da saúde, com medidas educativas e ações intersetoriais. **Conclusão:** Assim, acredita-se que o vínculo gerado no encontro entre os profissionais e usuários do Programa, poderá facilitar a produção de uma responsabilidade em torno do problema que vai ser enfrentado, ou mesmo na busca da confiança das pessoas atendidas, numa relação empática e sem pré-julgamentos devido à necessidade do processo de cuidado englobar além da competência técnica, os aspectos interpessoais e humanísticos da relação profissional-paciente-família. **Descritores:** Vínculo; Equipe de saúde; Tuberculose;

AE0.109 PRIORIDADE NAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA - BA

KÉRCIA NASCIMENTO SILVA; MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; ITANA PIMENTA DE OLIVEIRA; JULIANA FERREIRA BARBOSA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; MICHELE SANTANA COELHO PEDREIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-BA. EMAIL: KERCIA_NASCIMENTO@YAHOO.COM.BR

Introdução: A tuberculose é uma doença enraizada de cunho social, ainda hoje carregada de um estigma, com predominância em populações marcadas por um nível significativo de pobreza. Neste sentido, é prioritário que nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuário haja oportunidade de promoção da saúde e prevenção da doença, com a sensibilização da população para que eles possam por meios apropriados desenvolverem a auto-responsabilidade e auto-cuidado (LIMA et al., 2004; MUNIZ et al., 2005; SOUZA et al., 2005).

Entretanto, as práticas desenvolvidas no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) muitas vezes acabam por priorizar as ações vinculadas ao modelo biomédico, em detrimento das atividades e saberes relacionados à produção do cuidado, a exemplo as ações educativas, preventivas e comunicacional que tendem a ratificar as relações assimétricas, dentre elas a de subordinação, mesmo quando defende divisão e recomposição dos trabalhos (PEDUZZI, 2001). Sendo assim, destacamos a necessidade de uma atitude crítica, que permita um aprimoramento não só do seu saber diário, com incorporação do conhecimento técnico-científico, como também numa prática humanizada, responsável e efetiva. **Objetivos:** Discutir a(s) prioridade(s) nas ações desenvolvidas pelos profissionais no PCT em Feira de Santana - BA. **Métodos:** Estudo qualitativo, numa perspectiva crítico-analítica. Foram utilizadas como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática com todos os profissionais de saúde da equipe do PCT, do Centro de Saúde Especializado (CSE) de Feira de Santana - BA; o método de análise foi análise de conteúdo. **Resultados:** A partir dos resultados observou-se que as atividades que os entrevistados colocam como de cunho prioritário são as mais diversas, mas, na sua grande maioria não tão evidenciadas, apesar de algumas mais explícitas, tem o enfoque na cura da doença - tuberculose. Apesar desta visão curativista, alguns entrevistados trazem aspectos importantes quanto ao seguimento correto do tratamento pelos pacientes, tendo em vista as consequências que advêm da não adesão, ou seja, ao não concluírem a terapêutica, repercutem tanto negativamente no PCT como no usuário com a cronicidade, a morte e a disseminação dessa patologia. Entretanto, é importante que sejam vistos outros aspectos, como a confiança no serviço, nos profissionais, na percepção da eficácia do tratamento; e o apoio da família, os quais são também relevantes para que o usuário do Programa possa dar continuidade ao tratamento. **Conclusão:** Enfim, neste estudo foi relatado que a equipe tem um objetivo comum; todavia, que como se trata de um Programa governamental focalizado, cuja meta é a cura de pacientes para impedir a transmissão do bacilo, as ações são desenvolvidas por um grupo de pessoas com habilidades complementares, que mantêm uma relação comunicativa, mas repetindo um trabalho fragmentado, centrado no enfoque biológico individual. **Descritores:** Ações; Prioridade; Tuberculose;

AE0.110 DIÁLOGO INSERIDO NAS PRÁTICAS DA EQUIPE DE SAÚDE DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA-BA

KÉRCIA NASCIMENTO SILVA; MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; JULIANA FERREIRA BARBOSA; ITANA PIMENTA DE OLIVEIRA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; MICHELE SANTANA COELHO PEDREIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA-BA. EMAIL:KERCIA_NASCIMENTO@YAHOO.COM.BR

Introdução: Partiu-se do pressuposto que o trabalho em saúde é sempre relacional, porque depende de "trabalho vivo" em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está produzindo. Estas relações podem ser de um lado, sumárias e burocráticas, onde a assistência é centrada no ato prescritivo, oriundo do modelo médico-centrado que tem, na sua natureza o saber médico hegemônico, produtor de procedimentos. Por outro lado, as relações podem se dar na interação estabelecida no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde, aí incluso o diálogo das mais variadas formas inseridas na micropolítica do processo de trabalho em saúde (MERHY, 2002; OLIVEIRA, COLLET e VIEIRA, 2006; SCHIMITH e LIMA, 2004). **Objetivos:** Este estudo tem como objetivo compreender de que forma se dá o diálogo entre trabalhadores de saúde e usuários na produção do cuidado no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em Feira de Santana - BA. **Métodos:** Estudo qualitativo, numa perspectiva crítico-analítica. Foram utilizadas como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada e a observação sistemática com todos os profissionais de saúde da equipe do PCT, do Centro de Saúde Especializado (CSE) de Feira de Santana - BA; o método de análise foi análise de conteúdo. **Resultados:** No desenvolvimento das práticas observou-se que o diálogo é unilateral, centralizado no profissional, que se pronuncia mais do que escuta; o usuário se limita a ouvir. Há convergência de alguns entrevistados da importância de se manter uma relação com o usuário através de diálogo, que é o momento onde são conhecidas as necessidades dele. Outro aspecto relevante encontrado é a preocupação dos profissionais com a linguagem utilizada, tendo em vista que a ação terapêutica deve ser compreendida por todos os envolvidos para que se produzam os resultados esperados, uma vez que poderá ocorrer o risco de se inviabilizar todo o processo de trabalho caso não haja uma boa prática relacional, eficaz e humanizadora entre profissional-usuários. Por conseguinte, foram identificados aspectos que comprometem a manutenção de uma relação dialógica e humanizadora entre os sujeitos, a partir das tecnologias das relações ferramentas do cuidado, como a quantidade de fichas a serem preenchidas pelos profissionais e consequentemente as conversas se limitam a questionamentos monossilábicos, produzindo práticas centradas no modelo biomédico. **Conclusão:** Dessa forma, concluiu-se que o diálogo é um importante instrumento para a vinculação dos usuários ao serviço com a responsabilização do cuidado pela equipe, sobretudo, para que haja a produção de saúde, com vistas a manutenção de relações mais horizontais, de confiança para com a equipe de saúde, à qual o usuário está vinculado, no seu projeto terapêutico.

Descritores: Dialogo; Práticas; Tuberculose;

AE0.111 A CULTURA PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE NO ESTADO DE S. PAULO

VERA MARIA NEDER GALESI; MARIA JOSEFA PENON RUJULA; LAEDI ALVES RODRIGUES SANTOS

INSTITUIÇÃO: DIVISÃO DE TUBERCULOSE SES - SP. EMAIL: VERAGALESI@UOL.COM.BR

Introdução: A tuberculose é doença que pode e deve sempre ser confirmada bacteriológicamente, seja pela utilização da baciloscopia de escarro e outros materiais seja pela cultura. A cultura por sua maior especificidade e sensibilidade é padrão ouro para o diagnóstico. Sua vantagem é que quando realizada no meio sólido, em razão de crescimento lento do bacilo é demorada. Deve-se hoje utilizar sempre que possível meios líquidos automatizados para agilizar os resultados especialmente em populações vulneráveis como portadores de HIV, detentos, profissionais de saúde, etc. As indicações de realização de cultura para o diagnóstico da tuberculose no Estado de S. Paulo, estão em consonância com as normas nacionais, foram também publicadas em 2006 em diário oficial e amplamente veiculadas nas instituições públicas. Existem cerca de 60 laboratórios capacitados para realização do exame no Estado. É de se pensar portanto que aparentemente não há impedimentos para que este método seja amplamente utilizado. **Objetivo:** avaliar a realização da cultura segundo as recomendações estaduais. **Métodos:** foram utilizados os sistemas de informação estaduais

na web, Labtb eTbWeb. Resultados e Discussão: No ano de 2007 foram realizadas 113 404 culturas para diagnóstico de tuberculose, tendo havido um acréscimo de 47 % na realização do exame quando comparado a 2003(78 500). Cerca de 57% dos casos diagnosticados tem indicação do exame, porém apenas 48,7% deles realizaram o mesmo em 2007. Para as formas extrapulmonares foram realizadas 12,8% de culturas a menor percentagem e entre as populações vulneráveis os profissionais de saúde foram os que tiveram menor percentagem de casos confirmados pela cultura (25,5%) enquanto os detentos tiveram a maior percentagem (61,9%). Estes valores também não são homogêneos nas diversas regiões do Estado. A cultura para o HIV positivo foi de 61 % na região de Marília e de 16,8 % na região de Santos. Conclusões: Possíveis razões para o Estado não atingir as metas de realização de cultura vão desde questões referentes aos profissionais de saúde que não solicitam o exame, a demora do resultado e outros fatores peculiares a cada região. Há necessidade de pesquisas operacionais para identificar áreas com maiores dificuldades e conhecer a opinião dos profissionais a respeito. Propõe-se implantar e ou expandir o método automatizado, informar exaustivamente os profissionais a respeito do método e priorizar regiões para implantar cultura universal.

Descritores: Diagnóstico bacteriológico da tuberculose; Cultura automatizada; Pesquisa operacional

AE0.112 VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAIS E DOENTES DE TUBERCULOSE (TB) EM FEIRA DE SANTANA-BA, 2007

MARIA YANÁ GUIMARÃES SILVA FREITAS; ELISÂNGELA MASCARENHAS DA SILVA; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO; CAMILA NEIVA LEMOS SILVA; RITA DE CÁSSIA MOREIRA ROCHA; JULIANA ALVES LEITE

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - BA. EMAIL: YANAFREITAS@UOL.COM.BR

Introdução: O município de Feira de Santana é um dos 23 municípios baianos prioritários para o controle da Tuberculose (Tb). O termo de compromisso de gestão foi assinado em 2007, contemplando ações para o fortalecimento do controle de doenças emergentes sob competência da Atenção Básica. Neste contexto, faz-se necessário estabelecer vínculo entre os doentes e profissionais para alcançar o controle e a cura em 85%, conforme preconiza o Ministério da Saúde. Para Starfield, (2004) vínculo corresponde à fonte constante e regular de atenção dispensada ao ser humano e seu uso ao longo do tempo, estabelecendo laços afetivos. No Programa de Controle de Tuberculose (PCT) o vínculo deve ser estabelecido através do reconhecimento da população adscrita e da identificação de sintomas respiratórios; além da realização de exames da confirmação de casos, do início do tratamento. **Objetivo:** Avaliar o vínculo estabelecido entre profissionais de saúde e doentes de Tb atendidos em Feira de Santana-BA. **Métodos:** Utilizou-se o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000), adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). O mesmo foi adaptado em 2007 para a atenção à Tb por Villa e Ruffino Netto. O questionário foi adotado como instrumento de coleta de dados para 100 doentes e 14 profissionais, com análise de variância através da ANOVA paramétrica e não paramétrica, aceitando a significância de p 0,05 e perguntas com escala de possibilidade de Likert (0-não sei, 1-nunca, 2-quase nunca, 3-às vezes, 4-quase sempre, 5-sempre). **Resultados:** As respostas para as variáveis: "doente atendido pelo mesmo profissional", "fala com mesmo profissional nos retornos", "há entendimento das perguntas do doente", "são esclarecidas as dúvidas", "responde claro as perguntas do doente", "queixas são anotadas no prontuário", "explica sobre uso dos medicamentos", "pergunta sobre medicamentos em uso", "conversa sobre problemas sociais com médico", "enfermeira", "outros profissionais", demonstraram semelhança entre os grupos com respostas que variam entre quase sempre e sempre. Porém, nas variáveis o profissional conversa com você sobre outros problemas de saúde e "doente procura conversa com auxiliar de enfermagem e com Agente Comunitário de Saúde sobre problemas sociais" não demonstram semelhança entre os grupos, com média de respostas que variam respectivamente de 2,93 para doentes e 4,00 para profissionais; 2,18 para doente e 3,71 para profissional; 1,68 para doentes e 3,28 para profissionais com melhor avaliação realizada pelo profissional e as piores pelos doentes. Os resultados mostraram grau de concordância entre doentes e profissionais na maioria das respostas. **Conclusão:** O estudo mostrou que as ações do PCT em Feira de Santana estabelecem vínculo entre doentes e profissionais, com predomínio de variáveis convergentes, demonstrando fortalecimento nessa dimensão apesar do atendimento ser ainda centralizado em uma Unidade de Referência. **Descritores:** Vínculo; Profissionais; Doentes de tuberculose

AE0.113 PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS PACIENTES DE TUBERCULOSE EM FEIRA DE SANTANA-BA, 2007

MARIA YANÁ GUIMARÃES SILVA FREITAS; MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; CAMILA NEIVA LEMOS SILVA; ADRIANO MAIA DOS SANTOS; RITA DE CÁSSIA MOREIRA ROCHA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - BA. EMAIL: YANAFREITAS@UOL.COM.BR

Introdução: A Tuberculose (Tb) é uma doença com profundas raízes sociais e está ligada à pobreza e a má distribuição de renda, além de acometer pessoas em idade produtiva e se caracterizar, ainda como problema de saúde pública, mesmo sendo conhecida desde a antiguidade. A Organização Mundial de Saúde, na última década do século XX, considerou a Tb uma preocupação mundial, situando o Brasil no 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos no mundo (BRASIL, 2000), faz-se necessária execução de políticas públicas que venham fortalecer a capacidade de resposta das doenças emergentes em todos os municípios. Feira de Santana, por ser a maior cidade do interior da Bahia em contingente populacional, é um dos 23 municípios baianos considerados como prioritários para o controle da Tuberculose. **Objetivo:** Caracterizar o perfil sócio-demográfico dos pacientes de tuberculose no município de Feira de Santana-BA em 2007. **Métodos:** estudo quantitativo descritivo, que utilizou o item informações sócio-demográficas sobre o doente de tuberculose, baseado no instrumento Primary Care Assessment too e (PACT) elaborado por Starfield e Macinko (2000) Este instrumento foi adaptado e avaliado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). O mesmo foi adaptado em 2007 para atenção a tuberculose por Villa e Ruffino-Neto. Foram preenchidos questionários de 100 doentes que estavam em tratamento na unidade de referência para o controle da TB. Calculou-se a frequência dos dados através do Programa Estatística versão 6.1 construiu-se tabela de frequência para cada pergunta. **Resultados:** O estudo mostra através do resultado de frequência que 71% dos doentes são do sexo masculino; 41% não concluíram o ensino fundamental e 18% não são escolarizados;

76% dos doentes residem em casa própria e 22% em casa alugada; 100% de domicílios são eletrificados, 88% com água encanada, 90% com banheiro no domicílio, 76% dispõe de geladeira, 71% tem telefone fixo ou celular. Observou-se também que, 91% têm rádio e 93% televisão, 74% dos domicílios tem mais de cinco cômodos e 59% dos domicílios são ocupados por quatro ou mais pessoas; e 42% relatam sentir-se bem com o tratamento para tuberculose nos 30 dias. **Conclusão:** O perfil de doentes com Tb em sua grande maioria é do sexo masculino, com a escolaridade ainda baixa. Observa-se que mais de 70% dispõe de casa própria, com bens de consumo como geladeira, luz elétrica, celular, entre outros, indicando uma melhoria nas condições de vida da pessoa acometida com Tuberculose.

Descritores: Perfil sócio-demográfico; Pacientes; Tuberculose

AE0.114 DESEMPENHO DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT) QUANTO ÀS AÇÕES DE ORIENTAÇÃO À SAÚDE

JULIANA FERREIRA BARBOSA; MARIA ANGELA ALVES DO NASCIMENTO; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; CAMILA NEIVA LEMOS SILVA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; KÉRCIA NASCIMENTO SILVA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - BA. EMAIL: JUFBARBOSA@YAHOO.COM.BR

Introdução: A Bahia é o terceiro estado em casos de Tuberculose (TB) e primeiro no Nordeste. Feira de Santana é a segunda cidade do estado em contingente populacional, está entre os 23 municípios prioritários para o controle da TB, com uma cobertura de aproximadamente 60% no PSF. O município em 2007 apresentou 174 novos casos de TB, com 14 em tratamento supervisionado e uma taxa de cura de 82% (FEIRA DE SANTANA, 2008). As práticas de promoção e prevenção das doenças são capazes de modificar o perfil da doença e o modo como ela é vista pela comunidade. Assim, a mobilização da comunidade e dos grupos de risco afetados é imprescindível para a luta contra a TB. Tal afirmativa corrobora com a Declaração de Amsterdã para combate à TB, na qual os governos se comprometem a monitorar e avaliar os seus programas de controle, através de parcerias com ONG e com a comunidade (SANTOS FILHO, 2007). **Objetivo:** Avaliar o desempenho dos profissionais de saúde do Programa de Controle da Tuberculose quanto às atividades desenvolvidas na orientação à comunidade. **Metodologia:** Estudo de avaliação de serviços de saúde; aplicado um questionário, no qual as variáveis utilizadas estão relacionadas à dimensão orientação para a comunidade, participaram do estudo 14 profissionais do PCT e os 100 doentes de TB. Os entrevistados responderam as perguntas segundo uma escala de possibilidades do tipo Likert. Os resultados são apresentados em frequência relativa. **Resultados:** Dos 100 doentes entrevistados, quanto a resolubilidade do serviço 49% responderam nunca terem sido questionados, 33% referem que sempre. Para os profissionais, 37,5% nunca realizam as entrevistas com os usuários do PCT e 7,1% sempre as fazem. Quanto à observação de meios de educação em saúde pelos usuários 47% sempre observam, enquanto 41% nunca observam. Dos profissionais, 42,85% às vezes realizam educação em saúde sobre TB, enquanto 28,5% sempre fazem. Em relação ao desenvolvimento de ações educativas na comunidade para entrega de coletores de escarro, 89% dos doentes disseram que nunca são realizadas e 7% que sempre. Sobre os profissionais instituírem meios de identificação de sintomas respiratórios, 28,5% nunca fazem e 7,14% sempre. Um percentual de 96% dos usuários nunca notaram a entrega de coletores de escarro na visita domiciliar. Entre os profissionais, 42,85% afirmaram que às vezes realizam busca de sintomas respiratórios na comunidade, e 7,14% sempre fazem. Dos doentes, 93% não observam orientação dos profissionais para participação da comunidade no Programa. Entre os profissionais, 64,2% não solicitam a participação da comunidade para discussão da patologia, todavia 7,14% afirmaram que sempre solicitam. **Conclusão:** Diante dos dados conclui-se que ainda é precária a participação dos profissionais de saúde junto à comunidade no controle da TB, e que esta associação e a mobilização social é extremamente importante para que as políticas de TB possam alcançar as metas de cura e controle da doença.

Descritores: Tuberculose; Equipe de saúde; Comunidade

AE0.115 O DESEMPENHO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE PARA O ESTABELECIMENTO DO VÍNCULO NA ÓTICA DO PROFISSIONAL EM UM MUNICÍPIO DE GRANDE PORTE DO SUDESTE DO BRASIL, 2007.

GABRIELA TAVARES MAGNABOSCO; MARIA EUGÊNIA FIRMINO BRUNELLO; LÚCIA MARINA SCATENA; ANTONIO RUFFINO-NETO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - EERP-USP. EMAIL: GABIMAGNABOSCO@HOTMAIL.COM

Introdução: O vínculo permite uma aproximação mais efetiva entre paciente e profissional favorecendo o estreitamento de relações que culminam em uma assistência de maior qualidade, pautada no envolvimento, confiança, respeito, persistência, responsabilidade, estímulo e integralidade. O programa de controle da tuberculose (PCT) introduz tais possibilidades de intervenção através do tratamento supervisionado (TS) que associado a atenção básica (AB) norteiam a atenção à TB. **Objetivos:** Analisar o estabelecimento do vínculo entre os profissionais e o doente na atenção à TB na perspectiva dos profissionais de saúde. **Métodos:** Estudo de avaliação de serviços de saúde. Foi utilizado um instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000), adaptado e validado para o Brasil por Macinko e Almeida (2006) e adaptado para a atenção à tuberculose por Villa e Ruffino (2007). Este contém 12 indicadores de avaliação de vínculo. A população do estudo foi 16 profissionais distribuídos em 47 unidades distritais de um município da região SE com 547.417 habitantes, de acordo com dados do IBGE de 2007, com equipes especializadas do programa de controle da TB (PCT). Foi criado um banco de dados no software Estatística da Statsoft 8.0 e elaboradas tabelas de frequências e gráficos. **Resultados:** De acordo com os profissionais, 87,5% dos doentes de TB são examinados pelos mesmos profissionais de saúde; 100% consegue sanar suas dúvidas com o mesmo profissional; 62,5% dão tempo suficiente para que os doentes explicitem suas dúvidas; 81,25% informa sempre conversar sobre outros problemas de saúde, além da TB; 37,5% dos profissionais relata que os doentes procuram o médico diante de algum problema de saúde que não a TB. **Conclusão:** As estratégias de ação desenvolvidas pelas equipes de PCT na atenção à TB demonstram-se favoráveis à dimensão vínculo, uma vez que, possibilitam uma aproximação entre profissional e doente favorecendo o acolhimento, a interação e a responsabilidade.

Descritores: Tuberculose; Avaliação do Sistema de Saúde; Vínculo

AE0.116 DETECÇÃO DE CASOS DE DOENTES DE TUBERCULOSE (TB) E A BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS NO PROGRAMA DE CONTROLE DE TB EM FEIRA DE SANTANA - BA, 2007

CAMILA NEIVA LEMOS SILVA; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; ERENILDE MARQUES DE CERQUEIRA; ELISÂNGELA MASCARENHAS DA SILVA; JULIANA FERREIRA BARBOSA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; ADRIANO MAIA DOS SANTOS

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - BA. EMAIL: MILANEIVA@YAHOO.COM.BR
Introdução: A Bahia é o terceiro Estado do Brasil e o primeiro do Nordeste com maior número de casos e taxa de incidência de TB (BAHIA, 2006). Feira de Santana, a maior cidade do interior da Bahia em contingente populacional, é um dos 23 municípios baianos considerados como prioritários para o controle da TB. **Objetivo:** avaliar o elenco de serviços ofertados para a detecção de casos de TB e a busca de sintomáticos respiratórios no ambiente familiar e comunitário. **Métodos:** o trabalho utilizou como instrumento de coleta de dados o questionário Primary Care Assessment Tool (PCAT), a população do estudo foi de 100 doentes de TB cadastrados no Programa de Controle de Tuberculose do município e 14 profissionais de saúde com atuação no citado programa. As respostas foram agrupadas em um banco de dados e foram construídas tabelas de frequência para cada pergunta. As variáveis utilizadas estão relacionadas ao elenco de serviços ofertados para a detecção de casos de TB e à busca de sintomáticos respiratórios no ambiente familiar e comunitário. **Resultados:** Em relação ao oferecimento de pote de escarro para o diagnóstico de TB, 84% dos doentes e 85,71% dos profissionais afirmam que este serviço é sempre ofertado; 49% dos doentes e 57,14% dos profissionais responderam que sempre é ofertado o teste da pele. Na dimensão enfoque na família, 50% dos profissionais referem que sempre pesquisam os sinais e sintomas de TB e 64% dos doentes responderam que os profissionais sempre perguntam se as pessoas da família apresentam sinais e sintomas relacionados a TB. Já a realização de exames nos contatos domiciliares nunca ocorreu para 48% dos doentes, mas sempre foi realizado para 78,57% dos profissionais. Para 28,57% dos profissionais e 89% dos doentes, nunca foram realizadas ações de saúde junto a equipamentos sociais da comunidade para a entrega do pote para a coleta de escarro. A busca de sintomáticos respiratórios nunca ocorreu para 96% dos doentes, mas 42,86% dos profissionais afirmam que esta ação às vezes é realizada. **Conclusão:** Os resultados evidenciam que a busca de sintomáticos respiratórios ainda não é utilizada como mecanismo de controle da TB pelos profissionais, fazendo com que persista a cadeia de transmissão da doença na comunidade. A não implementação da busca de sintomáticos respiratórios na prática dos profissionais de saúde implica em prejuízo no controle da disseminação da doença, já que a principal fonte de propagação do bacilo é o indivíduo com a forma pulmonar da doença.

Descritores: Tuberculose; Sintomáticos respiratórios; Detecção de casos de TB

AE0.117 AÇÕES DE CONTROLE PARA CONTACTANTES FAMILIARES DE TUBERCULOSE (TB) EM FEIRA DE SANTANA - BA, 2007

CAMILA NEIVA LEMOS SILVA; MARLUCE MARIA ARAÚJO ASSIS; ERENILDE MARQUES DE CERQUEIRA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; MARIA YANÁ GUIMARÃES SILVA FREITAS; JULIANA FERREIRA BARBOSA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - BA. EMAIL: MILANEIVA@YAHOO.COM.BR
Introdução: Feira de Santana é a segunda maior cidade da Bahia em contingente populacional, com mais de 570 mil habitantes, e é um dos 23 municípios do estado considerado como prioritário para o controle da TB. Atualmente o município apresenta um percentual de cobertura do PSF de aproximadamente 60%. Em 2007, Feira de Santana apresentou 174 casos novos de TB, taxa de casos encerrados de 97,18%, taxa de cura de 82,14% e 1628 sintomáticos respiratórios atendidos (FEIRA DE SANTANA, 2008). **Objetivo:** avaliar as ações de controle da TB para os contactantes familiares. **Métodos:** Estudo de avaliação de serviços de saúde, que utilizou o instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000), adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006). Participaram do estudo dois grupos: 100 doentes de TB escolhidos aleatoriamente e 14 profissionais de saúde. Foi avaliada a dimensão enfoque na família a partir de oito questões. Foi organizado um banco de dados com construção de tabelas de frequência. **Resultados:** o estudo mostra que 92,86 % dos profissionais e 32 % dos doentes afirmam que as informações sobre as condições de vida do doente e sua família são sempre questionadas pelos profissionais. Com relação às informações sobre doenças da família do doente, ambos os grupos responderam que estas sempre são investigadas (92,86% dos profissionais e 45% dos doentes). Quanto à pesquisa de sinais e sintomas de TB nos contatos domiciliares, 64% dos doentes e 50% dos profissionais concordam que esta sempre é realizada, mas os exames nunca foram feitos para 48% dos doentes e sempre ocorreu para 78,57% dos profissionais. Quando perguntados se os profissionais conhecem as pessoas que moram com os doentes de TB, 36% dos doentes e 71,43% dos profissionais responderam que sempre. Quando foi questionado se os profissionais conversam com a família dos doentes sobre a doença e o tratamento, 38% e 42%, respectivamente dos doentes, responderam que sempre, enquanto que os profissionais responderam sempre em 64,29% e 78,57%. Outros problemas de saúde nunca são tópicos das conversas entre doentes e profissionais para 74% dos portadores da doença e para 7,14% dos profissionais. **Conclusão:** o estudo mostrou que para o grupo de doentes as ações de controle para os contactantes familiares de TB ainda são insuficientes, no entanto, para o grupo de profissionais as ações são satisfatórias. O reforço das ações de controle junto aos familiares é fundamental para reduzir os casos da doença, minimizar estigmas e aumentar a adesão terapêutica.

Descritores: Tuberculose; Ações de Controle; Contactantes Familiares

AE0.118 REDE DE LABORATÓRIOS DE TUBERCULOSE DOS 57 MUNICÍPIOS INCLuíDOS NO PROJETO DO FUNDO GLOBAL - BRASIL 2007

ROSALIA MAIA; JONAS UMEOKA YAMAUCHI; FABER KATSUME JOHANSEN

INSTITUIÇÃO: FUNDO GLOBAL - DF. EMAIL: FABERJOHANSEN@GMAIL.COM

Introdução: O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem no Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) o alicerce de suas atividades laboratoriais. O SISLAB é um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizados em sub-redes de forma hierarquizada. A sub-rede com atividades específicas para Tuberculose é composta por unidades laboratoriais, organizadas e com competências definidas e está vinculada à Rede

Nacional de Vigilância Epidemiológica. **Objetivo:** Avaliar alguns aspectos referentes aos métodos de diagnóstico, infra-estrutura, biossegurança, recursos humanos e cobertura populacional. **Métodos:** No período de Maio de 2007 a Janeiro de 2008 foi aplicado um questionário com 25 questões nos laboratórios de tuberculose. **Resultados:** Responderam ao questionário, 317 laboratórios; 238 (75%) estão sob a gestão pública. 317 (100%) realizam baciloscopia e 85 (27%) realizam cultura. Sobre a cobertura populacional a mediana é de 1 laboratório por município variando entre 1 e 42. Apenas 9 (16%) municípios cumprem a meta de ter uma unidade Laboratorial (UL) para cada 100.000 habitantes. Do total de laboratórios, 235 (74%) registram as informações dos exames no Livro de Registro de Baciloscopia e Cultura e 168 (53%) não possuem uma solicitação de exame padronizada; 247 (78%) da rede de laboratórios emitem os resultados de baciloscopia em até 48h e apenas 19 (6%) demoram mais de 4 dias. Neste período 188 (59%) dos laboratórios informaram ter enviado lâminas para controle de qualidade. De 224.592 Sintomáticos Respiratórios pesquisados no período, 19314 (8,6%) são positivos; Dos equipamentos necessários 160 (50,4%) não possui cabine de biossegurança, 118 (37%) não possui autoclave, 50 (16%) não possui bico de busen e o uso de EPIs para biossegurança, (20%) não possuem máscara N95, 2,5 não possuem luvas. **Conclusão:** Todos os municípios envolvidos responderam ao questionário. A maioria dos laboratórios que realizam exames para TB é de gestão pública. Existe necessidade de equipamentos para realização de baciloscopia e cultura, assim como reforço na utilização do livro de registro de baciloscopia. Por fim sugere-se estimular a realização do controle de qualidade e da supervisão das UL. Resultado da positividade indica que serviços de vigilância em saúde devem ampliar as ações de busca de casos dentre os sintomáticos respiratórios.

Descritores: Tuberculose; Fundo Global; Baciloscopia

AE0.119 RESISTÊNCIA AOS FÁRMACOS ANTI-TUBERCULOSE EM CEPAS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ISOLADAS DE PACIENTES ATENDIDOS EM SEIS HOSPITAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ROSSANA COIMBRA BRITO; FERNANDA QUEIROZ MELLO; MONICA KRAMER ANDRADE; HAROLDO JOSE MATOS; HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA; WALTER COSTA; MARIA CRISTINA LOURENÇO; LEILA DE SOUZA FONSECA; ANTONIO RUFINO-NETO; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: SESDEC - RJ. EMAIL: ROSSANACB@TERRA.COM.BR

Objetivo: Estimar a ocorrência e analisar fatores associados à resistência (DR) e multirresistência (MDR) aos fármacos anti- tuberculose (TB) em seis hospitais da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Método:** Durante 12 meses todas as cepas de M. tuberculosis foram submetidas a teste de sensibilidade. **Resultados:** Resistência geral a pelo menos um fármaco (DR) ocorreu em 17,1% (102/595) do total de cepas analisadas; 13,1% (57/433) entre os pacientes virgens de tratamento (VT) e 28,2% (44/156) entre pacientes com história de tratamento anterior (TA). A multirresistência (MDR: resistência à rifampicina-R e isoniazida-H) ocorreu em 7,4% (44/595) do total; em 3,9% (17/433) dos VT e em 17,3% (27/156) dos TA. Na população com HIV/aids observamos 13,5% (15/111) de DR; 4,5% (5/111) de MDR e 3,6% (3/83) de MDR inicial. A distribuição de DR inicial a cada fármaco foi de 9,0 % (38/422) para H; 4,3 % (19/433) para R; 5,6 % (22/391) para estreptomina (S) e 1,2 % (5/391) para etambutol (E). Na análise multivariada, associaram-se de forma independente com MDR as seguintes variáveis: tratamento anterior [p=0,002; Razão de Prevalência (RP) 2,64 e intervalo de confiança 95% (IC95%)1,39-5,01] com MDR total; ter diagnóstico da TB atual em hospitais de referência com MDR total [p=0,002; RP3,34 (IC95%1,54-7,20)]; MDR inicial [p=0,01; 3,32 (IC95%1,26-8,77)] e MDR adquirida [p=0,003; RP 3,69 (IC95%1,55-8,7)]; ser do sexo masculino [p=0,006; RP 2,38 (IC95%1,28-4,45)] e dispnéia [p=0,004; RP 0,34 (IC95%0,16-0,71)] com MDR inicial. **Conclusão:** A ocorrência de elevados níveis de resistência em unidades hospitalares corrobora a necessidade de que especial atenção seja dada ao controle da TB nestes estabelecimentos de saúde.

Financiamento: Ministério da Saúde; FAPERJ; RedeTB; ICOHRTA grant 5 U2R TW006883-02

Descritores: Resistência; Hospitais; MDR

AE0.120 DESCENTRALIZAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: INTEGRAÇÃO À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E PACS

JACQUELINE RODRIGUES OLIVEIRA; CAROLINA CRUZ SILVA; CLEONICE LOPES; PAULA NOLASCO TRAVASSOS; BETINA DUROVNI; JORGE EDUARDO PIO; ANA MARIA MONTEIRO CASTRO; SOLANGE CESAR CAVALCANTE

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - RJ. EMAIL: SCAVALCANTE@RIO.RJ.GOV.BR

Introdução: A estratégia DOTS (Tratamento Diretamente Observado) é importante para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose (TB) nas comunidades. **Objetivo:** Avaliar a descentralização da estratégia DOTS para as Unidades de PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) e PSF (Programa de Saúde da Família) e a contribuição desta para o desenvolvimento das ações do PCT (Programa de Controle da Tuberculose) na cidade do Rio de Janeiro. **Métodos:** Esse estudo foi realizado em 6 áreas de planejamento da cidade onde a estratégia DOTS necessitava ser implantada. A primeira etapa do processo de implantação consistiu em capacitações teórico/práticas com carga horária de 20h, tendo como temas: epidemiologia, diagnóstico, tratamento, biossegurança, TB/HIV, DOTS, atribuições dos profissionais, fluxos e rotinas nas unidades, construção de rede de apoio, visitas domiciliares e busca ativa. A metodologia utilizada foi a de aulas teóricas, debates, exercícios práticos e técnicas teatrais. A segunda etapa foi à implantação local do DOTS junto aos profissionais. Para tal foi realizado levantamento das necessidades de infra-estrutura e buscou-se atender demandas apresentadas pelas equipes. Priorizou-se o fornecimento de equipamentos de biossegurança, medicamentos, materiais de laboratório e insumos. No momento seguinte, definiram-se o fluxo de atendimento através de reuniões com os representantes das áreas, os Grupos de Apoio Técnico (GAT) do PSF e as unidades de saúde. **Resultados:** Entre fevereiro de 2006 e maio de 2008 foram realizadas 20 capacitações em DOTS, totalizando 638 profissionais capacitados: 52% - nível superior, 20,5% - nível médio e 27,5% - nível elementar (ACSS). A estratégia DOTS foi implantada em 32 unidades, entre estas, 8 já desenvolviam atividades do PCT. As principais limitações identificadas foram: carência de recursos humanos, dificuldade na comunicação entre unidades, espaço físico inadequado, pouca integração com os laboratórios e violência. **Conclusão:** Essa atividade desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde - RJ possibilitou à expansão da estratégia DOTS. O processo de implantação do DOTS contribuiu consideravelmente para a descentralização das

ações de controle da tuberculose na cidade do Rio de Janeiro. Ainda mais, integrou equipes de PACS/PSF nas ações de prevenção e assistência à tuberculose.

Descritores: DOTS; Tuberculose; Saúde da família

AE0.121 TUBERCULOSE E POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: A EXPERIÊNCIA DE AÇÕES ARTICULADAS ENTRE A SAÚDE E A ASSISTÊNCIA SOCIAL

CAROLINA CRUZ SILVA; JAQUELINE RODRIGUES OLIVEIRA; SELMA MARIA OLIVEIRA DIAS; JORGE EDUARDO PIO; BETINA DUROVNI; SOLANGE CESAR CAVALCANTE

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – RJ. EMAIL: SCAVALCANTE@RIO.RJ.GOV.BR

Introdução: As ações junto às populações mais vulneráveis como comunidades empobrecidas e população de rua, têm sido foco de atenção da Gerência de Pneumologia Sanitária (GPS) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). Com a integração entre a GPS e a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) estabeleceram-se ações voltadas para a população em situação de rua. **Objetivo:** Avaliar as ações de sensibilização dos profissionais da SMAS que atendem à população em situação de rua (pop. rua) acerca da tuberculose visando à detecção de casos de tuberculose nos abrigos da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. **Método:** Para a proposta de sensibilização foram selecionados dois Centros de Acolhimento (abrigos) em regiões da cidade onde há maior concentração da pop. rua. No primeiro abrigo residem homens adultos e no segundo residem famílias (mulheres, homens, crianças e adolescentes). No processo de sensibilização, o primeiro passo foi a realização de uma reunião com a direção dos abrigos para apresentação da proposta de sensibilização. Em seguida, os técnicos da GPS visitaram os locais para avaliação das condições de biossegurança. Em sequência, foi realizada a sensibilização nos abrigos onde os temas abordados foram: patogenia, diagnóstico, tratamento, prevenção, identificação de sintomático respiratório, adesão ao tratamento x abandono e Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS). Após a sensibilização organizou-se, em articulação com as Unidades de Saúde, o fluxo de atendimento dos casos suspeitos, casos de tuberculose e contatos. Também foram realizadas palestras para os usuários que residem nestes abrigos. **Resultados:** Um dos resultados foi a inclusão da busca de sintomáticos respiratórios na rotina dos abrigos. Além disso, houve redução da demanda de internação e ampliação da procura de serviços de diagnóstico e tratamento. Com o estabelecimento de fluxo de acompanhamento dos casos com as unidades e a ampliação das informações sobre tuberculose, os profissionais dos abrigos relataram uma maior segurança no atendimento dos usuários. **Conclusão:** Esta experiência contribuiu para ampliação das ações do programa voltadas para as populações vulneráveis e articulação entre a Política de Saúde e a de Assistência Social.

Descritores: População em situação de rua; Tuberculose; Assistência social

AE0.122 AVALIAÇÃO DO TREINAMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA PROVA TUBERCULÍNICA (PPD) NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

JAQUELINE RODRIGUES OLIVEIRA; BETINA DUROVNI; LUCIANE BLANCO LOPES; FERNANDO SANCHES; ADRIANA DESTERRO; VALÉRIA SARACENI; SOLANGE CESAR CAVALCANTE

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO – RJ. EMAIL: SCAVALCANTE@RIO.RJ.GOV.BR

Introdução: Introdução: A prova tuberculínica (PPD) tem um papel importante no auxílio diagnóstico da tuberculose, principalmente extrapulmonar e infantil, e na avaliação do risco de infecção latente. Para que sua utilização seja correta devem ser seguidos os procedimentos técnicos adequados para a aplicação e leitura do PPD. **Objetivo:** Avaliar o treinamento dos profissionais de saúde na padronização da técnica de aplicação e leitura da prova tuberculínica. **Metodologia:** O treinamento teórico teve duração de 6 horas onde foram abordados os seguintes temas: epidemiologia da tuberculose, diagnóstico, tratamento, biossegurança e detalhamento das etapas de aplicação e leitura da prova tuberculínica. Para o treinamento prático foram seguidas as orientações do Manual de Capacitação para Enfermeiros do Ministério da Saúde. A prática consistiu em duas etapas: aplicação e leitura do PPD com intervalo de 72 horas. Nas aplicações foram consideradas: local de aplicação, dose correta, uso de equipamentos de proteção individual e habilidade específica. Nas leituras dos resultados usou-se a técnica de "leitura aberta", onde o enfermeiro de referência (padrão) orientou os treinandos a delimitar a área de eritema, edema e endurecimento da reação. Para que o enfermeiro de referência liberasse os treinandos para as leituras individuais subsequentes, ele procedia a leitura dos resultados e as registrava. Após essa etapa, os treinandos passavam a ler o resultado da prova tuberculínica. Para a certificação do treinamento foram considerados aptos os treinandos que obtiveram 80% de concordância de suas leituras com o leitor padrão. A não certificação não excluiu o treinando, resultando em inclusão do mesmo em um programa de re-treinamento. **Resultados:** Participaram dos treinamentos 195 profissionais de enfermagem, sendo 85 (43,59%) enfermeiros, 31 (15,9%) técnicos de enfermagem e 79 (40,51%) auxiliares de enfermagem. A taxa de aprovação foi de 34,87%. Do total de não aprovados, 18 profissionais já foram re-treinados e aprovados. Os resultados apontam para uma baixa padronização da realização, principalmente na técnica de leitura do PPD. **Conclusão:** O presente trabalho se mostrou de extrema importância para a rotina do Programa de Controle da Tuberculose, por evidenciar as dificuldades na aplicação, e principalmente, na padronização da leitura do PPD. Diante dos referidos resultados, foi estabelecido um Programa de Capacitação Continuada com a finalidade de garantir a qualidade deste importante método diagnóstico.

Descritores: PPD; Profissionais de enfermagem; Treinamento

AE0.123 VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRESISTENTE INTERNADOS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

MÁRCIA LIMA COSTA; MARCELA LOPES BHERING

INSTITUIÇÃO: NÚCLEO DE VIGILÂNCIA HOSPITALAR DO HOSPITAL ESTADUAL SANTA MARIA .

EMAIL: MARCIA_LCOSTA@YAHOO.COM.BR

Introdução: O Hospital Estadual Santa Maria é referência no estado do Rio de Janeiro para internação de pacientes portadores de tuberculose multiresistente (TBM). Em 2006, participou da implantação do Sistema de Vigilância Epidemiológica para Tuberculose Multiresistente desenvolvido pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de notificar e acompanhar pela rede mundial de computadores ou internet os casos de tuberculose multiresistente. Segundo a

Organização Mundial de Saúde a tuberculose multiresistente é definida internacionalmente como o caso do portador do Mycobacterium tuberculosis resistente a pelo menos rifampicina (RFP) + isoniazida (INH). Apesar do Ministério da Saúde ter realizado em 1996 um estudo nacional de resistência das cepas de M.tuberculosis em pacientes atendidos em postos de saúde, o Brasil necessita de mais dados sobre resistência e fatores a ela associados. **Objetivos:** Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes com TBM atendidos no HESM. **Métodos:** A partir do Sistema de Vigilância Epidemiológica para Tuberculose Multiresistente (Sistema TBM), foram analisadas as fichas de notificação dos pacientes atendidos no Hospital Estadual Santa Maria (HESM) no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2007. Foram selecionadas as seguintes variáveis: sexo, idade, município de residência, baciloscopia, cultura para BK, características radiológicas, forma clínica, tipo de resistência, tratamentos anteriores, HIV e padrão de resistência das drogas testadas na amostra. **Resultados:** Dos trinta e oito pacientes notificados, sete foram excluídos por não serem casos confirmados de TBM. Dos 31 registros analisados, 80,6% eram do sexo masculino, com faixa etária média de 43 anos e mediana de 46 anos. Em relação ao município de residência 61,3% eram do Rio de Janeiro. Quanto à baciloscopia de escarro realizada na admissão na unidade, 36,7% eram positiva (+++) e 67,7% apresentaram resultado para cultura de escarro positiva (+++). Quanto à forma clínica 93,5% eram pulmonar e 90,3% apresentavam lesões bilaterais do tipo cavitário. Quanto ao tipo de resistência 16,13% era primária, 80,64% era adquirida e 3,23% sem informação; 62,1% tiveram três ou mais tratamentos anteriores. Quanto ao HIV 12, 9% apresentaram resultado positivo, 77,42% eram negativo e 6,45% ignorado. Quanto ao padrão de resistência 48,4% apresentavam resistência à estreptomicina, 58,1% ao etambutol, 58,1% à etionamida; 100% à isoniazida, 71% à pirazinamida e 96,8% à rifampicina. **Conclusão:** O resultado da análise aponta uma resistência primária de 16,13%, valor muito superior ao encontrado no estudo do Ministério da Saúde de 1996, que aponta uma prevalência primária à isoniazida e a rifampicina de 1%. O Sistema de Vigilância Epidemiológica para Tuberculose Multiresistente possibilita melhor avaliação e compreensão do padrão de resistência às drogas, do Mycobacterium tuberculosis nos pacientes brasileiros, sendo importante maior divulgação do sistema e de suas análises.

Descritores: Vigilância; Tuberculose; Resistência

AE0.124 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE

MÁRCIA LIMA COSTA; MARIA CONCEIÇÃO DIAS

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE . EMAIL: MARCIA_LCOSTA@YAHOO.COM.BR

Introdução: A constituição federal diz que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A melhor capacidade de resposta para os problemas de saúde e os seus determinantes se faz associando ações de promoção às práticas de prevenção de doenças e agravos mais prevalentes. A tuberculose é um grave problema de saúde pública, ..., destruindo a vida dos cidadãos mais frágeis socialmente. Os indicadores que demonstram a força da tuberculose numa população se valem de dados de pessoas infectadas pelo bacilo, de pessoas doentes e de mortes que a tenham como causa. Tais indicadores guardam uma relação de valores, de modo que dado um determinado risco de se infectar pelo bacilo da tuberculose, se pode prever a incidência de pessoas bacilíferas.¹ Este estudo foi realizado no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) que tem, em seu ambulatório de pneumologia, implantado o programa de tuberculose com o seguinte quadro de recursos humanos : 4 médicos, 1 enfermeira e 3 auxiliares de enfermagem. A atuação é direcionada tanto aos pacientes internados quanto aos ambulatoriais. Como no Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose no Estado do Rio de Janeiro, 2003-2005/Plano Estratégico 2003, foram escolhidos alguns indicadores para acompanhar a implementação do PCT no município; escolhemos alguns desses indicadores para traçar o perfil epidemiológico dos casos registrados no período. **Objetivo:** conhecer o perfil epidemiológico dos casos de tuberculose registrados no ambulatório de pneumologia do HUGG, para que este possa nortear o planejamento das ações locais para melhor atuação na prevenção e controle da tuberculose. **Métodos:** A partir do livro de registro e controle de tratamento dos casos de tuberculose (padronizado pelo PCT), e dos arquivos de altas, óbitos e abandonos do setor, foram selecionadas por busca ativa as seguintes variáveis: casos novos, retratamento, óbitos, altas, abandonos, transferências, mudanças de diagnóstico, tipos de TB e co-infecção TB/HIV. As informações coletadas referem-se ao total de registros de janeiro a dezembro do ano 2007. **Resultados:** dos casos de tb pulmonar 29,09% tinham comprovação bacteriológica; dos extra-pulmonar os de maior incidência foram TB pleural (23,68%) e TB ganglionar periférica (21,05%); a taxa de co-infecção TB/HIV foi de 40,91%; a incidência de casos foi de 39,18%; a taxa de abandono foi de 5,67%; e de óbitos de 7,73%; a taxa de altas por cura 66,03%. **Conclusão:** É necessário estudos para avaliação dos casos de tuberculose pulmonar tendo em vista o baixo índice de comprovação bacteriológica, e estudo dos óbitos buscando instrumento que possibilite ações visando a melhoria da assistência. Precisamos ainda implementar novas ações buscando minimizar os casos de abandono.

Descritores: Tuberculose; Indicadores; Ações

AE0.125 HOSPITALIZAÇÃO NA TUBERCULOSE

LAEDI ALVES RODRIGUES SANTOS; VERA MARIA NEDER GALESI

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SP. EMAIL: LASANTOS@CVE.SAUDE.SP.GOV.BR

Introdução: A política de se evitar internação dos casos de tuberculose pode levar à falsa impressão de que o hospital tem um papel irrelevante no controle da doença. Mas o número de casos internados e as repercussões disso no Programa de Controle da Tuberculose fazem com que o assunto mereça ser melhor estudado. **Objetivos:** Este trabalho visa descrever as internações de tuberculose no Estado de SP, contribuindo assim para o planejamento das ações de controle da doença. **Métodos:** Foram analisadas as notificações de casos novos de tuberculose com início de tratamento em 2006, no Estado de SP. A fonte de dados foi o sistema de informação utilizado no Estado (TBweb). Excluíram-se os casos com registro de qualquer tratamento anterior, mesmo que há mais de 5 anos. **Resultados:** Dos 13055 casos analisados, 2661 foram hospitalizados. Destes, 300 tiveram 2 ou mais hospitalizações. Entre os casos hospitalizados houve 1894 homens e 767 mulheres. O número de HIV-positivos foi de 687. Dos pacientes com internação, 166 não tinham registro de alta hospitalar. Analisando-se somente as primeiras internações de cada paciente que continham informação de saída do hospital, a média de permanência na hospitalização foi de 36,7 dias; contando-se o total de internações, essa média sobe para 41,7 dias. Houve 84 casos cuja internação foi encerrada no mesmo dia; 826 permaneceram de 1 a 7 dias, 1817 entre 8 a 30 dias e para os demais a internação durou mais de 1 mês, entre eles 194 que tiveram alta-cura no hospital. Em um

total de 1899 doentes, a internação precedeu ou foi simultânea ao início do tratamento, o que denota gravidade dos casos por ocasião do diagnóstico. Os principais motivos de internação foram: elucidação do diagnóstico (744 casos, entre os quais 305 bacilíferos), insuficiência respiratória (628), razões associadas à Aids (177), caquexia (182), hemoptise (85) e causas sociais (211) e falta de adesão ao tratamento (56). Quanto ao tipo de saída, 1693 tiveram alta para tratamento ambulatorial, 194 cura no hospital, 113 saíram a pedido, por motivos disciplinares ou se evadiram do hospital. Houve 411 óbitos hospitalares, sendo 174 com a tuberculose como causa básica. Analisando-se o encerramento desses 2665 casos com registro de alguma internação, pouco mais de 57% (1528) chegaram à cura e 326 abandonaram o tratamento (202 destes saíram do hospital com indicação de tratamento ambulatorial). Conclusão: O elevado número de doentes internados, o alto tempo de permanência em hospital, a possibilidade de transmissão nosocomial da doença, a gravidade dos casos internados e a alta proporção de desfechos desfavoráveis tornam a hospitalização um tema importante, a ser considerado no planejamento das ações de controle da tuberculose. É necessário melhor integração dos hospitais no Programa de Controle. Descritores: Tuberculose; Hospital; Tratamento

AE0.126 INTERNET AJUDA A CONTROLAR TUBERCULOSE NOS PRESÍDIOS DE SP

LAEDI ALVES RODRIGUES SANTOS; VERA MARIA NEDER GALES

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO PAULO - SP. EMAIL: LASANTOS@CVE.SAUDE.SP.GOV.BR

Introdução: Visando melhorar o controle da tuberculose, foi desenvolvido em São Paulo um sistema de informação via internet para notificação e acompanhamento do tratamento. Nesse sistema, o TBweb, as notificações são feitas "on line" e o caso é acompanhado em seu percurso pelos responsáveis pela vigilância nos locais onde passa. Intercorrências, como hospitalização ou transferência, são de responsabilidade compartilhada pelos diferentes estabelecimentos de saúde. Um e-mail automático é emitido para o local de destino toda vez que se registra uma transferência, bem como nas hospitalizações e em caso de resistência medicamentosa. O Estado de São Paulo possui 143 estabelecimentos prisionais, com uma população carcerária estimada em 144430 pessoas. A altíssima incidência da tuberculose, frequentes transferências por motivo de segurança, os alvarás de soltura durante o tratamento da tuberculose e a precária assistência médica nos estabelecimentos prisionais levam, com frequência, a interrupção do tratamento. **Objetivos:** O sistema prevê registro mensal da situação de cada doente, mas isto se mostrou insuficiente no caso de detentos. Dada a frequência de transferências dos mesmos, não é raro o paciente chegar a um novo presídio sem que a equipe de saúde local saiba que o mesmo está em tratamento de tuberculose, ou quais os medicamentos utilizados. Quando um doente recebe um alvará de soltura, a informação também precisa ser mais rápida. Nesses casos, o registro mensal da situação do tratamento pelo município onde se localiza o presídio é insuficiente. **Métodos:** Para que as informações sobre o tratamento fossem disponíveis oportunamente, foram treinados cerca de 100 profissionais, que trabalham em unidades prisionais de várias regiões, para que possam alimentar o sistema sobre a continuidade do tratamento dos doentes sob sua responsabilidade. Estes funcionários da Secretaria de Administração Penitenciária (SAP) ficaram encarregados de atualizar mensalmente os casos e, em caso de transferência ou alvará de soltura, registrar imediatamente essa informação. Como existe a emissão automática de um e-mail para o local de destino, fica assegurado que o mesmo disponha de dados para acompanhamento do caso, evitando a interrupção do tratamento. **Resultados:** O treinamento foi realizado em março de 2008 e ainda não há como verificar resultados conclusivos. Já há alguns frutos dessa iniciativa, como por exemplo um visível interesse de muitos funcionários da SAP em participar do fluxo de informações. A comunicação entre estes e os responsáveis pela vigilância dos municípios e regionais de saúde foi intensificada. A iniciativa mostrou que ainda precisa ser melhorado o registro de endereço de destino dos pacientes que recebem alvarás de soltura, dado que informações incompletas impossibilitam a busca dos mesmos. **Conclusão:** A utilização de recursos da internet e a integração intersecretarial podem melhorar o controle da tuberculose em SP

Descritores: Tuberculose; Presídio; Sistema de informação

AE0.127 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE NA BAHIA

ROSÂNGELA PALHETA DE OLIVEIRA MENESES; ANA LUÍSA MOTA ITAPARICA; MARIA DO CARMO CORBACHO NEVES DOS SANTOS

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB/DIVEP. EMAIL: ROSAPALHETA@GMAIL.COM

Introdução: A avaliação da situação epidemiológica de um agravamento fornece informações importantes para conhecimento da evolução da tendência durante os anos, instrumentalizando os gestores na identificação de estratégias de controle da doença. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo descrever a situação epidemiológica da Tuberculose na Bahia nos anos de 2001 a 2006, analisar sua distribuição espacial, enfocando as diferenças existentes entre o grupo de municípios que compõem a Região Metropolitana (10 municípios) e o grupo composto pelos demais municípios (407 municípios). Além disso, sabendo-se que a capital concentra o maior número de casos e representa maior peso sobre os indicadores gerais do estado, conhecer a situação da Região Metropolitana excluindo o Município de Salvador constitui-se em uma possibilidade de identificar a necessidade de estratégias diferenciadas para o controle do agravamento. **Método:** Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravamentos de Notificação-SINAN e tabulados pelo programa TABWIN versão 3.2. **Resultados:** A taxa de incidência de tuberculose todas as formas no Estado da Bahia reduziu de 55,2 casos por 100.000 habitantes em 2001 para 43,5/ 100.000 hab. em 2006. Com relação aos municípios da Região Metropolitana houve um maior decréscimo, reduzindo de 106,9/100.00 hab em 2001 para 75,1/100.000 hab em 2006, influência do decréscimo da taxa de Salvador. Esta tendência ocorre também ao analisar a tuberculose pulmonar positiva verificando-se que a Região Metropolitana apresenta maior taxa de incidência do que o grupo de municípios não metropolitanos. Entretanto, é possível notar que ao excluir Salvador, o grupo de municípios apresenta incremento na taxa de incidência de bacilíferos, indicando possivelmente uma melhoria no acesso à baciloscopia. Os indicadores de cura ainda não atingem a meta mínima de 85% dos doentes, identificando-se menores índices na Região Metropolitana. **Conclusão:** A análise dos dados confirma que o conjunto dos municípios da área metropolitana apresenta risco superior ao do conjunto do estado, mesmo excluindo os dados da capital. Considerando-se que estes municípios possuem características sócio-econômicas de relevância, o monitoramento e assessoria técnica direcionada

a eles, estimulando ações efetivas para o controle da doença, influenciarão favoravelmente os indicadores do Estado da Bahia.

Descritores: Tuberculose na Bahia; Situação Epidemiológica da Tuberculose; Distribuição Espacial da Tuberculose

AE0.128 VIGILÂNCIA DE ÓBITOS RELACIONADOS À TB EM HOSPITAIS DO RIO DE JANEIRO

LIA SELIG; ANETE TRAJMAN

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL - RJ. EMAIL: LSELIG@TERRA.COM.BR

Introdução: Em 2005, ocorreram 793 óbitos por tuberculose (TB) no estado do Rio de Janeiro sendo 79% em hospitais, o que corresponde a uma taxa de mortalidade de 5,2/100.000 habitantes. O óbito por TB é um evento sentinela que revela aspectos sociais, do sistema de saúde e do indivíduo, que podem ser identificados através da vigilância epidemiológica. **Objetivo:** Avaliar a contribuição da vigilância de óbitos para o controle da TB. **Métodos:** Investigamos prontuários de pacientes que tiveram a TB como causa básica ou associada de óbito e os com óbito por causa indeterminada, em dois hospitais públicos com emergências abertas na cidade do Rio de Janeiro, no período de setembro de 2005 a agosto de 2006. Informações complementares foram obtidas nos Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e de Agravamentos de Notificação (SINAN). **Resultados:** Foram investigados 383 óbitos, 68 relacionados à TB e 315 por causa indeterminada, entre os quais cinco foram considerados por TB. 78% eram homens, a idade média foi de 49 (18-85) anos e 12% não tinham domicílio. Problemas identificados no hospital incluem o não isolamento de casos suspeitos de TB pulmonar; ausência de registro de solicitação/realização de exames de escarro, cultura e teste anti-HIV; e a não adequação da dose do medicamento para pacientes descritos como caquéticos. Em nenhum prontuário foi encontrado registro de orientação aos contatos apesar de 79% referir número de telefone. Apenas 51% dos óbitos foram registrados no SINAN e em 33/54 notificações o caso não foi encerrado. Não estavam registrados no SIM 13 casos investigados e em cinco, a causa básica era Aids ao invés de ser TB. **Conclusão:** A estratégia identificou problemas institucionais, operacionais, relacionados a recursos humanos e aos sistemas de informações. Sugerimos investimento na equipe de Vigilância Epidemiológica, para ações específicas nos hospitais, na comunidade com a família do paciente e nos sistemas de informações.

Financiamento: ICOHRTA AIDS/TB, FIC/NIH # 5U2 R TW006883-03 e CNPq-480269/2003-3

Descritores: Tuberculose; Avaliação de programa; Epidemiologia

AE0.129 A AVALIAÇÃO DOS DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO ANO DE 2007 NO MUNICÍPIO DE CEARÁ - MIRIM / RN

ÉRIKA SIMONE GALVÃO PINTO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; VALÉRIA NEPOMUCENO GALVÃO SANTOS; VILANI MEDEIROS DE ARAÚJO NUNES;

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE POTIGUAR - RN. EMAIL: ERIKASGP@GMAIL.COM

Introdução: A tuberculose é uma doença antiga, mas que continua acometendo a população, principalmente aquela à margem da sociedade. Constitui um agravamento de grande magnitude e estima-se que um terço da população está infectada pelo *Mycobacterium Tuberculosis*, ocorrendo 8 milhões de casos e 2 milhões de mortes anualmente. **Objetivo:** Analisar os indicadores de tuberculose no município de Ceará-Mirim. **Métodos:** Este estudo é de natureza descritiva com abordagem quantitativa realizado em 2007 no município de Ceará-Mirim. Este possui uma população de 71.228 habitantes, 21 equipes de saúde da família que corresponde a 80% de cobertura. É considerado pelo Estado do Rio Grande do Norte como um dos municípios prioritários para tuberculose em virtude dos números de casos existentes. A população desse estudo foi constituída dos 32 portadores de tuberculose diagnosticados no ano de 2007. Foi utilizado para a coleta de dados o Sistema Nacional de Informação de Agravamentos de Notificação e livros de registros de equipes de saúde da família. **Resultados:** A avaliação dos dados epidemiológicos do programa de controle local revela uma incidência de 26,6% por 100.000 habitantes. Foram examinados 0,6% dos sintomáticos respiratórios, 98,3% dos casos realizaram baciloscopia de controle, 90,9% do tratamento foi supervisionado, 66,6% dos casos foram diagnosticados na rede básica de saúde do município, 79,6% dos contatos foram examinados, 1.277 visitas domiciliares foram realizadas, 02 casos associados à síndrome de imunodeficiência adquirida, 63,3% dos casos encerrados por cura, 6% por transferência, 6% por óbito e 25% continua em tratamento. **Conclusão:** A tuberculose é relevante, sendo necessário investir nos profissionais da Estratégia de Saúde da Família para detecção e acompanhamento clínico dos casos assim como a integração nos níveis de assistência à saúde.

Descritores: Tuberculose; Atenção Básica; Profissionais de Saúde

AE0.130 AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E OPERACIONAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE CEARÁ - MIRIM / RN (2002 -2007)

ÉRIKA SIMONE GALVÃO PINTO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; VALÉRIA NEPOMUCENO GALVÃO SANTOS; VILANI MEDEIROS DE ARAÚJO NUNES

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE POTIGUAR - RN. EMAIL: ERIKASGP@GMAIL.COM

Introdução: A tuberculose continua sendo um problema de saúde pública em que a morbi-mortalidade vem crescendo a cada ano. Possui ampla distribuição geográfica ocorrendo em países desenvolvidos ou de economias emergentes, mas que expõem contrastes profundos de desenvolvimento estando à doença associada a altos índices da pobreza. Sendo uma doença fortemente favorecida pela precariedade das condições de vida, uma questão permanentemente discutida é a sua tendência em conjunturas da crise econômica e social, como a que vivencia o país atualmente. **Objetivo:** Avaliar o programa de tuberculose municipal e refletir sobre a importância da participação dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Métodos:** Este estudo é de natureza descritiva com abordagem quantitativa. Foi realizado no município de Ceará-Mirim / RN nos anos de 2002 a 2007. Este possui 71.228 habitantes considerado pelo Estado do Rio Grande do Norte como um dos municípios prioritários de tuberculose levando em consideração o número de casos. Possui uma cobertura de 80% da Estratégia de Saúde da Família. A população foi constituída de 96 usuários

portadores de tuberculose nos anos de 2002 a 2007. Foi utilizado para a coleta de dados o Sistema Nacional de Informação de Agravos de Notificação e livros de registros das equipes de saúde da família. **Resultados:** A incidência de usuários portadores de tuberculose é de 22% para cada 100.000 habitantes. Os resultados mostraram que 59% residem na zona urbana. Foram detectados 16 casos pulmonares no ano de 2002, 22 em 2003, 18 em 2004, 10 em 2005, 08 em 2006 e 22 em 2007 respectivamente. Em relação às taxas de cura foram identificadas 22%, 30%, 25%, 14%, 11% e 31% nos anos 2002-2007 respectivamente. **Conclusão:** Diante dos resultados alcançados, seria pertinente recomendar maior empenho dos profissionais na busca constante de casos novos e acompanhamento clínico. A prática da participação, articulação e cooperação multi-setorial dará as condições necessárias para o controle efetivo da tuberculose no Brasil.

Descritores: Tuberculose; Equipes de Saúde da Família; Atenção Básica

AE0.131 DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO/RO EM 2005/2006

CLEONI ALVES MENDES DE LIMA; MARIA DO SOCORRO CALIXTO DE OLIVEIRA; ANALICE A. PEREIRA; MARIA MANUELA DA FONSECA MOURA

INSTITUIÇÃO: LACEN - RO. EMAIL: CLEONIML@YAHOO.COM.BR

Introdução: A tuberculose (TB) é atualmente conhecida como uma das mais importantes causas de mortalidade no mundo. Estima-se que um em cada quatro brasileiros esteja infectado pelo bacilo de Koch e, todo ano, cerca de 90.000 novos casos da doença são notificados ao Ministério da Saúde. As ações para o controle da tuberculose no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados. A expansão das ações de controle para 100% dos municípios complementa o conjunto de metas a serem alcançada. Em Rondônia nos anos de 2005/2006 foram notificados 1091 casos de tuberculose sendo que 558 (51,14%) foram notificados no município de Porto Velho. **Objetivos:** Avaliar a distribuição de casos notificados município de Porto Velho por faixa etária e sexo. **Métodos:** Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), uma fonte de dados de informação epidemiológica que objetiva coletar, transmitir e divulgar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica nos níveis federal, estadual e municipal, por uma rede informatizada. **Resultados:** Segundo dados do SINAN nos anos de 2005/2006, em Porto Velho, foram notificados 558 casos de tuberculose com um coeficiente de incidência de 57/100.000 hab. A distribuição de casos por faixa etária evidenciou um maior número da doença, na faixa de 15-49 anos com 387 (69,35%) casos e 146 (25,98%) casos na faixa etária acima de 50 anos. Em relação ao sexo 356 (63,79%) do número total notificados foram do sexo masculino e 201 (36,02%) do sexo feminino. **Conclusão:** A alta incidência de tuberculose é uma realidade comum às regiões metropolitanas brasileiras. Conforme dados do Sinan em Rondônia 51,14% dos casos de tuberculose se concentra em Porto Velho. Neste município a faixa etária de maior concentração da doença está entre 15-49 anos, o que representa a camada economicamente ativa. Quanto a faixa etária geralmente são encontrados mais casos de tuberculose entre homens do que em mulheres; como o verificado em Porto Velho. Recentemente postulou-se que uma combinação de fatores biológicos e sociais, com diferenças nos comportamentos, expectativas e atividades, seriam os responsáveis por esta diferença. Os dados obtidos poderão auxiliar na construção de ações e estratégias voltadas ao controle da doença.

Descritores: Tuberculose; Sinan; Porto Velho

AE0.132 O TRATAMENTO DE TUBERCULOSE SUPERVISIONADO NO MUNICÍPIO DE CEARÁ - MIRIM / RN NO ANO DE 2007

PATRICIA DANIELLA FERNANDES NASCIMENTO; ÉRIKA SIMONE GALVÃO PINTO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; VALÉRIA NEPOMUCENO GALVÃO SANTOS

INSTITUIÇÃO: UNP - RN. EMAIL: PDANIELLA2005@YAHOO.COM.BR

Introdução: A Tuberculose afeta ainda grande número da população constituindo um problema de saúde pública. No Brasil o tratamento é gratuito em todas as Unidades de Sistema Único de Saúde. Interromper a medicação favorece o desenvolvimento de bacilos multirresistentes aos antibióticos, o que torna a terapia complexa e longa com o emprego de um número maior de drogas que, consequentemente, aumentam os efeitos adversos e favorecem a falta de estímulo para levar o processo até o final. **Objetivo:** Avaliar o tratamento de tuberculose supervisionado. **Métodos:** Este estudo é descritivo e de natureza quantitativa. Foi realizado no município de Ceará Mirim, no Rio Grande Norte, no ano de 2007. O município possui uma população de 71.228 habitantes e uma cobertura de 80% da Estratégia de Saúde da Família. A população do estudo são 32 portadores de tuberculose no ano de 2007. Para coleta de dados, foram utilizados instrumentos de notificação que possuem dados desses portadores. **Resultados:** Do total de 32 portadores inscritos pelo Programa de Controle Municipal da Tuberculose, 30 tiveram o tratamento supervisionado pelas Equipes de Saúde da Família. Foram realizadas 1277 visitas domiciliares pelos profissionais que compõem a estratégia da saúde, 296 consultas realizadas, 20 portadores foram curados e 86 supervisões realizadas. Todo o portador de tuberculose em tratamento supervisionado recebe mensalmente uma cesta básica com o objetivo de não abandonar o tratamento. **Conclusão:** Diante dos resultados apresentados o tratamento e a cura podem elucidar as medidas necessárias para se combater à doença. O acolhimento, as visitas domiciliares e o contato com os familiares devem ser vistos como objeto de ação dos profissionais de saúde. **Descritores:** Tratamento supervisionado; Tuberculose; Atenção Básica

AE0.133 O CONTROLE DA TUBERCULOSE X SAÚDE DA FAMÍLIA: PERSPECTIVA DE UMA PARCERIA CONSTANTE

PATRICIA DANIELLA FERNANDES NASCIMENTO; ÉRIKA SIMONE GALVÃO PINTO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; VALÉRIA NEPOMUCENO GALVÃO SANTOS;

INSTITUIÇÃO: UNP - RN. EMAIL: PDANIELLA2005@YAHOO.COM.BR

Introdução: A tuberculose é problema de saúde pública. A busca de novos casos para proporcionar um alívio ao paciente é o maior objetivo da equipe de saúde da Unidade do Sistema Único de Saúde. O controle dos doentes inclui considerar algumas medidas relevantes como a baciloscopia de controle, a localização da doença, a clínica (recaída ou caso novo), casos sintomáticos respiratórios e o tratamento de quimioprofilaxia, a vacinação com BCG dos contactos com teste tuberculínico negativo principalmente se forem crianças. **Objetivo:**

Avaliar o controle da tuberculose no município de Ceará - Mirim / RN, 2007. **Métodos:** Este estudo é descritivo e de natureza quantitativa. Foi realizado no município de Ceará - Mirim, Rio Grande do Norte, no ano de 2007. O município possui uma população de 71.228 habitantes e uma cobertura de 80% da Estratégia de Saúde da Família. A população do estudo são 32 portadores de tuberculose diagnosticados no ano de 2007. Para a coleta de dados, foram utilizados instrumentos de notificação que possuem dados desses portadores. **Resultados:** Do total de 32 portadores inscritos pelo programa de Controle Municipal da Tuberculose obtiveram-se 76,6% de baciloscopia de controle, 96,9% dos casos pulmonar com baciloscopia positiva, sendo 95% dos casos nos portadores de 15 anos, 19% dos casos são extrapulmonares e 3% de readmissão por recidiva 420 sintomáticos respiratórios foram submetidos a baciloscopia no ano de 2007, 16,6% dos casos foram encerrados por cura. **Conclusão:** Diante dos resultados apresentados é necessário que o serviço esteja capacitado para o atendimento populacional das famílias acompanhadas pelas equipes de saúde da família. Por isso alguns aspectos importantes como: Controle de baciloscopia, controle dos casos de tuberculose pulmonar, extrapulmonar e recidiva como também o número de casos sintomáticos respiratórios, os casos de tratamento quimioprofilático e a vacinação não devem deixar de ser levados em consideração, para que venha a ser montada a estratégia específica para alcançar êxito junto ao programa de tuberculose. O desafio de descobrir novos casos de tuberculose e encontrar essa patologia, consiste em um desafio que está nas mãos dos responsáveis pelo controle da tuberculose e pela saúde da família, autoridades que, por certo, não deixarão de enfrentá-lo.

Descritores: Tuberculose; Saúde da Família; Atenção Básica

AE0.134 IMPACTO DAS AÇÕES EM SAÚDE NA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE. ANÁLISE RETROSPECTIVA 2000- 2006

PATRICIA DANIELLA FERNANDES NASCIMENTO; ÉRIKA SIMONE GALVÃO PINTO; REGIVÂNIA MARIA FERNANDES; LOURENA MEDEIROS DANTAS COSTA; MERIELLEN ALMEIDA ALBUQUERQUE

INSTITUIÇÃO: UNP - RN. EMAIL: PDANIELLA2005@YAHOO.COM.BR

Introdução: A equipe de saúde tem por objetivo a conscientização do tratamento correto da tuberculose. No Brasil, o sucesso pode ser concorrido às ações presentes em Unidades Básicas de Saúde que são elas: ações de diagnóstico e tratamento, vacinação BCG e quimioprofilaxia. O diagnóstico precoce e o correto tratamento do paciente bacilífero são considerados como as medidas de maior impacto na prevenção da tuberculose, fatos estes comprovados por dados estatísticos colhidos e analisados a seguir. **Objetivo:** Avaliar a incidência de novos casos de tuberculose após ações de saúde específicas. **Métodos:** Este estudo é descritivo e de natureza quantitativa, sendo realizado no município de Upanema, Rio Grande do Norte, compreendendo o período de 2001 à 2006. O município possui uma população de 12.727 habitantes onde a população do estudo apresentou 8 portadores de tuberculose no ano de 2006. Para a coleta de dados, foram utilizados instrumentos de notificação que possuem dados desses portadores. **Resultados:** Portadores inscritos no programa de Controle Municipal da Tuberculose obtiveram uma queda acentuada de 50,66% entre os anos 2002 à 2003 correspondente a implementação do programa de Tratamento Supervisionado da Tuberculose. Os dados colhidos das notificações da equipe de saúde são descritos a seguir: 2001: 35,45; 2002: 17,41; 2003: 8,54; 2004: 8,37; 2005: 8,02; 2006: 8,0. **Conclusão:** Os resultados expostos revelam que o tratamento supervisionado da tuberculose caracteriza-se como possibilidade de promover uma expressiva redução no número de casos positivos novos de tuberculose.

Descritores: Tuberculose; Sistema de Saúde Pública; Tratamento Supervisionado

AE0.135 A ESTRATÉGIA DO TRATAMENTO DIRETAMENTE SUPERVISIONADO ("DOTS") NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO (MSP)

MARIA RITA BERTOLOZZI; ELISANGELA MARTINS QUEIROZ

INSTITUIÇÃO: DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP. EMAIL: MRBERTOL@USP.BR

Introdução: A situação mundial da tuberculose tem determinado a implementação de ações de controle, como a estratégia do Tratamento Diretamente Supervisionado (DOTS/TS). Dada a escassez de estudos sobre tal estratégia no MSP desenvolveu-se o presente estudo. **Objetivos:** a) identificar os significados da DOTS atribuídos por pacientes e trabalhadores da saúde de diferentes Coordenadorias do MSP; b) apontar e analisar os nexos dos significados da DOTS entre pacientes e trabalhadores da saúde. **Métodos:** Estudo quanti-qualitativo que teve como sujeitos, 53 pacientes e 98 trabalhadores de saúde de 6 regiões de saúde do MSP: Centro-Oeste e Norte, Sê, Butantã, Itaim Paulista, M'Boi Mirim e Sapopemba/Vila Prudente. Os sujeitos foram entrevistados, por meio de roteiro semi-estruturado. Depoimentos foram analisados segundo técnica de análise de discurso apropriada, com base na Hermenêutica Dialética. Resguardaram-se os aspectos éticos. **Resultados:** Consideradas as particularidades territoriais, de modo geral, verificou-se que a DOTS contribui para a adesão ao tratamento. Alguns trabalhadores de saúde consideraram que restringe a autonomia do usuário, que pode ser superada com a construção de vínculo. Os usuários apontam a dificuldade de comparecimento à unidade de saúde com a frequência requerida pelo DOTS, pois modifica sua rotina de vida e de trabalho. Os trabalhadores que mais participam diretamente do desenvolvimento da estratégia, e que contribuem para o estabelecimento do vínculo, são os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Dos incentivos oferecidos aos doentes, a cesta básica revelou-se como um problema, dada a irregularidade de sua distribuição, com repercussões na relação com os trabalhadores da saúde. O TS revelou-se como potente, sobretudo, para os pacientes que apresentam graus importantes de exclusão social, como os moradores de rua. Para estes, o DOTS se constitui como oportunidade de encontro, de identidade, de vínculo. **Conclusão:** As contradições apresentadas entre os depoimentos dos sujeitos do estudo se colocam primeiramente no plano do poder, quando o profissional de saúde pensa estar aberto ao diálogo e este não ocorre, podendo estabelecer-se relação de dominação, com reflexo para o cumprimento da terapêutica e na adesão ao tratamento. A forma como se operam os processos de trabalho repercutem na apreensão das necessidades de saúde apresentadas pelos doentes. O conceito de adesão ao tratamento deve ser ampliado, incorporando o entendimento sobre o momento de vida do doente e sobre o seu lugar ocupado no processo de produção e de reprodução social.

Projeto financiado pela FAPESP, CNPq e CNPq/USP (Bolsa de Iniciação Científica)

Descritores: Tuberculose; Tratamento diretamente observado; Adesão ao Tratamento; Tratamento Supervisionado

AE0.136 FORTALECIMENTO DE ESTRATÉGIAS PARA O DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE TUBERCULOSE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO: INTERAÇÃO ENTRE UNIVERSIDADE E SECRETARIA MUNICIPAL

CRISTIANO BELL ALVES DE CASTRO

INSTITUIÇÃO: HUCCF/UFRJ - RJ. EMAIL: CRISTIANOBEL@HUCCF.UFRJ.BR

Introdução: A Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) e o Programa Acadêmico de TB da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PAT/UFRJ) em parceria com a REDE-SUS vêm atuando em parceria na avaliação de tecnologia em Saúde (ATS) na área de incorporação de novos métodos diagnósticos (NMD) em TB para Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na cidade do Rio de Janeiro, área de abrangência da Policlínica Augusto Amaral Peixoto da Secretaria Municipal de Saúde da cidade do Rio de Janeiro (PAAP/SMS/RJ), residem 330 mil habitantes, são notificados 300 casos de TB/ano e um déficit de 20% no diagnóstico de tuberculose (TB). **Objetivo:** Aumentar o diagnóstico bacteriológico de TB pulmonar e avaliar novos métodos/estratégias para o diagnóstico de TB pulmonar em UBS na cidade do RJ. **Metodologia:** Em outubro de 2005, foi iniciada parceria entre o PAT/UFRJ, coordenação PAAP/CAP3.3/SMS-RJ e a representação do conselho distrital. Nesta parceria, o PAT/UFRJ aumentou a presença recursos humanos (RH) na Tisiologia, disponibilizou cultura para micobactérias, equipamentos de filtros HEPA, instalação da coleta de Escarro Induzido (EI), equipamentos para consultório, informatização do setor, insumos básicos além de cursos de capacitação para RH para capacitação na realização de pesquisas clínicas e/ou operacionais. A PAAP/SMS-RJ contribuiu com insumos básicos, manutenção e construção de uma área física exclusiva para tisiologia. Em agosto de 2006 iniciou-se o seguinte: a) estruturação de sistema de triagem sistematizada de todo paciente de 1ª vez atendido na PAAP/SMS-RJ, sintomático respiratório (SR) ou suspeito de TB Pulmonar (STBP), b) estruturação da equipe para atendimento dos contatos de TB pulmonar, crianças e adultos, c) iniciada a realização de EI em casos suspeitos sem expectoração, d) cultura para micobactéria e coleta de sangue e escarro para avaliação de TB; o EI contribuiu para a confirmação baciloscópica de TB em 42% (15/36) casos; avaliação qualitativa da trajetória do paciente portador de TB pulmonar; participação de 13 RH em cursos em capacitação boas práticas clínicas e realização de pesquisas clínicas/operacionais. **Conclusões:** A parceria da SMS/RJ-PAT/UFRJ/Rede-TB proporcionou um aumento da detecção de casos de TB da ordem de 18% no primeiro ano com ganhos notórios em condições de biossegurança e equipamentos além da realização de cultura universal para SR e STBP. Sedimentação de um espaço de excelência para realização de estudos clínicos, ensino e capacitação de RH na área de tisiologia na produção de conhecimento científico associado a qualidade assistencial em UBS de elevada carga de TB.

Descritores: Tuberculose; Diagnóstico; Interação

AE0.137 EPIDEMIOLOGIA MOLECULAR DA TUBERCULOSE NO ESTADO DE SANTA CATARINA: UM ESTUDO PRELIMINAR

SIMONE GONÇALVES SENNA; MARIA LUIZA BAZZO; JEFFERSON SICKA; LUCAS NOGUEIRA; MARIO STEINDEL; ANDRÉ BÁFICA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC - SC. EMAIL: SIMONESENNA@HOTMAIL.COM

Introdução: Na região Sul, a infecção pelo HIV/AIDS e a tuberculose (TB) se revelam como as principais morbidades infecciosas. Neste contexto, o aparecimento de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes aos diversos antibióticos preocupa as agências de saúde. Entretanto, dados sobre a taxa de infecção da TB e o perfil de resistência aos antibióticos no Estado de Santa Catarina ainda são escassos. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi investigar a epidemiologia da tuberculose em Santa Catarina, fornecendo dados de incidência, bem como dados fenotípicos e moleculares de resistência da TB. **Métodos:** Foram analisados trabalhos publicados na literatura, bancos de dados do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de SC e DIVE. Para estudo do perfil fenotípico de resistência do M. tuberculosis, utilizou-se o banco de dados do LACEN/SC. Também foi realizada uma análise molecular do gene *katG*, envolvido na resistência à isoniazida (INH). **Resultados:** O Estado de SC apresenta uma taxa de incidência de tuberculose de 25/100.000, abaixo da média nacional (48/100.000). Entretanto, em algumas localidades do Estado a incidência pode chegar até a 100/100.000, como observado no município de Itajaí. Baseado em dados do perfil fenotípico das cepas estudadas no Estado, cerca de 20% dos casos novos de TB apresentaram resistência à INH, e 16% são cepas de M. tuberculosis resistentes aos múltiplos fármacos incluindo INH, rifampicina e pirazinamida. Experimentos preliminares demonstraram que 9 de 16 isolados de amostras clínicas (56%) apresentaram mutação no gene *katG*. **Conclusão:** Levando-se em conta alto grau de virulência e transmissão e o alto custo do tratamento, estes dados são preocupantes. Estudos mais detalhados estão em andamento para traçar o perfil epidemiológico e molecular da TB no Estado de SC. Dados epidemiológicos precisos permitem a melhoria no treinamento biomédico para o diagnóstico mais acurado, nas pesquisas para a prevenção da TB e no desenvolvimento de novas intervenções contra este patógeno.

Descritores: Tuberculose; Resistência a drogas; *Mycobacterium tuberculosis*

Biossegurança

BIO.001 RISCO DE TRANSMISSÃO NOSOCOMIAL DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DA UFRJ NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DO CURSO MÉDICO - RESULTADOS PRELIMINARES

PAULO ALBUQUERQUE DA COSTA; MARIA AMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA; FERNANDA QUEIROZ MELLO; AFRANIO LINEU KRITSKI; SORAIA RIVA GOUDINHO DE SOUZA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX - UFRJ - RJ. EMAIL: MARMANDA@GLOBO.COM

Introdução: No RJ o risco anual de infecção (RAI) por TB é 0,83/1000 pessoas-mês (p-m). Estudantes de medicina (EM) frequentam postos de saúde onde há atendimento de pacientes com tuberculose (TB) no segundo ano do curso médico. **Objetivo:** Avaliar o RAI de infecção

dos estudantes de medicina entre a entrada na faculdade e o fim do segundo ano. **Métodos:** Em 11 turmas de medicina entre 1999 e 2004 aplicou-se prova tuberculínica (PT) usando-se o PPD rt-23 pela técnica de Mantoux por pessoal treinado. Definiu-se conversão da PT (CPT) como aumento na endureção de 10mm entre alunos com duas PT prévias negativas (<10 mm) ou aumento de endureção de 15mm naqueles com apenas uma PT prévia (<10 mm). **Resultados:** Entre os 916 alunos a PT foi aplicada em 808 (88,2%). A prevalência da PT positiva no primeiro teste foi de 5,9% (48/808). O efeito booster foi encontrado em 6,3% dos alunos (29/458). Entre os 722 alunos com uma ou duas PT iniciais negativas, 470 (65,1%) foram retestados no segundo ano após terem passado por postos de saúde. O RAI encontrado foi de 1,25/1000p-m. **Conclusões:** Encontrou-se prevalência baixa de infecção pelo Mtb entre EM da UFRJ em relação à população geral (5,9% X 33%). Parece haver uma tendência de aumento do RAI nos EM após exposição a pacientes no exercício de suas atividades acadêmicas comparando-se à população geral (1,25/1000p-m X 0,83/1000p-m), mas com índices de CPT ainda aceitáveis para profissionais de saúde (<1,7/1000p-m). EM devem ser melhor instruídos em medidas de biossegurança na transmissão de TB.

Descritores: Tuberculose; Alunos medicina; Biossegurança

BIO.002 RISCO DE TRANSMISSÃO NOSOCOMIAL DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA DA UFRJ ENTRE O SEGUNDO E O SEXTO ANO DO CURSO MÉDICO - RESULTADOS PRELIMINARES.

PAULO ALBUQUERQUE DA COSTA; MARIA AMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA; FERNANDA QUEIROZ MELLO; AFRANIO LINEU KRITSKI; SORAIA RIVA GOUDINHO DE SOUZA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX - UFRJ - RJ. EMAIL: SIMONESENNA@HOTMAIL.COM

Introdução: No Rio de Janeiro a incidência de tuberculose (TB) é de 113/100.000 e o risco anual de infecção (RAI) por TB é de 0,83/1000 pessoas-mês (p-m). Estudantes de medicina (EM) realizam suas atividades práticas em contato com pacientes a partir do terceiro ano do curso médico com aumento significativo de sua frequência a partir do quinto ano onde há maior probabilidade de contato com pacientes com tuberculose (TB) dentro e fora do hospital universitário. **Objetivo:** Avaliar o RAI de infecção dos estudantes de medicina entre o segundo e o sexto ano da faculdade de medicina. **Métodos:** Em 11 turmas de medicina entre 1999 e 2005 foi aplicada a prova tuberculínica (PT) usando-se o PPD rt-23 pela técnica de Mantoux por pessoal treinado. A conversão da PT (CPT) foi definida por um aumento na endureção de 10mm entre PS com duas PT prévias negativas (<10 mm) e um aumento de endureção de 15mm entre PS com apenas uma PT prévia (<10 mm). **Resultados:** Entre os 545 alunos inscritos em 7 turmas, 31 (5,7%) tinham a PT positiva, 342 (62,8%) tinham a PT negativa e 172 (31,5%) não tiveram a PT aplicada PT foi aplicada. No 6º ano, entre os 342 EM com a PT negativa foram retestados 146 (42,7%). O RAI encontrado foi de 1,63/1000p-m. **Conclusões:** Parece haver uma tendência de aumento do RAI nos EM da UFRJ quando ficam expostos a pacientes no exercício de suas atividades acadêmicas em relação à população geral (1,63/1000p-m X 0,83/1000p-m), mas com índices de CPT ainda aceitáveis para profissionais de saúde (<1,7/1000p-m). EM são expostos a pacientes com TB dentro e fora de instituições universitárias que na maioria dos casos não oferece medidas de controle da infecção tuberculosa adequada em suas instalações.

Descritores: Tuberculose; Alunos medicina; Biossegurança

BIO.003 RESISTÊNCIA DO M. TUBERCULOSIS ÀS DROGAS ANTITUBERCULOSE ENTRE PACIENTES HIV+ EM MATO GROSSO DO SUL-BRASIL

MARLI MARQUES; EUNICE ATSUKO TOTUMI CUNHA; CACILDA TEZELI JUNQUEIRA; CAMILA ARANTES BERNANRDES; ANAMARIA MELLO MIRANDA PANIAGO

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL - MS. EMAIL: MARIAL3@HOTMAIL.COM

Introdução: A tuberculose (TB) recrudescceu em todo o mundo, devido principalmente à pandemia de AIDS e a detecção de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* resistentes a rifampicina e isoniazida, configurando um sério problema na saúde pública. **Objetivo:** Estimar a prevalência e o perfil de resistência do M. tuberculosis, às principais drogas usadas no tratamento da TB em HIV+, em Mato Grosso do Sul, no período de 2000 a 2006. **Metodologia:** Estudo descritivo de dados de notificação do SINAN-TB e do sistema informatizado do LACEN-MS, de cultura positiva para M. tuberculosis e teste de sensibilidade às drogas rifampicina, isoniazida, etambutol e estreptomicina. O LACEN-MS processou amostras de suspeitos de TB pulmonar e extrapulmonar, da rede básica de saúde, ambulatórios, hospitais e unidades de referência para co-infecção (TB-HIV). As amostras foram semeadas em meios de Lowenstein-Jensen, de Ogawa-Kudoh, em sistema automatizado MGIT960 BACTEC e a realização do teste de sensibilidade (TS) foi pelo método das proporções (CANETTI et al.). A classificação quanto à resistência seguiu os padrões da OMS: Resistência Primária (RP) ou Adquirida (RA) e multidrogarresistência (MDR). **Resultados:** Foram notificados 7.482 casos no SINAN-TB, sendo 432 (5,8%) HIV positivos. Dentre os HIV positivos, 67 (15,5%) foram investigados com cultura e teste de sensibilidade. Dos 67 casos, 52 eram do sexo masculino (77,6%) e idade variando de 21 a 64 anos. Do total, 17,9% apresentavam formas extrapulmonares e 82,1% eram virgens de tratamento para TB. A avaliação de suscetibilidade às drogas antituberculose identificou 50 pacientes (74,6 %) sensíveis às quatro drogas testadas e 17 (25,4%) resistentes ao menos a uma droga. Constatou-se monorresistência à isoniazida (6,0%), à estreptomicina (9,0%) e MDR em 3 casos (4,5%). Entre os resistentes, 12 casos (70,6%) tratavam-se de RP e 5 (29,4%) de RA. **Conclusão:** A prevalência de resistência total (25,4%) foi maior e a MDR (4,5%) foi menor que a encontrada em outros estudos realizados no país, em HIV+. A ausência de RA para a isoniazida e um terço menor à estreptomicina indicam provável re-infecção endógena. A RP de 70,6% é superior ao esperado para países em desenvolvimento (15%). A progressão da infecção para doença no HIV+ é mais rápida, podendo refletir as tendências recentes de resistência na comunidade. Taxas elevadas podem decorrer do contato frequente com cepas resistentes, no ambiente hospitalar e unidades de referência para co-infectados, sem desprezar o contato na própria comunidade. O longo período do estudo, as prováveis inconsistências nos dados e subdetecção de resistência, limitaram o estudo. No entanto, os achados sinalizam a necessidade de redução de fontes na comunidade, como forma indireta de proteção deste grupo vulnerável à resistência. Destaca-se também, o diagnóstico da resistência em nosso meio, sem custos adicionais ou alteração da rotina no laboratório, e o estímulo para outras investigações.

Descritores: Resistência; Tuberculose; Co-infecção TB-HIV

BIO.004 OS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM E O CONHECIMENTO SOBRE BIOSSEGURANÇA EM TUBERCULOSE EM UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO

MELINA COSTA DOS SANTOS; FABIANA BARBOSA ASSUMPCÃO DE SOUZA

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL. EMAIL: FABIASSUMPCAO@GMAIL.COM

Introdução: Os estudantes da área da saúde representam grupos de risco para infecção por tuberculose (TB) pulmonar. Este risco é derivado da exposição progressiva que esses estudantes apresentam com o meio hospitalar durante a trajetória acadêmica, onde as chances de contato com pacientes com TB pulmonar positiva aumentam. A alta prevalência de TB nos acadêmicos da área da saúde também pode ser explicada pela deficiência destes estudantes no reconhecimento, no isolamento e no cuidado com os pacientes portadores de TB pulmonar positiva. Para que o sucesso e a continuidade da segurança no trabalho da área da saúde sejam garantidos, é necessário estar sempre atento às novas metodologias e formas profiláticas, preservando a relação profissional-paciente. Partindo do princípio de que a TB é um grave problema e, sabendo que profissionais de saúde se transformam cada vez mais em vítimas da doença, muito mais por negligência às normas de proteção contra a infecção, o presente estudo tem como objeto de estudo o conhecimento do aluno de Enfermagem sobre as medidas de biossegurança em TB. **Objetivos:** identificar o conhecimento dos acadêmicos de Enfermagem sobre a TB e a biossegurança em TB; identificar a utilização da biossegurança em TB na prática acadêmica; investigar casos de adoecimento por TB durante a prática acadêmica. **Método:** Estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com 55 acadêmicos dos 8º e 9º períodos do curso de Enfermagem de uma universidade pública do município do Rio de Janeiro, submetidos a questionário abordando questões sobre a transmissão da TB, seu diagnóstico precoce, tratamento e medidas profiláticas. **Resultados:** Foi observado que os acadêmicos de enfermagem informaram corretamente sobre o agente etiológico (98,18%), mecanismo de transmissão (98,21%), sinais e sintomas clínicos (96,81%), e diagnóstico da TB pulmonar (99,26%). Apesar de todos os entrevistados identificarem de forma correta o tratamento para TB, isto, em termos relativos, representa apenas 70,52% das respostas corretas, o que significa que alternativas incorretas também foram assinaladas, caracterizando incerteza nas respostas. 25 entrevistados relataram ter cuidado de pacientes portadores de TB, e entre estes, 6 não utilizaram medidas preventivas, 3 evitaram contato direto ou próximo ao cliente, 16 informaram utilizar o tipo de precaução incorreta, e 16 utilizaram a precaução preconizada para essa situação. Entre os 55 entrevistados, 2 relataram ter adoecido por TB durante a graduação. **Conclusão:** Constatou-se que, apesar de possuírem os conhecimentos básicos sobre os mecanismos de transmissão, tratamento e prevenção da TB, os acadêmicos de Enfermagem estudados não utilizam esses conhecimentos na prática, principalmente os de biossegurança. A justificativa para tal é que as instituições de saúde, nas quais são realizados os estágios curriculares destes alunos, não fornecem as condições necessárias para a prevenção da doença. **Descritores:** Tuberculose; Biossegurança; Estudantes de enfermagem

BIO.005 A PROTEÇÃO RESPIRATÓRIA NO CUIDADO AO PACIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE PULMONAR: EXPERIÊNCIAS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

LUZIA ARAUJO MARQUES; MARIA LUCIA MAGALHÃES BOSI; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: LUZARAUJO@GMAIL.COM

Introdução: Em países em desenvolvimento com elevado risco de transmissão do bacilo da tuberculose, são escassos estudos acerca de percepções e experiências de auxiliares e técnicos de enfermagem acerca do uso ou não de proteção (respirador) no cuidado ao paciente portador de tuberculose pulmonar (TBP). **Objetivo:** Identificar percepções e experiências dos auxiliares e técnicos de enfermagem acerca do respirador, no cuidado ao paciente portador de TBP. **Método:** Pesquisa exploratória realizada no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que desde 1998, implantou um Programa de TB. A escolha dos entrevistados, auxiliares e técnicos de enfermagem, foi definida como unidade qualitativa intencional. A técnica para coleta de informações foi o grupo focal. No decorrer do ano de 2005 foram realizados quatro grupos focais com a participação de um total de 19 informantes. Distribuímos o exercício de reflexão em: descrição dos resultados, reflexão sistemática e compreensão reflexiva da experiência vivida. **Resultados:** As categorias analíticas emergiram no próprio campo: a) O significado da TB para o profissional, b) Experiências na interface corpo e respirador, c) O respirador e o espaço institucional no cuidado ao paciente portador de TBP. O primeiro tema aponta que no ambiente hospitalar, o uso ou não do respirador relaciona-se às características deste paciente; ao preconceito e à discriminação; ao medo de adoecer; aos riscos da TB; a interação profissional família; ao desconhecimento do diagnóstico e a presença de Deus como proteção. No segundo tema, desvelou-se a proteção oferecida pelo respirador ao profissional e a insegurança resultante do seu uso. Este tema agrega como resultado de sua localização junto à face o desconforto, a falta de ar, a interferência com a visão, o olfato, a alteração na estética, a auto-estima e com a comunicação entre profissional e paciente. Apresenta-se assim como obstáculo e barreira, promovendo a distância, o isolamento de ambos e a dificuldade de identificação do profissional pelo paciente. Seu uso ou não tem, ainda, referências com o cuidado ao paciente portador de TBP em situações de emergência e a humanização. No último tema, emergiram algumas situações relacionadas com a organização do trabalho de enfermagem: o tempo para a realização das atividades, as escalas de trabalho e os espaços destinados a este cuidado (a enfermagem e o isolamento respiratório). Foram apontadas as dúvidas do profissional em relação ao uso do respirador e os aspectos associados com a conservação, o armazenamento e a falta do equipamento, e também a responsabilidade institucional e profissional diante destas situações. **Conclusão:** Entre o velar e o desvelar o uso ou não do respirador se impõe a subjetividade do profissional no ato de perceber o respirador. Como ser-no-mundo, o profissional verbalizou como ele percebe o respirador, com todas as suas qualidades e dificuldades. **Descritores:** Tuberculose pulmonar; Dispositivos de proteção respiratória; Pesquisa qualitativa

BIO.006 O SIGNIFICADO DA TUBERCULOSE PARA O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

LUZIA ARAUJO MARQUES; MARIA LUCIA MAGALHÃES BOSI; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: LUZARAUJO@GMAIL.COM

Introdução: O cuidado ao paciente portador de TBP, em hospital universitário,

envolve um grande número de auxiliares e técnicos de enfermagem. Preocupados com o aumento da prevalência da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), e a tendência crescente da prevalência da prova tuberculínica (PT) positiva nesta categoria, procuramos apreender a relação do significado da TB com o cuidado a este doente e adesão às medidas de controle da doença no espaço hospitalar. **Objetivo:** descrever o significado da TB para auxiliares e técnicos de enfermagem e identificar a relação do significado da doença no cuidado ao paciente portador de TBP. **Método:** pesquisa exploratória realizada no HUCFF. A escolha dos entrevistados, auxiliares e técnicos de enfermagem, foi definida como unidade qualitativa intencional. A técnica para coleta de informações foi o grupo focal. No decorrer do ano de 2005 foram realizados quatro grupos com a participação de um total de 19 informantes. Distribuímos o exercício de reflexão em: descrição dos resultados, reflexão sistemática e compreensão reflexiva da experiência vivida. Emergiram três categorias analíticas, entre elas esteve o significado da TB para o profissional. **Resultados:** O significado da TB foi relacionado com as características do paciente portador de TBP que se apresenta isolado, como corpo solitário, já que o profissional entra e sai do quarto de precaução aérea. Isto, por que a TB é uma doença ruim. Destaca-se que o profissional de saúde tem mais preconceito e medo de adoecer por TB, por que terá que ficar de licença, seu rendimento vai cair, vai ter problema com a família. Assim, ele se afasta do doente, para proteger a si e sua família, caracterizando a interação profissional-família. Isto é percebido como discriminação. O entendimento de que a doença pode ser curada por aquele esquemazinho, ou ainda, a possibilidade de fazer um testinho, faz com que, para alguns, ela perca a característica de doença ruim, reduz o medo do profissional de se infectar ou adoecer. Além de se referir à possibilidade de contaminação oriunda do ambiente, o profissional não desconsidera a sua exposição ao MTB, durante realização de suas atividades. Este sentido foi caracterizado como riscos da TB, relacionado com a missão desta instituição, por que: este é um hospital Escola. Emerge, então o desconhecimento do diagnóstico de TBP como situação que aponta para o não uso das medidas de controle destinadas a TB. Para enfrentar estas situações seu pensamento se volta a Deus como proteção. **Conclusão:** se os profissionais de enfermagem trabalham com medo de seu objeto: o cuidado do paciente- há que se acreditar que existe uma tensão entre fuga e aproximação, inserindo obstáculos naquilo a que se propõe o cuidado. Fugindo a posturas de julgamento dos comportamentos causados pelo medo, é preciso ir além e compreender o sujeito, ampliando o olhar. É necessário descobrir nas interseções desta rede o que o amedronta ante o paciente com TB. Só assim, a partir da compreensão simbólica, torna-se possível buscar intervenções.

Descritores: Tuberculose pulmonar; Equipe de Enfermagem; Pesquisa Qualitativa

BIO.007 EXPERIÊNCIAS NA INTERFACE CORPO E RESPIRADOR NO CUIDADO AO PACIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE PULMONAR

LUZIA ARAUJO MARQUES; MARIA LUCIA MAGALHÃES BOSI; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: LUZARAUJO@GMAIL.COM

Introdução: O corpo é o principal instrumento para a realização dos cuidados de enfermagem ao paciente portador de TBP. É este corpo quem faz uso do respirador e que, a partir da experiência, expressa a percepção acerca do uso deste equipamento. **Objetivo:** descrever as experiências de uso do equipamento de proteção respiratória no cuidado ao paciente portador de TBP. **Método:** pesquisa exploratória realizada no HUCFF. A escolha dos entrevistados, auxiliares e técnicos de enfermagem, foi definida como unidade qualitativa intencional. A técnica para coleta de informações foi o grupo focal. No decorrer do ano de 2005 foram realizados quatro grupos com a participação de um total de 19 informantes. Distribuímos o exercício de reflexão em: descrição dos resultados, reflexão sistemática e compreensão reflexiva da experiência vivida. As categorias analíticas emergiram no próprio campo: O significado da TB para o profissional, Experiências na interface corpo e respirador, O respirador e o espaço institucional no cuidado ao paciente portador de TBP. Neste estudo apresentaremos a segunda categoria. **Resultados:** A partir de suas experiências, o profissional percebe o respirador como proteção. Embora associe a sensação de insegurança, relacionada com a incerteza em saber se, realmente, o filtro o estará protegendo. Outro aspecto apreendido foi o desconforto, associado com a falta de ar. A percepção olfativa do profissional aponta para o odor não muito agradável ao usar este equipamento. No corpo o respirador interfere com a visão, a estética e a auto-estima. O profissional refere ter, ainda, a sua voz tamponada, o que torna difícil falar. Como consequência o paciente não escuta. Conforme se sabe a fala e a escuta são imprescindíveis para a comunicação, aspecto essencial à humanização. O respirador aparece como um obstáculo, uma barreira entre o profissional e o paciente, promovendo o distanciamento e o isolamento; além de ocultar a identidade do profissional. Entre o usar e o não usar o respirador a experiência destas pessoas aponta que o cuidado ao paciente portador de TBP em situações de emergência, entendido como as situações em que o paciente se encontra em risco de vida, pode suscitar o não uso do respirador. O sentido da humanização no cuidado ao paciente portador de TBP, emergiu como possibilidade do profissional se aproximar dos pacientes. **Conclusão:** no espaço, onde o respirador foi percebido um equipamento que distancia as pessoas, ele próprio poderia ser entendido como um objeto que desumaniza as relações entre paciente e profissional. Ficam questões para pensarem juntos- gerentes do cuidado e profissionais- acerca dos princípios, valores, direitos e deveres, que regem a prática daqueles que cuidam do paciente portador de TBP. Estes profissionais têm o cuidar como expressão humanizadora. Sendo assim, o respirador como tecnologia conflita, no plano objetivo e subjetivo, com essas marcas identitárias, o que nos parece um achado de grande importância no âmbito de um estudo voltado à compreensão do uso ou não dessa tecnologia.

Descritores: Tuberculose pulmonar; Dispositivos de proteção respiratória; Equipe de enfermagem

BIO.008 O RESPIRADOR E O ESPAÇO INSTITUCIONAL NO CUIDADO AO PACIENTE PORTADOR DE TUBERCULOSE PULMONAR

LUZIA ARAUJO MARQUES; MARIA LUCIA MAGALHÃES BOSI; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: LUZARAUJO@GMAIL.COM

Introdução: Para o controle da TB no hospital, propõem-se a realização de três níveis hierárquicos de medidas preventivas: o controle administrativo, o controle ambiental e a proteção respiratória pessoal objeto deste estudo. **Objetivo:** investigar os aspectos relacionados ao uso ou não do respirador no espaço institucional. **Método:** pesquisa exploratória realizada no HUCFF. A escolha dos entrevistados, auxiliares e técnicos de enfermagem, foi definida como unidade qualitativa intencional. A técnica para coleta de informações foi o grupo focal. No decorrer do ano de 2005 foram realizados quatro grupos com a participação

de um total de 19 informantes. Distribuímos o exercício de reflexão em: descrição dos resultados, reflexão sistemática e compreensão reflexiva da experiência vivida. As categorias analíticas emergiram no próprio campo: O significado da TB para o profissional, Experiências na interface corpo e respirador, O respirador e o espaço institucional no cuidado ao paciente portador de TBP. Neste estudo apresentaremos a terceira categoria. **Resultados:** O espaço onde ocorre o cuidado, enfermarias e quartos destinados ao isolamento do paciente portador de TBP de um hospital universitário, aparece em destaque. Por não dispor de ventilação, ventilação natural e dificultar o acesso dos profissionais cuidar do paciente no isolamento é motivo de preocupação e contribui para que o profissional opte por cuidar deste paciente nas enfermarias. O profissional não demonstra satisfação ante a sua escala de trabalho, elemento essencial para a organização do cuidado, apontada como obstáculo para o uso do respirador. Isto porque é grande o quantitativo de doentes, a complexidade, o número de cuidados a serem realizados e a distância que precisa percorrer quando se divide para cuidar dos pacientes. A relação tempo e cuidado, aponta para o modo como esses profissionais organizam o seu trabalho, já que o limite de uso do respirador é definido a partir da avaliação individual que considera o tempo possível para permanecer com este equipamento. Ainda que este seja um espaço de ensino, os profissionais destacaram algumas dúvidas associadas ao seu uso. São oriundas de situações reais em que o profissional utiliza o respirador sobre a máscara cirúrgica, molhado e/ou amassado. Isto porque a garantia de reposição do equipamento, nas situações em que é necessário haver a substituição, nem sempre é possível. A não disponibilização de normas e espaço para conservação e armazenamento do respirador contribui para que cada profissional desenvolva seu próprio método que nem sempre parece adequado às normas instituídas. A falta do respirador, foi expressa pelo quantitativo insuficiente ou ainda por inadequada avaliação e organização para distribuição do equipamento. Para o grupo, estas situações devem ser de responsabilidade institucional, cabe a Direção adquirir e manter o respirador nos setores, além de oferecer treinamento ao profissional. **Conclusão:** É necessário considerar que a complexidade e a diversidade crescentes aos diferentes processos de trabalho exigem aumento no nível da atenção requerida pelos novos procedimentos e equipamentos, o que demanda a presença de um trabalhador mais atento e capacitado. Não obstante a estreita relação existente entre o uso e não do respirador com o significado da TB e interface respirador e corpo do profissional, estas não se constituem situações isoladas. **Descritores:** Tuberculose pulmonar; Transmissão; Dispositivos de proteção respiratória

BIO.009 MONITORAMENTO EM CABINE DE SEGURANÇA BIOLÓGICA: MANIPULAÇÃO DE CEPAS E DESCONTAMINAÇÃO EM UM LABORATÓRIO DE MICOBACTÉRIAS

ERICA CHIMARA; FERNANDA CRISTINA DOS SANTOS SIMEÃO; LETICIA LISBOA MONIZ; SUELY YOKO MIZUKA UEKI; JONAS UMEOKA YAMAUCHI; FABIO OLIVEIRA LATRILHA; MARIA ALICE SILVA TELLES

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ - SP. EMAIL: SATIE@OSITE.COM.BR

Introdução: A cabine de segurança biológica (CSB) é um dos principais equipamentos de contenção no laboratório microbiológico, pois visa proteger o indivíduo, material e ambiente. No Setor de Micobactérias do Instituto Adolfo Lutz (IAL), a manipulação de cepas de micobactérias constitui o maior risco para a formação de aerossóis. **Objetivo:** Propusemos verificar: 1) formação de aerossóis durante a manipulação de cepas de micobactérias nas CSB do laboratório NB3 do IAL, ao realizar testes de sensibilidade às drogas (ANT) e identificação das espécies (TIP) e 2) efeito da descontaminação com álcool 70% e exposição da área de trabalho da CSB à luz UV, após os procedimentos. **Métodos:** Uma placa com meio de 7H10 foi exposta na CSB durante os ANT e TIP. Ao término dos testes, realizou-se limpeza e descontaminação da CSB com álcool 70% e exposição de 15 minutos à UV. Após este tempo, outra placa foi exposta por 2 horas, somente com a ventilação ligada. As placas foram incubadas a 37°C e observadas até 30 dias. Os esfregaços das colônias isoladas foram corados pela técnica de Ziehl Neelsen e GRAM, e as colônias de BAAR foram identificadas. **Resultados:** Nas 38 placas expostas durante o ANT, em 10(26,3%) cresceram micobactérias, fungos em uma(2,6%) e outros bacilos em duas(5,3%). Entre as placas com micobactérias, oito(80,0%) foram identificadas como *M.tuberculosis* e duas(20,0%) não tiveram a identificação concluída, pois não cresceram no subcultivo no meio de L.Jensen, mas apresentavam características morfológicas de *M.tuberculosis*. Após limpeza, cresceram fungos em duas(5,3%), e cocos em duas(5,3%). Nas 30 placas expostas durante a TIP, cresceram micobactérias em 10(33,3%), fungos em duas(6,6%), cocos em uma(3,4%) e micobactérias com outro bacilo em uma(3,4%). Nas que cresceram micobactérias uma placa apresentou dois tipos de colônias, sendo uma identificada como *M.kansasii* e a outra apenas como MNT. As outras espécies foram: uma placa com *M.avium*, uma com *M.avium* e outro bacilo, uma com *M.abscessus*, uma com *M.terrae*, três com MAC, uma com CRA, uma com CLA e uma com *M.tuberculosis*. Após limpeza, não houve crescimento. **Conclusão:** A formação de aerossóis durante os ANT e TIP ficou evidenciada com o isolamento de micobactérias nas placas durante estes procedimentos. A limpeza e descontaminação da CSB com álcool 70% foram efetivas. Técnicas laboratoriais adequadas devem ser respeitadas para minimizar estes aerossóis. Outros fatores relevantes são a experiência dos profissionais, a manutenção de um programa de capacitação, visando o desempenho destas atividades com segurança, além da manutenção periódica da CSB. **Descritores:** Micobactérias; Cabine de segurança biológica; Luz ultravioleta

BIO.010 PERFIL DAS UNIDADES LABORATORIAIS PÚBLICAS QUE REALIZAM BACILOSCÓPIA PARA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIS-MA

NÁDIA MARIA TOMICH TEIXEIRA MENDES; LÉCIA MARIA SOUSA SANTOS COSME

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ. EMAIL: SATIE@OSITE.COM.BR

Introdução: O Estado do Maranhão possui 217 municípios, sendo 22 deles prioritários para o Programa de Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), dentre eles está o município de São Luís, capital do Estado cuja população é de 1.017.772 habitantes, o qual foi incluído entre os 57 municípios do Fundo Global de combate à Aids, tuberculose e malária, investindo recursos no fortalecimento das ações de combate a tuberculose no Brasil. O município possui 12 (doze) Unidades Públicas de Saúde com laboratórios realizando baciloscopia, sendo 03 (três) Unidades Estaduais, 01 (um) Hospital Universitário (HU), 08 (oito) Unidades Municipais. No ano de 2007 os laboratórios realizaram 14.949 exames baciloscópicos. **Objetivo:** Conhecer a situação da rede de laboratórios públicos que realizam baciloscopia para diagnóstico da tuberculose em relação à infra-estrutura, sistema de informação e condições de biossegurança.

Métodos: Foi realizado um cadastro dos laboratórios através de um questionário enviado pelo LACEN, solicitando informações sobre: Identificação do laboratório, atividades realizadas (baciloscopia e/ou cultura), levantamento de equipamentos e insumos, sistema de informação e realização de controle de qualidade (CQ). Após o cadastramento foi realizada visita técnica a cada laboratório onde foi utilizado um "Roteiro de Visita Técnica" contendo: Identificação do laboratório, responsável pelo laboratório de Tuberculose e nome dos técnicos envolvidos, dados do laboratório, Infra-estrutura, recursos humanos, treinamentos, organização interna e documentação, aspectos técnicos, equipamentos, biossegurança e indicadores. Os dois instrumentos utilizados são padronizados pelo PNCT. **Resultados:** Dos 12 (doze) laboratórios visitados 7(58,3%), possuem dimensão e construção adequada para realização da baciloscopia, 100% dos laboratórios utilizam o Sistema de Informação Laboratorial da Tuberculose (SILT) e o Livro de Registro de baciloscopia e de Cultura para Diagnóstico e Controle da Tuberculose (Livro Branco). Quanto às condições de biossegurança 11(91,7%) não possuem Cabine de Segurança Biológica, 10 (83,3%) não possuem autoclave, em relação aos equipamentos de proteção individual (EPI), 7 (58,3%) não utilizam o respirador PFF2, N95 recomendado para o manuseio de amostra clínica com bacilo da tuberculose. **Conclusão:** Os resultados obtidos indicam a necessidade de adequação da infra-estrutura dos laboratórios para realização da baciloscopia, além de evidenciar a situação precária em relação às condições de biossegurança. **Descritores:** Tuberculose; Baciloscopia; Biossegurança

BIO.011 CARACTERIZAÇÃO DE SURTO DE INFECÇÕES POR MICOBACTÉRIAS DE CRESCIMENTO RÁPIDO APÓS VIDEOCIRURGIAS EM CURITIBA, PR: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS E DETECÇÃO DE MYCOBACTERIUM MASSILIENSE.

BETINA MENDEZ ALCÂNTARA GABARDO; ANDREA MACIEL DE OLIVEIRA ROSSONI; JULIANE CRISTINA COSTA OLIVEIRA; LAUDIA WACHHOLZ BONATO; MARIA FRANCISCA TERESA CALDEIRA SCHERNER DAL-RI MOREIRA; VITOR HUGO MARIANO RAMOS; LUCIMAR BOZZA FERREIRA; KARIN REGINA LUHN; MARSSONI DECONTO ROSSONI; ANA LIGIA MARTINS SOUZA; MIRIAM WOISKI; RAFAEL SILVA DUARTE

INSTITUIÇÃO: SESA - PR. EMAIL: BETINAMAG@BRTURBO.COM.BR

Introdução: No Brasil, desde 2003, são observados surtos de infecções após procedimentos videocirúrgicos por agentes não habituais. Em 2007, Curitiba, vivenciou um surto por micobactéria não tuberculosa de crescimento rápido (MBNT-CR). **Objetivo:** Descrever critérios de confirmação diagnóstica, identificação do agente etiológico e perfil de sensibilidade. **Métodos:** Realizou-se estudo descritivo, com pacientes notificados por MBNT-CR. Procedeu-se a coleta de dados nas fichas epidemiológicas e prontuários. Realizaram-se baciloskopias e culturas do material no Laboratório Central do Estado e estudos anatomopatológicos (AP) nos serviços credenciados aos hospitais. A identificação das espécies e antibiograma foram realizados pelo Laboratório de Micobactérias da Universidade Federal do Rio de Janeiro e pelo Instituto Adolfo Lutz, São Paulo. A identificação molecular foi realizada pelos métodos de PRA-hsp65 e sequenciamento do gene rpoB. A diversidade genotípica foi caracterizada através da análise do DNA por técnica de eletroforese em campo pulsado (PFGE). Os critérios de confirmação seguiram orientações do Ministério da Saúde: baciloscopia e/ou cultura positivas e/ou AP com presença de granuloma e/ou vínculo epidemiológico. **Resultados:** Neste período foram investigados 131 pacientes, até o momento 101 confirmados em cinco instituições diferentes; 52 culturas e 35 baciloskopias foram positivas e 89 AP considerados sugestivos, todos materiais obtidos por biópsia; 28% dos casos foram confirmados por todos exames; 15% pela cultura e AP; 7% pela cultura e baciloscopia; 46% pelo AP e 2% pela cultura e em 3% por vínculo epidemiológico. Os procedimentos de identificação das espécies apontaram 13 amostras pertencentes ao grupo *Mycobacterium abscessus* tipo II. Através de sequenciamento foi identificada, em cinco amostras, a espécie *M. massiliense*. A avaliação da atividade in vitro frente aos agentes antimicrobianos demonstrou para: o Estreptomicina, Isoniazida, Etambutol, Rifampicina, Rifabutin, Etonamida, Cicloserina - Resistência (R) em 100% (n=9) o Doxiciclina - R 85%, resistência intermediária (RI) 15% (n=13) o Cefoxitina - RI 100% (n=4), o Ciprofloxacina - R 77%, RI 7% e Sensível (S) 16% (n=13) o Amicacina - R 46%, S 54% (n=13) o Claritromicina - S 100% (n=13) o Drogas sem indicação de corte padronizado para micobactérias atípicas (n=5): Minociclina (MIC<0,125: 100%), Ofloxacina (MIC<16: 40% e MIC<64: 60%), Tigeciclina (MIC=0,25: 80% e MIC=0,5: 20%). Através da análise de DNA detectou-se clonalidade dessas cepas com aquela associada ao surto no estado do Rio de Janeiro em 2006 e 2007. **Conclusão:** A baixa positividade da baciloscopia e cultura orientam a necessidade de utilização de outros critérios como a realização de anatomopatológico associado à história clínica e epidemiológica. Devido ao perfil de multiresistência deste agente, observa-se a importância da avaliação do perfil de sensibilidade aos antimicrobianos para a definição da terapêutica adequada. **Descritores:** Micobacteriose não tuberculosa; *M. Massiliense*; Infecção pós-cirúrgica

BIO.012 RELATO DE SURTO DE INFECÇÃO POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS DE CRESCIMENTO RÁPIDO APÓS VIDEOCIRURGIAS EM CURITIBA

ANDREA MACIEL DE OLIVEIRA ROSSONI; BETINA MENDEZ ALCÂNTARA GABARDO; JULIANE CRISTINA COSTA OLIVEIRA; LAUDIA WACHHOLZ BONATO; MARIA FRANCISCA TERESA CALDEIRA SCHERNER DAL-RI MOREIRA; VITOR HUGO MARIANO RAMOS; LUCIMAR BOZZA FERREIRA; KARIN REGINA LUHN; MARSSONI DECONTO ROSSONI; ANA LIGIA MARTINS SOUZA; MIRIAM WOISKI; MARIANA DO RÓCIO PEREIRA DE ALMEIDA

INSTITUIÇÃO: SMS - PR. EMAIL: DEAROSSONI@GMAIL.COM

Introdução: Surtos de infecções por micobactéria não tuberculosa de crescimento rápido, após procedimento cirúrgicos, vêm sendo descritos no Brasil e recentemente em Curitiba-Pr. **Objetivo:** Descrever perfil epidemiológico dos casos notificados em Curitiba e medidas adotadas para interrupção do surto. **Métodos:** Estudo descritivo com casos notificados de novembro de 2007 a maio de 2008. Procedeu-se a coleta de dados nas fichas epidemiológicas e prontuários. Os casos foram confirmados por baciloscopia e/ou cultura positivas, anatomopatológico com presença de granuloma e/ou vínculo epidemiológico, conforme orientações do Ministério da Saúde (MS). **Resultados:** Investigou-se 137 pacientes, operados de junho a dezembro de 2007 (77% em outubro e novembro). A Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a SESA-Pr, o CRM-Pr e a Associação Paranaense de Controle de Infecção Hospitalar orientaram os serviços de saúde quanto às condutas para identificação, investigação e tratamento dos casos através de ofícios, resoluções, reuniões técnicas e eventos científicos.

Orientou-se busca ativa, nos hospitais do estado, de todos pacientes que realizaram videocirurgia em 2007 e determinou-se realização de esterilização de material deste procedimento. Está sendo conduzidos estudos, em conjunto com o MS, para avaliar possíveis fatores de risco. Após adoção das medidas descritas não se notificaram novos casos. Até o momento, foram confirmados 101 casos, 15 descartados e sete estão em tratamento por vínculo epidemiológico, aguardando exames, operados em cinco instituições privadas por 23 cirurgiões; 94% concentrados em dois serviços e 61% de quatro cirurgiões. A idade variou de quatro a 87 anos (média 42), 100% atendidos por convênios ou particular, 70% sexo feminino, 84% etnia branca, 74% com oito ou mais anos de estudo e 0,8% relataram comorbidades que pudessem agravar a evolução do quadro atual. Todos os casos foram associados videocirurgia, sendo as mais frequentes: colecistectomia (24%), bariátrica (23%), cardioplastia hiatal (15%) e apendicectomia (11%). Durante a investigação, diagnosticaram-se dois casos, sem correlação com o surto, submetidos à cirurgia aberta, sem relação com equipamento de videolaparoscopia. O intervalo entre a cirurgia e os sintomas foi de zero a 144 dias (média 37), e os mais frequentes foram: dificuldade de cicatrização (86%), secreção (81%), nódulos (76%), hiperemia (71%), fistulização (65%) e edema (55%). O tratamento vem sendo realizado conforme orientação do MS. Três pacientes apresentam-se assintomáticos, sem terapêutica, os demais se encontram em tratamento sendo que vários necessitaram de múltiplos debridamentos cirúrgicos e dois evoluíram para óbito. Conclusão: Observa-se o aparecimento de novos agentes nas infecções relacionadas à assistência à saúde, sendo importante, além da identificação oportuna, a readequação e o seguimento das recomendações para processos de desinfecção e esterilização de materiais.

Descritores: Micobacteriose não tuberculosa; M. Massiliense; Infecção pós-Cirúrgica

810.013 AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ENTRADA EM ISOLAMENTO RESPIRATÓRIO DE PACIENTES COM TB PULMONAR CONFIRMADA OU SUSPEITA NO HUCFF ENTRE 2003 E 2006 - RESULTADOS PRELIMINARES

AFRANIO LINEU KRITSKI; DAISY APARECIDA DE ARAUJO; FABIO SILVA AGUIAR; PAULO ALBUQUERQUE DA COSTA; MARIA AMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA; FERNANDA QUEIROZ MELLO
INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE DOENÇAS DO TÓRAX - UFRJ. EMAIL: DAISYARAJO@HUCFF.UFRJ.BR
Introdução: No Rio de Janeiro a incidência de tuberculose (TB) é de 113/100.000 e cerca de um terço dos casos de TB são diagnosticados em hospitais. Estratégias de suspeição precoce de TB na internação hospitalar são uma das medidas administrativas que ajudam a diminuir o risco de transmissão da TB para outros pacientes e profissionais de saúde (PS). Objetivo: Avaliar a efetividade da entrada no isolamento de pacientes com TB confirmada ou suspeita no HUCFF. Métodos: Entre 2003 e 2006 foram avaliadas as internações de pacientes nos 13 isolamentos respiratórios do HUCFF quanto ao tempo que levaram da internação ao isolamento e a confirmação de TB pulmonar (TBP) e TBP bacilífera. Resultados: Entre 01/01/03 e 31/12/06 foram feitas 1021 internações nos isolamentos do HUCFF. A TBP já era confirmada em 106 casos e foi confirmada em outros 174 totalizando 280 (27,4%) das internações. Entre os 106 casos com TBP confirmada, três eram bacilíferos que permaneceram até dois dias fora do isolamento. Entre os 174 casos suspeitos de TBP que confirmaram, 27 ficaram fora do isolamento entre 1 e 70 dias (percentil 50 de 6 dias). O índice de demora na entrada do isolamento de casos com TBP bacilífera foi de 2,9% (30/1021). Entre os 280 pacientes com TBP confirmada o tempo de demora da internação foi avaliada em 221 (78,9%). Destes em 52 casos (23,5%) a demora variou de um a 73 dias (percentil 50 de 6 dias). Conclusões: A eficácia na suspeição e internação de pacientes com TBP ainda está longe do ideal (<5%), mas quando se avalia entre os casos bacilíferos, que são o de maior chance de transmissão da TB, a eficácia foi excelente (2,9%). Avaliação do impacto da exposição a outros pacientes e PS dos casos bacilíferos que ficaram fora do isolamento por mais de um dia seria um importante indicador de possível microepidemia de TB nosocomial. Descritores: Tuberculose; Isolamento; Biossegurança

Diagnóstico

DIA.001 AVALIAÇÃO DA DETECÇÃO DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EM SERVIÇOS DE SAÚDE DA REDE PÚBLICA DO MUNICÍPIO DE BELÉM - PARÁ

IVANEIDE LEAL ATAIDE RODRIGUES; NINAROSA CALZAVARA CARDOSO

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE PÚBLICA - PA. EMAIL: NINAROSA@AMAZON.COM.BR

Introdução: Há décadas organismos internacionais recomendam a busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR) como estratégia para o diagnóstico precoce da tuberculose. Os locais ideais para a procura de casos são os Serviços de Saúde, onde a detecção de casos entre os SR deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina dos profissionais de saúde. Objetivos: determinar o número real de SR identificados entre as pessoas que procuram o atendimento nas UBS, determinar o número de pessoas não identificadas pelas UBS como SR e comparar a diferença entre os dois grupos. Métodos: Estudo descritivo da real prevalência de SR entre pessoas maiores de 15 anos que compareceram a Serviços de Saúde da Rede Pública do município de Belém - Pará. Participaram do estudo 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Foi utilizada a amostragem por clusters ou conglomerados, para definir o total de entrevistados por cada UBS. A coleta de dados foi realizada em um único dia, simultaneamente nas 21 UBS. Utilizou-se o Programa Epi-Info Versão 6.04 B para a análise dos dados, considerando-se as variáveis: idade, sexo, pessoas interrogadas a respeito de ter ou não tosse, tempo de tosse, pessoas interrogadas sobre tosse na UBS, SR identificados e encaminhados para coleta de escarro e motivo do comparecimento à Unidade de Saúde. O protocolo da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Estado do Pará. Resultados: Foram entrevistados 1.008 usuários das 21 UBS. A maior distribuição foi no gênero feminino, 75% e na faixa etária de 21 a 31 anos para as mulheres e de 43 a 53 anos para os homens. No total 20% responderam afirmativamente ao questionamento sobre a presença de tosse. Em 51% destes a duração de tosse foi de 3 semanas ou mais, o que atende o conceito de SR, demonstrando uma prevalência de SR de 10,3%. Entre aqueles identificados como tendo tosse, para apenas 28% foi perguntado na UBS sobre a sua presença. Considerando apenas os SR identificados pelos pesquisadores as UBS identificaram como tal 34% e destes, 33% foram encaminhados para fazer baciloscopia. Quando consideramos os SR identificados pela UBS esse percentual de encaminhados passa para 46%. Os motivos que levaram os usuários à procura as UBS variaram entre consulta médica 48%, consulta odontológica 3% e outros motivos 49%.

Conclusão - Nas UBS estudadas a identificação dos SR não parece ser prioridade, pois em 66% dos casos essa identificação não aconteceu, mostrando que a eficiência da detecção dos SR entre as pessoas que procuraram atendimento nos Serviços estudados é baixa, não favorecendo a identificação dos casos. Embora a identificação dos SR seja frágil, quando analisamos o encaminhamento para a coleta de escarro percebe-se um incremento nessa ação. Isso demonstra que, uma vez identificado o SR, a equipe faz uma intervenção oportuna.

Descritores: Tuberculose; Detecção; Sintomático respiratório

DIA.002 RECUPERAÇÃO DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EM CULTURAS E A POSITIVIDADE NA BACILOSCOPIA DE SECREÇÃO DE VIAS AÉREAS CARACTERIZADAS COMO SALIVA/MUCO OU ESCARRO

FERNANDO AUGUSTO FIUZA DE MELO; MARCOS AUGUSTO; DELURCE TADEU DE ARAUJO SPADA; ELIZABETE APARECIDA DE ALMEIDA; ADALBERTO GERÔNIMO DOS SANTOS

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA - SP. EMAIL: FERNANDOFIUZA@TERRA.COM.BR

Introdução: O controle programático da Tuberculose (TB) no Brasil recomenda exame de baciloscopia para portadores de tosse persistente por três ou mais semanas suspeitos de TB pulmonar (TBP) e durante o tratamento. Essa conduta tem como base a descoberta de bacilíferos principais responsáveis pela cadeia de transmissão e o controle da terapia. A recomendação é para que se colete qualquer tipo de material, preferencialmente matutino. O material coletado pode ser saliva/muco (S/M) ou escarro (ESC), considerando o segundo como material inflamatório das vias aéreas inferiores. Objetivos: Avaliar a recuperação de bacilos identificados como Mycobacterium tuberculosis-complex na cultura e a positividade na baciloscopia, em amostras de secreção de vias aéreas caracterizadas como S/M e ESC, em suspeitos de TB e no controle do tratamento de TBP. Métodos: Foram examinadas, prospectivamente, as amostras de material coletado de pacientes matriculados em um serviço de referência ambulatorial em suspeitos e portadores de TBP nos períodos de 19.06 a 03.08 e 05.10 a 26.10 do ano de 2007. A caracterização citológica da amostra foi realizada pelo Gram e Leishman; a baciloscopia em lâminas com esfregaço (ESF) e sedimento pós-centrifugação (SPC); a cultura em meios de Lowenstein-Jensen (LJ) e sistema automatizado (SAT). O critério de inclusão foi a identificação fenotípica da micobactéria como do M. tuberculosis-complex por crescimento em meio com agente inibidor PNB (ácido para-nitrobenzoico). Resultados: Avaliados 281 pacientes, 93 deles com duas amostras, num total de 374 (100%) amostras, com 83 (22,2%) identificadas como S/M e 291 (77,8%) como ESC. Apenas sete pacientes apresentaram S/M positivas, 3 (0,8%) em SPC, 1 (0,3%) em ESF (simultânea com SPC), 5 (1,3%) em culturas de MLJ e 7 (1,9%) no SAT. Em 74 o ESC foi positivo: 34 (9,1%) em SPC, 45 (12%) em SD, 56 (15%) em LJ e 67 (17,9%) SAT. Conclusões: Os resultados encontrados foram os esperados, pois metodologias mais sensíveis como a lâmina de sedimento pós-centrifugação e as culturas, principalmente a automatizada, apresentaram um melhor resultado independente da qualidade da amostra. De qualquer forma uma boa orientação e a coleta de mais de uma amostra, que aumenta a probabilidade de que seja colhido pelo menos um escarro, também é muito importante para uma boa qualidade do resultado, pois materiais caracterizados como muco/saliva não apresentaram uma boa resolutividade pelos métodos empregados no estudo e que são utilizados pela rede de saúde pública.

Descritores: Baciloscopia; Cultura; M. tuberculosis

DIA.003 EVOLUÇÃO DA NOTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS (MNT) EM UMA RE-FERÊNCIA AMBULATORIAL NA CIDADE DE SÃO PAULO (1995 A 2004)

FERNANDO AUGUSTO FIUZA DE MELO; MÁRCIA TELMA GUIMARÃES SAV IOLI; JORGE IDE NETO; ELIZABETE APARECIDA DE ALMEIDA; DELURCE TADEU DE ARAUJO SPADA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA - SP. EMAIL: FERNANDOFIUZA@TERRA.COM.BR

Introdução: Estaria a incidência de micobactérias não tuberculosas (MNT) aumentando em nosso meio? Tentando contribuir para responder esta questão, realizamos uma revisão da notificação de MNT em uma referência ambulatorial terciária para tuberculose (TB) e pneumopatias na cidade de São Paulo. Objetivo: Analisar o comportamento histórico da notificação de MNT em uma unidade de referência. Métodos: Revisão de MNT registrados no ICF no período de 1995 a 2004, identificando a origem das mesmas, espécies, formas da doença, antecedentes, associações com HIV, evolução com tratamento. A identificação foi basicamente por métodos bioquímicos (fenotípicos), sendo que nos anos de 2003 e 2004, estes foram comparados com sondagem genética. Resultados: Registrados 78 portadores de MNT no período, destes 42 (54%) foram identificados no ICF e 36 (46%) encaminhados já identificados, alguns confirmados no Serviço. Excluindo o ano de 2002, em que o laboratório passou por dificuldades técnicas, observa-se um aumento de registro a partir do ano de 1999, de 4 para 10 e 9 nos anos de 2003 e 2004. Quanto às espécies, as mais frequentes foram: Mycobacterium kansasii (44-56%), M. avium (15-19%) e M. chelonae (7-9%), algumas associadas, especialmente o M. kansasii com o M. tuberculosis (5 casos). A forma pulmonar foi amplamente predominante com 73 (94%) casos (associações em 3). Antecedentes de TB em 25 (32%) a maioria entre os com M. kansasii. Sorologia para HIV realizado em 38 com cerca de um quarto positivas (9/45=20%). O abandono foi de 17% (13/78) e o óbito de 8% (6/78). Quanto ao tratamento observou-se entre os casos de M. kansasii 58% (25/43) de cura, sendo quase 40% (17/43) com drogas usuais. Conclusões: Há claros indícios de aumento na notificação dos casos de MNT. Este aumento pode estar relacionado à melhora do diagnóstico, interferência da pandemia HIV, aumento relativo devido ao maior controle da TB, presença de sequelas de TB ou mesmo a um maior interesse médico. O predomínio da forma pulmonar pode ser explicado pela natureza do Serviço que atende TB e doenças respiratórias. A cura do M. kansasii com drogas usuais sugere que sua ocorrência seja mais frequente num país que trata pacientes com baciloscopia positiva sem identificação da micobactéria, ao uso de dose alta da isoniazida associada à rifampicina no E1 e mais o etambutol no E1R.

Descritores: Micobactérias; Micobactérias não tuberculosas; Micobacterioses

DIA.004 DIAGNOSTICO BACILOSCÓPICO X POR CULTURA X CLÍNICO/ RADIOLOGICO EM PACIENTES COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE PULMONAR EM UMA REFERENCIA AMBULATORIAL

FERNANDO AUGUSTO FIUZA DE MELO; MANOEL ARMANDO AZEVEDO DOS SANTOS; MIRIAN HENNY KATZ; MARIA IDEMAR PEDROSA ALBARRAL; ELIZABETE APARECIDA DE ALMEIDA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO CLEMENTE FERREIRA - SP. EMAIL: FERNANDOFIUZA@TERRA.COM.BR

Introdução: O programa de controle da tuberculose (TB) no país considera como caso da doença aquele que apresenta baciloscopia positiva para BAAR no escarro ou os que, com base em exames clínico e epidemiológico, o médico firma o diagnóstico da doença. Para os suspeitos de TB pulmonar (TbP), recomenda sempre a realização de exames baciloscópicos de escarro no momento da primeira consulta, com vistas a identificar e valorizar o foco transmissor. Uma nova estratégia preconizada pela OMS (Stop TB), entre outras medidas, estimula a melhoria do diagnóstico da doença. No Estado de São Paulo, o Programa de Controle da Tuberculose inicia a ampliação e instalações de novas referências secundárias. **Objetivo:** Avaliar comparativamente o diagnóstico baciloscópico com a cultura de escarro e com o clínico-radiológico em suspeitos de TbP em uma unidade de referência ambulatorial na cidade de São Paulo. **Métodos:** Pacientes com suspeita clínica/epidemiológica de TbP, sem tratamento anterior, foram submetidos a dois ou três exames baciloscópicos (Ziehl-Neelsen) e culturas (Lowenstein-Jensen) de escarro além de exame radiológico e consulta com pneumologista no período de julho a dezembro de 2005. Foi realizada a identificação do *Mycobacterium tuberculosis* por métodos fenotípicos naqueles com cultura positiva. Instituído tratamento com R+H+Z (E1/MS) e acompanhado até o final do tratamento, considerado como curados os que mostraram involução clínico-radiológica e escarro negativo quando presente a expectoração. **Resultados:** Foram excluídos inicialmente 13 pacientes que realizaram apenas uma baciloscopia e analisados 115 suspeitos de TbP, com baciloscopia e cultura positivas em 26, somente cultura positiva em 34 e 19 iniciaram tratamento para TbP com base na clínica e radiologia. Três mudaram o diagnóstico, dois por serem portadores de micobactéria não tuberculosa no final do terceiro mês e um, que manteve as imagens radiológicas inalteradas, considerado como seqüela de complexo primário da TB. Assim o diagnóstico final de TbP foi confirmado em 74, sendo 26 (35%) pela baciloscopia e cultura positivas, 32 (43%) somente pela cultura e 16 (22 %) por avaliação epidemio-clínico-radiológico. **Conclusões:** Os resultados não podem ser universalizados considerando a clientela referenciada do Serviço. Quase um terço (48/74=65%) dos casos sendo diagnosticados pela cultura e por especialistas constituem um claro indicativo de serem fundamentais em referências o acesso à cultura e a presença de pneumologistas. Quem sabe num futuro bem próximo ser isso uma conquista de todos os cidadãos brasileiros.

Descritores: Tuberculose; Diagnóstico da tuberculose; Baciloscopia de Escarro

DIA.005 REPERCUSSÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA GRAVE EM PACIENTE PORTADOR DE SEQÜELA DE TUBERCULOSE PULMONAR

ANGELA MARIA DIAS QUEIROZ; ROSANE LOPES SOUZA; LUCI MATSUMURA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL SÃO JULIÃO - PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE. EMAIL: DIASQUEIROZ@BRTURBO.COM.BR

Introdução: A evolução esperada mediante o tratamento específico para TB é a cura. Idealmente, este se faz com parênquima pulmonar recuperado na sua integridade a normalidade primária. Entretanto a cura se pode processar deixando reliquat pulmonar importante, que são: áreas extensas de fibrose e calcificação, bronquiectasias, cavernas de paredes lisas, cavernas empastadas (fechadas), tuberculoma e enfisema cicatricial. Essas alterações tendem, no geral, a modificar de maneira importante a arquitetura pulmonar, aumentando significativamente a morbimortalidade dos pacientes para aparentes infecções inespecíficas e de evolução arrastada, hipertensão arterial pulmonar e distúrbios funcionais que interferem na qualidade de vida. **Relato do Caso:** Trata-se de pessoa do sexo masculino, 38 anos, pardo, solteiro, escolaridade primária incompleta, etilista crônico, ex tabagista há 8 anos, tendo fumado por 20 anos. Seu diagnóstico de TB, foi firmado em 2000 através de baciloscopia (+++) e Rx de tórax compatível. Iniciava tratamento, mas abandonava sistematicamente em decorrência da sua dependência alcoólica. Em 29/01/07 foi internado no H. São Julião para tratamento onde permaneceu até alta por cura bacteriológica 6 meses após. Seus exames iniciais confirmaram tuberculose através de BAAR e cultura com teste de sensibilidade sensível a todos os tuberculostáticos, sendo o Rx de tórax com comprometimento bilateral, enfisema bolhoso no LSE, atelectasia parcial do pulmão esquerdo, sinais de hipertensão arterial pulmonar. Anti-HIV negativo. A espirometria apresentava padrão obstrutivo grave grau 4, com redução da CV e resposta positiva à prova broncodilatadora. Compareceu a consulta ambulatorial por 3 meses consecutivos, em uso de broncodilatador de longa duração com melhora relativa de seus sintomas. A partir de então, não mais compareceu. Em fevereiro do corrente ano, foi internado por apresentar quadro compatível com síndrome infecciosa pulmonar associada a síndrome consumptiva. Desde então evolui com discreta melhora clínica em uso de medicação específica, dependente de O₂ sem previsão de alta em decorrência de situação sócio-econômica desfavorável. Vale ressaltar que os exames específicos para TB se encontram negativos. **Discussão:** A descoberta e o tratamento precoces dos casos de TB, com preconiza o Ministério da Saúde, contribui para a diminuição dos casos e de suas seqüelas, impedindo que muitos pacientes se tornem incapacitados funcionalmente

Descritores: Tuberculose; Sequela; Incapacidade

DIA.006 SISTEMA DE PONTUAÇÃO PARA DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR: ESTUDO EM CRIANÇAS NÃO INFECTADAS E EM INFECTADAS PELO HIV

CLEMAX COUTO SANT ANNA; CINTHIA PEDROZO; MARIA DE FÁTIMA POMBO MARCH

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: CLEMAX@VETOR.COM.BR

Introdução: O diagnóstico da tuberculose (TB) em crianças, especialmente nas infectadas pelo HIV, é muito mais difícil que em adultos, devido à inespecificidade do quadro clínico-radiológico e à dificuldade de comprovação bacteriológica. Na América Latina, a infecção TB/HIV é relativamente baixa, aproximadamente igual a 2/100.000 habitantes. Apesar disso há grande preocupação de diagnosticar TB em crianças infectadas pelo HIV pela dificuldade do diagnóstico diferencial com outras pneumonias. **Objetivos:** estudar o sistema de pontuação para diagnóstico de TB em crianças preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, em pacientes infectados e não infectados pelo HIV. **Métodos:** estudo observacional, descritivo. Foram incluídos contatos de adultos com TB e pacientes com achados clínicos de febre prolongada, tosse crônica ou emagrecimento. Levando-se em consideração os achados clínicos, os exames complementares e a evolução de cada caso foram constituídos os seguintes grupos de estudo: Grupo 1: infectados pelo M. tuberculosis; grupo 2- outras doenças pulmonares; Grupo 3a: tuberculose pulmonar (TB) e Grupo 3b: tuberculose pulmonar em infectados pelo HIV (TB/HIV). Foi aplicado o escore de pontuação a todos os indivíduos estudados. **Resultados:** houve diferença significativa na pontuação ($p = 0,0005$) entre os

grupos. O grupo 3a apresentou pontuação significativamente maior do que os grupos 1 e 2, e o grupo 1 maior do que o grupo 2. O grupo 3b apresentou pontuação inferior a do grupo 3a, embora tenha superado os 30 pontos, valor suficiente para o estabelecimento do diagnóstico de TB. **Conclusão:** o sistema de pontuação mostrou-se útil no diagnóstico de TB pulmonar tanto em crianças não infectadas pelo HIV quanto nas soropositivas

Descritores: Tuberculose; Diagnóstico; Criança

DIA.007 AVALIAÇÃO RADIOLÓGICA DAS ALTERAÇÕES PULMONARES E DE MEDIASTINO NA TUBERCULOSE PLEURAL

MARCIA SEISCENTO; SIDNEY BOMBARDA; ROBERTA KLB SALES; MILENA ACENCIO; LISETTE R TEIXEIRA; FRANCISCO S VARGAS;

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA-FMUSP. EMAIL: 600@UOL.COM.BR

Introdução: Nos últimos anos 8 anos (1998-2005), no estado de São Paulo, 82% do total de casos de tuberculose (TB) notificados apresentaram a forma pulmonar e entre as formas extrapulmonares a pleural foi a mais referida, (8,7%). Observou-se que em 16% dos casos de TB pleural estava associada a pulmonar. **Objetivo:** Analisar por métodos radiológicos as alterações pulmonares e de mediastino nos casos de tuberculose pleural diagnosticados em um serviço de referência para doenças pleurais. **Métodos:** Estudo prospectivo de pacientes com tuberculose pleural confirmada por biópsia de pleural e/ou baciloscopia e cultura do líquido/fragmento de pleura, no período de 2004 a 2006. Todos os pacientes maiores de 15 anos realizaram radiografia (RX) e tomografia computadorizada de tórax (TC), antes do tratamento específico. Três observadores independentes avaliaram as alterações radiológicas, com concordância maior que 90%. **Resultados:** Foram avaliados 71 pacientes com média de idade de 40 ± 17 anos (variando de 18 a 99 anos). Todos apresentavam sorologia negativa para o vírus HIV e tempo de sintomatologia foi de 72 ± 59 dias, (variando de 20 a 270 dias). Em 40(56%) o derrame pleural era a direita, em 25(35%) a esquerda em 4(6%) bilateral. No RX foram observadas alterações parenquimatosas pulmonares em 18(25%) e na TC 43(60%) dos casos. Linfonodomegalia foi observada apenas na TC em 7(10%) casos. **Conclusões:** Este estudo sugere que o comprometimento pulmonar e mediastinal na tuberculose pleural pode ser mais freqüente do que é notificado e o diagnóstico da doença ainda é tardio. Os padrões radiológicos observados sugerem que a forma pleuropulmonar ocorreu em 60% dos casos de tuberculose pleural. A realização de baciloscopia/cultura esta indicada em todos os casos de tuberculose pleural, independente da observação de alterações pulmonares na radiografia de tórax. No tratamento da TB pleural deve-se considerar a possibilidade do comprometimento pulmonar, mesmo que este não seja visualizado na radiografia de tórax. Em todos os casos de tuberculose é necessária a avaliação dos contatos.

Descritores: Tuberculose; Pleura; Radiologia

DIA.008 MODELOS PREDITIVOS PARA O DIAGNÓSTICO DE DERRAME PLEURAL POR TUBERCULOSE OU CÂNCER

ROBERTA KLB SALES; FRANCISCO S VARGAS; MARCIA SEISCENTO; SIDNEY BOMBARDA; MILENA ACENCIO; LISETTE R TEIXEIRA; LEILA ANTONANGELO

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DO CORAÇÃO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS - DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA-FMUSP. EMAIL: 600@UOL.COM.BR

Objetivo: Estabelecer modelos diagnósticos de baixo custo a partir de variáveis clínicas e laboratoriais de rotina que permitam diferenciar derrame pleural tuberculoso de neoplásico. **Métodos:** Estudo transversal incluindo 403 pacientes (tuberculose: 200 e câncer: 203). Através de análise univariada, foram selecionadas as variáveis clinicamente relevantes no diagnóstico diferencial que das?compuseram a análise multivariada. A partir do coeficiente variáveis estabeleceu-se escore numérico para o modelo, de modo a orientar sua utilização. A seguir, os modelos com melhor desempenho foram aplicados na amostra geradora dos mesmos e, em seqüência, em uma amostra de exsudatos pleurais. **Resultados:** Foram propostos três modelos para o diagnóstico de tuberculose pleural e dois para o de câncer. Tuberculose: 1º modelo (ADA, globulinas e citologia oncológica); 2º modelo (ADA, globulinas e aspecto do líquido) e 3º modelo (aspecto do líquido, globulinas, relação pleura/soro de colesterol e porcentual de leucócitos). Estes modelos apresentaram sensibilidade de 99,4%, 95% e 84,6% e especificidade de 96%, 97,4% e 91,7% respectivamente. Câncer: 1º modelo (idade do paciente, aspecto do líquido, porcentual de macrófagos e citologia oncológica) e 2º modelo (semelhante ao anterior, excetuando a citologia oncológica); obtivemos sensibilidade de 96,3% e 85,4% e especificidade de 91,4% e 81,7%. A aplicação dos modelos nos 64 casos de derrame pleural apresentou sensibilidade e especificidade superiores a 75% para ambos os diagnósticos. **Conclusão:** Os modelos propostos permitem confirmar ou presumir, com alta eficiência, o diagnóstico de tuberculose ou câncer a partir de variáveis clínicas e laboratoriais habituais.

Descritores: Tuberculose; Câncer; Derrame pleural

DIA.009 SIALOADENITE TUBERCULOSA - RARA LOCALIZAÇÃO DA DOENÇA.

VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; DANIELLE MARIE CARDOSO; PAULA GOES PINHEIRO; RAUL FAVA ALENCAR; DALGIMAR BESERRA DE MENEZES; FRANCISCO DECIVAL MENEZES DOS SANTOS; LUIS ALBERTO ALBANO FERREIRA

INSTITUIÇÃO: DEPTO MEDICINA CLÍNICA-FACULDADE DE MEDICINA -UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. EMAIL: VALERIA.GOES@TERRA.COM.BR

Introdução: A tuberculose (TB) em glândula salivar - sialoadenite tuberculosa é evento raro. As glândulas salivares dividem-se em: parótidas, submandibulares e sublinguais. Kim et al, em revisão recente analisando a ocorrência de TB em glândula salivar no período 1994-2004, observaram apenas 8 casos e destes a doença acometeu as glândulas parótidas em 5 (62,5%) e submandibular em 3 (37,5%). Apresentamos o caso de uma paciente com TB isolada em glândula salivar submandibular. Nos raros casos descritos na literatura não há sintomatologia geral sugestiva de TB e o diagnóstico é comumente confundido com tumorações malignas levando a condutas cirúrgicas desnecessárias. A histopatologia define o diagnóstico. O tratamento específico é curativo. **Objetivo:** Relatar caso de paciente com TB em sítio inusitado - a glândula salivar submandibular. **D. Relato:** Mulher, 62 anos, apresentou tumoração dolorosa na região mandibular, febre baixa, emagrecimento e sudorese por 60 dias. Negava supuração local. Sem história prévia de TB, informava contudo que a mãe que havia tido TB pulmonar. Ex-tabagista. Diabética controlada. Bom estado geral ao exame. Notava-se assimetria da face por aumento da glândula

salivar sublingual D. A massa era de consistência endurecida e dolorosa sem sinais flogísticos. O óstio do ducto salivar submandibular D estava normal. A radiografia lateral da mandíbula não evidenciou alterações. O US cervical evidenciou glândula submandibular D aumentada com hipoeogenicidade difusa com dois nódulos, adenomegalia em região submandibular D. O hemograma estava normal e a glicemia 136 mg/dL. A biópsia da glândula salivar evidenciou parênquima com granulomas epitelióides, linfócitos e cels gigantes do tipo Langhans com necrose caseosa central confirmando sialoadenite crônica granulomatosa tuberculosa. O RX de tórax foi normal. O PPD foi 14mm. A sorologia anti HIV foi negativa. A investigação de TB em outros sítios resultou negativa. A alta por cura foi dada após 6 meses de tratamento. Teve involução parcial da glândula salivar. Conclusão: Tuberculose é causa rara de sialoadenite. O diagnóstico diferencial inclui neoplasias malignas, benignas e outras doenças granulomatosas. Não há padrão de imagem específico. Dados clínicos e epidemiológicos podem fornecer pistas diagnósticas como no caso apresentado. As lesões em geral são paucibacilares o que dificulta a confirmação bacteriológica. O exame anátomo-patológico com a identificação do granuloma caseoso, em geral define o diagnóstico. O tratamento específico evita exêrese glandular desnecessária. Chamar a atenção para esta rara localização da doença justifica o relato do caso.

Descritores: Sialoadenite; Tuberculose; Localização rara

DIA.010 TUBERCULOSE E DIABETES MELLITUS NO ESTADO DE SÃO PAULO

SIDNEY BOMBARDA; MARIA JOSEFA PENON RUJULA; MARCIA SEISCENTO;

VERA MARIA NEDER GALESI

INSTITUIÇÃO: DIVISÃO DE TUBERCULOSE DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO.

EMAIL: SBOMBARDA@IG.COM.BR

Introdução: Pacientes com diabetes mellitus são considerados de alto risco para o adoecimento por tuberculose. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, 8 dos 10 países com maior incidência de diabetes mellitus no mundo também têm alta carga de tuberculose. Estima-se que, no Brasil, 2 milhões de diabéticos desconhecem a doença. O Estado de São Paulo representa, em números absolutos, o maior contingente de casos de tuberculose e a mais alta prevalência de diabetes mellitus do Brasil. **Objetivos:** Descrever a apresentação clínica e o encerramento dos casos por óbito na associação tuberculose e diabetes mellitus no Estado de São Paulo. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo dos casos de tuberculose do Estado de São Paulo notificados no Banco de Dados do Sistema de Informação de Tuberculose da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo entre 1998 e 2005. As variáveis estudadas foram a sorologia para o vírus HIV, a forma clínica e o encerramento dos casos por óbito. Para o processamento e análise dos dados foi usado o Programa Epi Info 6, versão 6.04 d. **Resultados:** Foram notificados 186.805 casos de tuberculose nesse período, dos quais 9194 eram diabéticos (4,9%). Os pacientes foram divididos em dois grupos: tuberculose (grupo 1) e tuberculose associada ao diabetes mellitus (grupo 2). A sorologia para o vírus HIV foi positiva em 16,8% no grupo 1 e em 4,1% no grupo 2 ($p < 0,000...$). A forma pulmonar foi a predominante nos 2 grupos e as formas extra pulmonares ocorreram em 16,8% no grupo 1 e em 9,9% no grupo 2 ($p < 0,000...$). Dentre as formas extra pulmonares, somente a óssea ($p=0,01$) e a genital ($p=0,15$) foram maiores no grupo 2 do que no grupo 1, independente da sorologia positiva para o vírus HIV. O encerramento dos casos por óbito foi maior no grupo 2 do que no grupo 1: 9,5% e 4,1% respectivamente, também independente da sorologia positiva para o vírus HIV ($p < 0,000...$). **Conclusões:** No presente estudo, 4,9% dos pacientes com tuberculose eram também diabéticos. Apesar das semelhanças nas formas clínicas e de uma menor proporção de casos com sorologia positiva para o vírus HIV nos diabéticos, o encerramento dos casos por óbito foi significativamente maior nesses pacientes. O controle do diabetes mellitus nos pacientes com tuberculose deve ser otimizado e, uma vez que muitos diabéticos desconhecem ter a doença, sugere-se um screening para diabetes mellitus em pacientes com tuberculose. Projeto financiado pelo ICOHRTA AIDS/TB, grant # 5 U2R TW006883-02.

Descritores: Tuberculose; Diabetes Mellitus; Diagnóstico

DIA.011 PERFIL BACTERIOLÓGICO E RADIOLÓGICO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR (TBP)

ADRIANA MURTA PEREIRA; RODRIGO MARTINS FERREIRA; ANAYSA LAMARA SILVEIRA; MARCELINO JESUS SOUZA; WANIA SILVA CARVALHO; SILVANA SPINDOLA DE MIRANDA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG. EMAIL: SPINDOLA@MEDICINA.UFMG.BR

Introdução: O diagnóstico bacilosκόpio é um método, rápido e barato para definir o tratamento da TB em nosso meio, pois a maioria dos pacientes já tem alterações importantes no parênquima pulmonar. **Objetivo:** Determinar a proporção de pacientes com TBP pela bacteriologia e alterações radiológicas. **Métodos:** Foram avaliados 159 pacientes com diagnóstico de tuberculose no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Foi utilizada a técnica de Ziehl-Neelsen e/ou Fluorescência nas amostras clínicas respiratórias e cultura em meio de Lowenstein-Jensen. Os pacientes foram submetidos ao radiograma de tórax e foi definido como cavidade (várias cavidades pequenas ou uma cavidade maior que 2 cm). **Resultados:** Dos 113/159 (71%) eram TBP, destes 104/113 (92%) realizaram o RX; 31/104 (30%) apresentaram cavidades e 24/31 (77%) eram bacilíferos; 40/73 (55%) não apresentavam cavidades e eram bacilíferos. **Discussão:** A maioria dos casos nos anos estudada era TBP e quando apresentaram no radiograma de tórax cavidades, 77% eram bacilíferos concordando com autores que relatam maior positividade quando cavitações e lesões importantes no RX de tórax, o que aconteceu nos pacientes sem cavidades (55%). O restante dos pacientes que apresentaram lesões heterogêneas e foram negativos, pode ter sido por problemas na coleta, transporte, armazenamento ou técnica deficiente na realização da baciloscopia. Assim todo o processo até o resultado da baciloscopia deve ser revista, o que também pode ter acontecido com os sete casos com cavidades e baciloscopia negativa. As lesões evidenciadas no RX de tórax poderiam ser melhor definidas com a utilização da tomografia computadorizada de alta resolução do tórax, que tem melhor poder resolutoivo.

Descritores: Tuberculose; Baciloscopia; Rx de tórax

DIA.012 DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE ATRAVÉS DA DETECÇÃO DA PROTEÍNA CFP32 DE "PRIMEIRA LINHA" ESPECÍFICA DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS, NO ESCARRO

RENATA EMÍLIA RODRIGUES MARQUES; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; LUIS CLAUDIO LAZZARINI; JOSE ROBERTO LAPA E SILVA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: RENATAERMARQUES@YAHOO.COM.BR

Objetivo: Testar um novo método diagnóstico para Tuberculose (TB), fundamentado na detecção da proteína CFP32 "de primeira linha" no escarro, através do método de ELISA. **Método:** Estudo observacional analítico onde foram incluídos pacientes HIV negativos e positivos com suspeita de TB pulmonar, com TB pulmonar confirmada e pacientes com outras doenças pulmonares que não sejam TB. Foram excluídos pacientes tratados para TB com tempo igual ou superior a uma semana. Recentemente nosso grupo caracterizou uma proteína encontrada somente no Mycobacterium tuberculosis (Mtb) denominada CFP32. Essa proteína é codificada pelo gene *cfp32* e é secretada pelo Mtb no compartimento do filtrado de cultura; possui forte capacidade imuno-estimulatória. Estudos foram feitos a partir da sua reprodução pela E. coli seguida de inoculação em camundongos e coelhos para produção de anticorpos específicos utilizados na detecção dessa proteína no escarro pelo método de Elisa. **Resultado:** Testes iniciais mostraram mediana sensibilidade com a proteína CFP32 de "primeira linha" expressa em E.coli, embora a especificidade tenha sido alta. **Conclusão:** A sensibilidade do Teste de detecção da proteína CFP32 no escarro foi sub-ótima. Esses resultados preliminares mostram que modificações pós-transacionais que ocorrem na proteína CFP 32 nativa do Mtb acarreta em diferenciação quando comparada à proteína expressa em E.coli. Essa discrepância implica em falha por parte dos anticorpos em reagir contra a proteína CFP32 nativa do Mtb presente no escarro. Nosso grupo se propõe a desenvolver um novo teste no qual a proteína CFP32 será expressa em organismos mais similares filogeneticamente ao Mtb.

Descritores: Diagnóstico; Tuberculose; Proteína

DIA.013 IDENTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS NÃO ASSOCIADAS À TUBERCULOSE ISOLADAS DE AMOSTRAS CLÍNICAS ESTÉREIS DE PACIENTES DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RIO DE JANEIRO - HUCFF/UFRJ

SIMONE GONÇALVES SENNA; ANNA GRAZIA MARSCO; LUCIANA FONSECA SOBRAL; PHILIP NOEL SUFFYS; LEILA DE SOUZA FONSECA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: SIMONESENNA@HOTMAIL.COM

Introdução: As micobactérias não associadas à tuberculose (MNT) presentes no meio ambiente podem colonizar humanos causando uma variedade de doenças que são geralmente disseminadas e acometem principalmente pacientes com AIDS. A notificação das doenças por MNT aumentou nos últimos anos, devido à importância clínica destes microrganismos e também aos avanços de técnicas de identificação. Os métodos tradicionais de identificação de MNT são demorados e pouco sensíveis, atualmente os métodos moleculares estão sendo utilizados como auxílio para o diagnóstico. O PRA (PCR and Restriction Analysis) é um método molecular baseado na análise de 441 pares de base do gene *hsp65* através de enzimas de restrição, é uma metodologia de fácil execução, sensível e rápida. **Objetivos:** O objetivo deste estudo foi realizar a identificação de 18 amostras clínicas de sítios estéreis (sangue, linfonodo, fluido pleural, fluido ascítico e cavidade cardíaca) de pacientes HIV positivos atendidos no Hospital Universitário (HUCFF), pelos métodos tradicionais e pelo método molecular PRA-*hsp65*. **Métodos:** Para identificação das amostras foi utilizado o método molecular PRA-*hsp65*, análise do tempo de crescimento e pigmentação das micobactérias, além das provas bioquímicas. **Resultados:** Os pacientes foram atendidos com suspeita de micobacterioses e a maioria das amostras ($n=15$; 83,3%) foram identificadas como *M. avium*, enquanto 1 amostra foi identificada como *M. kansasii*, 1 como *M. monacense* e 1 amostra identificada como *M. avium* e *M. fortuitum* simultaneamente na mesma amostra. A concordância entre os métodos foi de 98%. **Conclusão:** A identificação pelo método molecular PRA-*hsp65*, combinado com a avaliação de um pequeno número de características fenotípicas (principalmente o tempo de crescimento e a pigmentação) mostrou-se adequado para a identificação de micobactérias na rotina de laboratórios clínicos, principalmente nos casos graves de micobacterioses em sítios estéreis e doença disseminada.

Descritores: Micobactérias; PRA; Gene HSP65

DIA.014 ERITEMA INDURADO DE BAZIN - RELATO DE DOIS CASOS

VALENTIM CONSTANTE SELLA; GUILHERME CONSTANTE PREIS SELLA; JULIANA AUGUSTA SELLA; GIANCARLO SANCHES

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DO PULMÃO - PR. EMAIL: MVALENTIMSELLA@HOTMAIL.COM

Introdução: O Eritema Indurado de Bazin (EIB) é doença caracterizada por placas e nódulos recorrentes crônicos, dolorosos e bilaterais, que podem ulcerar e liberar secreções, localizados principalmente nos membros inferiores. É um exemplo de tuberculíde, isto é, hipersensibilidade retardada mediada por células T a um foco tuberculoso que pode ou não ser detectada, ou então pode ser uma bacteremia transitória com deposição nos tecidos periféricos. Normalmente ocorre em mulheres jovens, sendo que raramente acomete indivíduos do sexo masculino. **Objetivo:** O objetivo desse trabalho é relatar dois casos de EIB. **Metodologia** - Relato dos casos. I.P., sexo feminino, 18 anos, natural e procedente de Maringá (Pr), secretária, branca, solteira. Há 40 dias iniciou com cansaço, indisposição e dor no corpo, que não cederam com tratamento sintomático. Há um mês surgiram manchas dermatológicas, em membros inferiores, que causavam prurido no início do quadro, principalmente noturno; pioravam com esforço ou aumento de temperatura. Realizou diversos exames, sem que se chegasse a um diagnóstico conciso. Namora há 10 meses sendo que o namorado está em tratamento de tuberculose há 4 meses. Ao exame físico, apresentava-se emagrecida e pálida, e a pele apresentava-se com placas eritemato-acastanhadas em região pré-tibial e cotovelo. Exames laboratoriais: realizou diversos hemogramas que evoluíram com anemia (Hb 9,4, Ht 29,6) e plaquetocitose (524.000); Raio X de tórax evidenciando comprometimento brônquico, tendendo a discreto infiltrado intersticial hilar bilateral; VHS de 106mm; PPD de 20mm. Foi proposto tratamento com antituberculinícos (esquema I). A.S., sexo feminino, 26 anos, solteira, balconista, natural e procedente de Santa Fé (Pr). Há 12 anos surgiram manchas em região tibial, sendo então prescrito pomada a base de corticóide com desaparecimento das lesões. Há dois anos, no puerpério, as manchas reapareceram, regredindo com a mesma pomada. E há três meses as lesões voltaram a aparecer, sendo que na perna esquerda desapareceu espontaneamente e na direita a lesão ulcerou, com secreção exsudativa e pruriginosa principalmente à noite. Nega contato prévio com tuberculose. Biópsia sugeriu eritema indurado, BAAR negativo; PPD foi de 20mm. Foi proposto tratamento com antituberculinícos (esquema I). **Resultados e Discussão:** O diagnóstico pode ser comprovado por sinais e sintomas clínicos, epidemiologia positiva para tuberculose, PPD reator e resposta ao tratamento com antituberculinícos, sendo que em nossas pacientes, todos esses fatores puderam ser verificados. E ainda as alterações no raio X de tórax da I.P. em conjunto com uma síndrome consumptiva nos trouxe a hipótese de tuberculose pulmonar concomitante, apesar de muitos dos casos de EIB não estarem associados a um foco tuberculoso, como no caso de A.S. **Conclusão:** Podemos concluir que o EIB, apesar de ser uma doença rara, pode estar presente em nosso meio como uma hipersensibilidade à Tuberculose.

Descritores: Eritema Indurado; Tuberculose; Diagnóstico

DIA.015 COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF PCR FOR THE RAPID DIAGNOSIS OF PULMONARY TUBERCULOSIS

LUCIENE SCHERER

INSTITUIÇÃO: ULBRA - RS. EMAIL: MLSPERLI@GMAIL.COM

Introdução: A public reference TB/HIV hospital in Brazil. **Objective:** To compare the cost-effectiveness of diagnostic strategies for diagnosis of pulmonary TB (PTB): culture and two in house PCR tests: PCR-AG and PCR dot-blot, in conjunction with direct microscopy by Ziehl-Neelsen staining (ZN). **Design:** From May 2003 to May 2004, sputum was collected consecutively from PTB suspects attending the Parthenon Reference Hospital. Sputum samples were examined with direct microscopy by ZN, culture, PCR-AG and PCR dot-blot. Gold standard was a positive culture combined with the definition of clinical PTB. Cost analysis included health services and patients costs. **Results:** Costs per correctly diagnosed case were US\$ 1462, US\$ 1296 and US\$ 1136 for ZN plus culture, ZN plus PCR-AG and ZN plus PCR dot-blot, respectively. ZN plus PCR dot-blot was as cost-effective as ZN plus culture, when cost of treating all correctly diagnosed cases was considered. Cost of the return of all false negatives to health service was more expensive in ZN plus PCR-AG than in other strategies. **Conclusion:** This study shows that in house PCR (PCR dot-blot) has great potential to be used in hospitals, and can be considered in combination with ZN as an alternative to the diagnosis of PTB.

Descritores: Tcost effectiveness; In house PCR; Diagnosis

DIA.016 POTENCIAL DIAGNÓSTICO DA TÉCNICA DE NESTED-PCR NA DETECÇÃO DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EM DIFERENTES TIPOS DE AMOSTRA BIOLÓGICA

HEIDI LACERDA ALVES DA CRUZ; JULIANA FALCÃO DE ARAÚJO LIMA; DIOGO DA ROCHA POROCA; ANDREA SANTOS LIMA; ROSANA DE ALBUQUERQUE MONTENEGRO; JULIANA FIGUEIREDO DA COSTA LIMA; LILIAN MARIA LAPA MONTENEGRO; HAIANA CHARIFKER SCHINDLER; BRUNO CÉSAR DA SILVA

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE PESQUISAS AGGUEU MAGALHÃES - CPQAM/FIOCRUZ. EMAIL: HEIDI.ALVES@GMAIL.COM

Introdução: A tuberculose (TB) permanece como a segunda maior causa de mortes no mundo, devido à infecção causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Métodos convencionais para a detecção diagnóstica da micobactéria apresentam limitações como baixa sensibilidade e demanda de tempo. Métodos de amplificação de DNA oferecem resultados diagnósticos mais rápidos, sensíveis e específicos. **Objetivos:** Avaliar o potencial da técnica de Nested-PCR (NPCR) na detecção específica do M. tuberculosis em amostras biológicas de pacientes suspeitos de TB, no Estado de Pernambuco, Brasil. **Métodos:** Foram selecionados 54 pacientes de ambos os sexos, acima de 15 anos, com suspeita clínica de TB e vinte pacientes sem TB (controle-negativo), no período de junho de 2007 a maio de 2008. A validação dos resultados baseou-se no diagnóstico final realizado pelo médico através de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais. A extração de DNA foi realizada em amostras de sangue e urina, segundo o protocolo proposto por Rossetti et al. (1997). A análise pela NPCR foi realizada através da amplificação de uma sequência genômica do elemento de inserção IS6110 do M. tuberculosis, utilizando-se dois pares de oligonucleotídeos, um externo (TJ3-TJ5) e outro interno (STAN3-OL15). O produto de amplificação foi analisado em gel de agarose a 2%, corados com brometo de etídio e visualizados em UV. **Resultados:** Dos 54 pacientes suspeitos incluídos na pesquisa, 27 foram diagnosticados com TB, sendo 24 casos de TB extrapulmonar e 3 de TB pulmonar, e 27 apresentaram-se isentos de TB, segundo o diagnóstico clínico final. Dos pacientes que apresentaram TB, a NPCR corroborou com o diagnóstico clínico em 59,3% (16/27) dos casos, no entanto, foi negativa em 40,7% (11/27) destes. Dos pacientes cujo diagnóstico de TB foi descartado, a NPCR concordou em 77,8% (21/27) dos casos, contudo foi positiva em 22,2% (6/27) destes. A técnica demonstrou negatividade em todos os pacientes controle-negativo. A sensibilidade da NPCR foi de 59,3% e especificidade de 77,8% em relação ao diagnóstico clínico. As amostras de sangue analisadas apresentaram 38,6% de sensibilidade e 83,3% de especificidade, enquanto que as amostras de urina apresentaram 36,1% e 83,9% de sensibilidade e especificidade, respectivamente. **Conclusão:** Há a necessidade de se realizar novas pesquisas com a finalidade de padronizar e validar métodos baseados na amplificação de ácidos nucleicos e assim estabelecer sua real aplicação no diagnóstico de doenças como a tuberculose. A NPCR pode ser utilizada como uma ferramenta auxiliar no diagnóstico da TB, porém associada a vários parâmetros como a baciloscopia, cultura, manifestações clínicas e prova terapêutica, utilizando-se mais de uma amostra clínica por paciente, como sangue e urina, evitando o emprego de técnicas invasivas de coleta e aumentando a probabilidade de detecção do bacilo.

Descritores: Nested-PCR; Sangue; Urina

DIA.017 CASOS DE TUBERCULOSE PROVOCADOS POR MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS NO ESTADO DA BAHIA

TONYA AZEVEDO DUARTE; FERNANDO DE OLIVEIRA; JOILDA SILVA NERY; ERIVELTON OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - BA. EMAIL: TONYA.DUARTE@GMAIL.COM

Introdução: Tuberculose (TB) é um problema mundial de saúde pública que resulta em dois milhões de mortes ao ano. Embora a TB causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (MTB) seja mais evidenciada, o número de casos de infecções por micobactérias não tuberculosas (MNT), as micobacterioses, aumenta ao longo dos anos. Detectar e identificar as espécies de MNT durante a fase inicial da infecção são regras essenciais para o controle da doença e elaboração de estratégias de tratamento, visto que os esquemas utilizados diferem daqueles aplicados na infecção por MTB. Embora notória a importância do estudo de MNT, pouco se conhece sobre a incidência dos casos nos últimos anos no Estado da Bahia. **Objetivo:** Determinar o número e a incidência de casos de TB por MNT, isoladas de amostras clínicas ou culturas processadas no LACEN/BA no período de 2003 a 2007. **Metodologia:** Os isolados de MTB e MNT foram obtidos de amostras clínicas de pacientes com suspeita de TB ou de culturas enviadas ao LACEN/BA no período de 2003 a 2007. **Critério de inclusão:** culturas + de indivíduos residentes no Estado da Bahia. **Critério de exclusão:** culturas negativas ou contaminadas. As amostras foram processadas e inoculadas em LJ por até 60 dias à 37°C em aerobiose. Para a identificação da espécie, utilizaram-se parâmetros de morfologia colonial, tempo de crescimento, produção de pigmento, crescimento em meios contendo inibidores, captação do ferro, reação da niacina, -glicosidase, urease, arilsulfatase e telurito. Para nitrato, análise estatística, calcularam-se números

absolutos, percentuais e coeficientes de incidência dos casos confirmados por MTB e MNT. **Resultados:** No período em estudo, foram enviadas ao LACEN 14.368 amostras para a realização de baciloscopia e identificação de micobactérias das quais 29,8 % apresentaram positividade; 67,6 % negatividade e 2,5 % excluídas por contaminação ou não foram viáveis. Após triagem por caracterização de morfologia colonial e realização de testes bioquímicos, foi possível diferenciar os grupos em pacientes portadores de MTB (2.265/77,1%) e MNT (418/14,2%). Foi registrado um crescimento significativo dos casos de tuberculose na Bahia nos últimos cinco anos, o que pode ser constatado visualizando-se os números absolutos de ocorrências anuais e os percentuais. Embora os achados de MTB tenham sido mais frequentes, os casos de infecção por MNT aumentaram substancialmente no período considerado. **Conclusão:** A análise anual dos coeficientes de incidência mostrou que a possibilidade de uma pessoa residente no Estado da Bahia contrair tuberculose cresceu exponencialmente entre 2003 e 2007, valendo destacar que entre o primeiro e o último ano esse risco aumentou em mais de 300%. Particularizando, casos provocados por MTB e MNT seguem a tendência, onde o coeficiente de incidência do agravo causado por MTB aumentou 1,8 em 2003 para 5,3 em 2007 e em relação à TB por MNT, o CI foi de 0,25 em 2003 para 0,85 em 2007.

Descritores: Tuberculose; Atípicas; Diagnóstico ;

DIA.018 AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO EM COMUNICANTES DOMICILIARES DE PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR

IUKARY TAKENAMI; ALMERIO MACHADO JUNIOR; KRISZTINA SZABO; THEOLIS COSTA BARBOSA; JAMILE SILVA DE CARVALHO; LARA CAVALCANTI ALMEIDA; GRAZIELE SILVA DOS SANTOS; FERNANDA DE ALMEIDA BARRETO; MONICA LIMA DA MOTA; MITERMAYER GALVÃO REIS; SÉRGIO ARRUDA

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE PESQUISA GONÇALO MONIZ. EMAIL: IUKARY@YAHOO.COM.BR

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a Infecção Tuberculosa Latente (LTBI) acometa cerca de um terço da população mundial. Indivíduos com LTBI representam potenciais reservatórios de *Mycobacterium tuberculosis*. Estes indivíduos tem sido a maior dificuldade na tentativa de controle global da tuberculose (TB), em virtude de que estas formas latentes de infecção podem transformar-se em TB ativa ao longo dos anos. Um diagnóstico acurado para LTBI é o elemento mais importante para o controle da doença. O QuantiFERON-TB Gold In Tube é um teste utilizado no diagnóstico de infecção com base na produção de IFN- γ in vitro por células mononucleares, estimuladas por antígenos específicos do M. tuberculosis. Este teste parece ser mais acurado que o tradicional teste cutâneo tuberculínico (TST) na detecção de LTBI em função da sua maior especificidade. Os comunicantes domiciliares de pacientes com TB possuem risco de infecção muito elevado, devido à constante exposição à fonte bacilífera. A avaliação de comunicantes é imprescindível, sobretudo pelo risco de micro-epidemias e de comunidades, se o controle efetivo de comunicantes não for realizado. **Objetivo:** Avaliar a prevalência de infecção dos comunicantes domiciliares de pacientes com tuberculose pulmonar na cidade de Salvador. **Métodos:** Comunicantes domiciliares de pacientes internados com TB ativa, recém diagnosticados, no Hospital Especializado Octávio Mangabeira (HEOM) foram submetidos ao teste diagnóstico QuantiFERON-TB Gold In Tube (QFT). Trés mL de sangue total heparinizado foram cultivados por 24 horas com antígenos específicos do M. tuberculosis (ESAT-6, CFP-10, TB7.7). O sobrenadante foi coletado e armazenado a -70°C. Posteriormente, a quantificação do IFN- γ foi avaliada através de um ensaio imunoenzimático (ELISA). Uma alta produção de IFN- γ (níveis de IFN- γ > 0,35 UI/mL) em resposta aos antígenos em indivíduos assintomáticos indica infecção, LTBI. **Resultados:** Dos 298 voluntários, 119 do sexo masculino (39,9%) e 179 do sexo feminino (60,1%) foram avaliados no estudo. 42,6% dos indivíduos apresentaram LTBI, ou seja, tiveram resultado do QFT > 0,35 UI/mL, enquanto que 56,4% foram negativos e 1% dos indivíduos foram indeterminados. **Conclusões:** Mais de um terço dos comunicantes testados apresentaram LTBI, mostrando uma elevada prevalência de infecção (42,6%) nesta população. A alta especificidade dos antígenos torna este novo método diagnóstico mais confiável, eliminando a possibilidade de resultados falso-positivos gerados pelo TST. Sob este aspecto, a análise de IFN- γ supera o teste tuberculínico nas seguintes características: alta especificidade, menor reatividade cruzada com vacinação BCG ou infecção com micobactérias não-tuberculosas. Essa nova abordagem vem sendo desenvolvida na tentativa de substituir o teste cutâneo.

Descritores: Comunicantes domiciliares; QuantiFERON-TB Gold In Tube; Tuberculose; Latente

DIA.019 PADRONIZAÇÃO DE COLETA DE LAVADO GÁSTRICO PARA DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR NA INFÂNCIA: UMA METANÁLISE

CAROLINA MAIA MARTINS SALES; ETHEL LEONOR NOIA MACIEL

INSTITUIÇÃO: PPGASC/ UFES. EMAIL: CAROLSALES@TERRA.COM.BR

Introdução: A tuberculose é um grave problema de saúde pública, principalmente em crianças em função das manifestações inespecíficas e do diagnóstico ainda não ser tão preciso. O diagnóstico da tuberculose na infância tem dentre as suas principais dificuldades o achado bacteriológico do *Mycobacterium tuberculosis*. **Objetivo:** Avaliar estudos que relatam sobre a coleta do lavado gástrico para diagnóstico de Tb pulmonar na infância. **Métodos:** Foi realizada uma metanálise na Base de Dados LILACS e MEDLINE, referente aos anos de 1968 a 2007. A estratégia de busca utilizada foi: (gastric lavage and Tb) or (gastric washing and Tb) com os limites da pesquisa sendo crianças na idade até 18 anos; (gastric lavage and Tb and childhood) or (gastric washing and Tb and childhood). Após esta etapa os artigos selecionados foram ainda avaliados de acordo com a presença ou não de métodos de coleta do LG. Aqueles que não apresentavam nenhum dado sobre o método foram excluídos da análise final. **Resultados:** A busca bibliográfica, segundo a estratégia definida, resultou em 57 artigos. Os artigos que não mencionavam a coleta do LG foram excluídos de acordo com os objetivos de estudo. Após a leitura criteriosa por dois leitores independentes, 32 artigos foram selecionados. Na análise dos artigos foi observada a proposta de padronização para a coleta de LG para diagnóstico da Tb em crianças e a busca se concentrou nas seis etapas descritas para o método: 1) Preparação da criança e horas de jejum; 2) Introdução e posicionamento da sonda; 3) solução utilizada para a aspiração do material gástrico; 4) Solução tampão utilizada; 5) Tempo de encaminhamento das amostra para o laboratório; 6) Processamento das amostras. Nenhum artigo explica claramente como deve ser feito todas as etapas do procedimento. Alguns artigos deixam dúvidas quanto a quantidade de solução retirada do LG, o tipo de solução para se fazer uma aspiração gástrica (solução salina ou água destilada estéril), qual a solução tampão; dificultando assim o diagnóstico de Tb na infância.

Conclusão: Este trabalho sugeriu a necessidade de padronização na coleta de LG para diagnóstico de Tb pulmonar na infância, para que se possa aumentar a sensibilidade e a comparabilidade do escarro entre os diversos estudos.

Descritores: Tuberculose infantil; Diagnóstico; Lavado gástrico

DIA.020 A PILOT STUDY OF CORRELATIONS BETWEEN AN IFN-GAMMA ELISPOT ASSAY AND THE TUBERCULIN SKIN TEST

PAULO R.Z. ANTAS; DOLORES SILVA; ALISA HAUSHALTER; FERNANDA MARURI; TIMOTHY STERLING
INSTITUIÇÃO: IOC/FIOCRUZ. EMAIL: PZUQUIM@IOC.FIOCRUZ.BR

Introdução: The global resurgence of tuberculosis (TB), supported by the HIV pandemic and emerging Mycobacterium tuberculosis multi-drug resistance strains, underscores the need for new diagnostic measures. **Objetivo:** The main goal was to directly compare the in vitro and the in vivo methods for TB exposure. **Métodos:** In this study, 15 persons with suspected M. tuberculosis infection from Nashville, USA were enrolled to compare in vitro specific T cell-immune responses, by means of in-house IFN-gamma ELISPOT assay and the tuberculin skin test (TST). The TST is subject to considerable variation because PPD contains a mixture of more than 200 antigens present in several mycobacterial species. To avoid this drawback, M. tuberculosis specific proteins hsp65, Ag85A and Ag85B were used in primary PBMC cultures. **Resultados:** No correlation was found between TST vs. either Ag85A ($p=0.32$), or Ag85B ($p=0.27$) or hsp65 ($p=0.10$), but the TST showed a better sensitivity (83.3%) to detect confirmed TB infection. However, the IFN-gamma ELISPOT for Ag85A showed higher specificity (83.4%). Only one individual showed nil results to both tests. Conversely, 2 suspected TB patients showed a high reactivity to both Ag85, plus a positive TST (> 16 mm). Not surprisingly, there was a very significant agreement ($p < 0.0001$) when the 2 Ag85 isoforms were compared. **Conclusão:** Further investigation among a larger population is warranted.

Descritores: Tuberculose; TST; Elispot

DIA.021 FREQUÊNCIA DO EFEITO BOOSTER NA REALIZAÇÃO DO TESTE TUBERCULÍNICO

JAMOCYR MOURA MARINHO; ANTÔNIO EDSON SOUZA MEIRA JÚNIOR; EVELIN SANTOS OLIVEIRA; JAQUELINE SILVA RODRIGUES; ELISABETE LOPES CONCEIÇÃO; CINARA DOURADO PEREIRA CORRÊA SANTOS; IGOR VIEIRA; CARLOS MAURÍCIO CARDEAL MENDES; THEOLIS COSTA BARBOSA; SÉRGIO ARRUDA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA - EBMSP. EMAIL:JRMERAMED@YAHOO.COM.BR

Introdução: A real prevalência do efeito Booster, no resultado da Prova Tuberculínica, não é bem conhecida em nosso meio. O efeito Booster ocorre em indivíduos infectados pelo Mycobacterium tuberculosis que apresentam um teste tuberculínico (TT) inicial negativo (0-4 mm) e um segundo teste, realizado após uma a duas semanas, apresentando uma endureção > 10 mm. Deixar de avaliar este fenômeno pode levar a resultados falso-negativos. **Objetivo:** Avaliar a frequência do efeito Booster em universitários da área de saúde, no início do curso, em Salvador-BA. **Métodos:** Estudo transversal em alunos universitários matriculados no primeiro ano de cursos da área de saúde. O teste tuberculínico foi realizado por profissional treinado e seguindo as orientações do Ministério de Saúde do Brasil, usando-se PPD Rt23 através da técnica de Mantoux. Todos os alunos inicialmente não reatores (0 a 4 mm), foram convidados para realização de um segundo teste, entre 7 a 15 dias, com objetivo de avaliar o efeito Booster. **Resultados:** Dos 1069 alunos voluntários que responderam ao questionário e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, 924 alunos (86,43%) realizaram o teste e retornaram para leitura. Destes 598 eram não reatores (0-4 mm) no primeiro TT; 284 alunos não realizaram ou não retornaram para a leitura do segundo teste, 314 realizaram o segundo teste e retornaram para a leitura. Dos alunos que completaram a avaliação, 24/314 (7,7%) continuaram não reatores ao TT, 33/314 (10,51%) foram reatores fracos e o efeito Booster foi verificado em 40/314 (12,74%). **Conclusão:** O efeito Booster foi verificado em uma parcela elevada dos voluntários (12,74%). Em pessoas que apresentam PPD negativos no 1º teste, a não realização de um 2º teste pode levar a um resultado falso-negativo.

Descritores: Efeito Booster; Teste tuberculínico; Mycobacterium tuberculosis

DIA.022 DERRAME PLEURAL POR TUBERCULOSE: AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE REAÇÃO EM CADEIA DE POLIMERASE NO DIAGNÓSTICO DE INDIVÍDUOS SUSPEITOS

BRUNO CÉSAR DA SILVA; LÍLIAN MARIA LAPA MONTENEGRO; ALFREDO LEITE; HEIDI LACERDA ALVES DA CRUZ; ANDREA SANTOS LIMA; JOÃO AUGUSTO QUEIROGA SILVEIRA; GABRIELA DE MORAES RÊGO GUEDES; ROSANA DE ALBUQUERQUE MONTENEGRO; HAIANA CHARIFKER SCHINDLER

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL DAS CLÍNICAS UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE. EMAIL: BCESARS@HOTMAIL.COM

Introdução: Tuberculose (TB) pleural é a forma mais freqüente de TB extrapulmonar, e é uma importante causa de derrame pleural (DP) no Brasil e no mundo. Em contraste com a TB pulmonar, o DP tuberculoso se manifesta como uma doença aguda. Os principais sintomas são dor torácica pleurítica e tosse não produtiva. O método padrão-ouro para o diagnóstico de TB pleural é a análise histopatológica associada à cultura para Mycobacterium tuberculosis de fragmentos de pleura coletados por meio de biópsia, porém esse método é invasivo, doloroso e pode acarretar riscos para o paciente. **Objetivo:** Avaliar o desempenho da Nested-PCR (NPCR) através da amplificação de uma sequência do elemento de inserção IS6110, em amostras biológicas, provenientes de pacientes com DP. **Metodologia:** O estudo foi desenvolvido em dois hospitais públicos de Pernambuco. A análise molecular das amostras biológicas foi realizada no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Foi um estudo prospectivo, cego, cujo diagnóstico e dados clínicos não foram fornecidos à equipe do laboratório. A casuística foi de conveniência. Os pacientes foram internados para investigação da etiologia do DP entre os meses de junho de 2007 e abril de 2008. Foram incluídos indivíduos de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos. A técnica de extração de DNA foi realizada segundo o protocolo descrito por Rossetti et al (1997) e a de NPCR de acordo com Hellyer et al (1996). **Resultados:** Foram selecionados 19 pacientes com DP de ambos os sexos, sendo 13 (68,4%) homens e 6 (31,6%) mulheres, com idade entre 18 a 69 anos (média de 44,6). O diagnóstico final foi realizado através de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais (análises histopatológicas e cultura para M. tuberculosis),

e comparado posteriormente com os resultados da NPCR. Dos 19 pacientes com DP, dez (52,6%) receberam diagnóstico de TB pleural e nove (47,4%) pacientes tiveram DP devido a outras etiologias. Dos dez pacientes com TB pleural, nove apresentaram NPCR positiva em pelo menos um dos espécimes biológicos, apontando uma sensibilidade de 90% quando se levou em consideração positividade para TB ao se identificar DNA de M. tuberculosis no sangue, na urina e/ou no líquido pleural. A NPCR apresentou sensibilidade de 20%, 33% e 50%, respectivamente, no sangue, no líquido pleural ou na urina, quando se considerou a positividade de cada amostra clínica separadamente. A NPCR na urina demonstrou o melhor desempenho dentre os diferentes espécimes biológicos estudados. Não houve resultado falso-positivo até então em nosso estudo, indicando 100% de especificidade da NPCR para o diagnóstico de TB pleural. **Conclusão:** O emprego de vários espécimes biológicos torna-se uma ferramenta bastante útil no diagnóstico dessa forma extrapulmonar e paucibacilar de TB. A NPCR pode ser utilizada como uma ferramenta auxiliar no diagnóstico da TB pleural, desde que associada a vários parâmetros como a baciloscopia, cultura, e manifestações clínicas.

Descritores: Tuberculose; Derrame pleural; Nested-PCR

DIA.023 DIRECT DETECTION OF RIFAMPIN RESISTANCE IN MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS BY THE NITRATE REDUCTASE ASSAY APPLIED DIRECTLY IN SPUTUM SAMPLES

MARIA ALICE SILVA TELLES; REGINA FERRO SILVA; MARIA DE LOURDES SHIKAMA; GLEIZE VILLELA; DAISY NAKAMURA SATO; CARMEN MARIA SARAIVA GIAMPAGLIA; MARIA CONCEIÇÃO MARTINS; ANANDI MARTIN

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ. EMAIL: ATELLES@IAL.SP.GOV.BR

Background: Several factors are responsible for the resurgence of tuberculosis (TB) worldwide. Inadequate treatment favors the development of multidrug-resistant tuberculosis (MDRTB). A cost-effective and rapid drug susceptibility testing (DST) method is required to guide TB treatment. Conventional methods for DST of M. tuberculosis require several weeks to give results. Commercially available systems such as BACTEC MGIT 960 and MB/BacT are faster but demand costly equipment and supplies, therefore, are not feasible in most resource-poor settings. Resistance to rifampin (RIF) is an important predictor for the early diagnosis of MDRTB. **Objective:** to compare the nitrate reductase assay (NRA) with the proportion method (PM), considered as gold standard, to detect RIF resistance in M. tuberculosis directly from sputum samples. **Methods:** The study was carried out by 4 regional laboratories from the state of São Paulo, Brazil. A total of 206 sputum samples tested smear positive from patients with pulmonary tuberculosis. The sputum was decontaminated by the Petroff method and DST to RIF was carried out using the PM and the NRA. **Results:** the results of the DST obtained directly from sputum were: 6 samples resistant to RIF and 200 samples susceptible. No discordance was observed between the two methods. The sensitivity and specificity of the NRA was 100%. Results were available in 10 days for 66 (34%) samples, 15 days for 102 (53%) samples and 20 days for 24 (13%) samples. The results of PM took 30 days to be available. **Conclusions:** The NRA proved to be a promising method for the screening of suspect MDRTB cases directly from sputum samples. The simplicity of the method, its low cost and celerity to give the results make it a good alternative method for laboratories in resource-poor settings. **Acknowledgement:** This study was partially funded by INCO-Dev ICA4-CT-2001-10087.

Descritores: Rifampicina resistente; Detecção; Nitratase

DIA.024 IN VITRO ACTIVITIES OF ANTIMICROBIAL DRUGS AGAINST CLINICAL ISOLATES OF RAPID GROWING MYCOBACTERIA INVOLVED IN RECENT OUTBREAKS AND IN SPORADIC INFECTIONS IN BRAZIL

MOISÉS PALACI; SOLANGE ALVES VINHAS; DAVID JAMIL HADAD; REYNALDO DIETZE; SYLVIA CARDOSO LEÃO; CRISTINA VIANA-NIERO; MARIA LUIZA LOPES; ÂNGELA L. L. RODRIGUES; RITA LECCO; MARTA OSORIO RIBEIRO; CYNTHIA MARIA LEITE PINHEIRO

INSTITUIÇÃO: NDI-UFES. EMAIL: MPALACI@NDI.UFES.BR

Introdução: Rapidly growing mycobacteria (RGM) can cause a wide spectrum of disseminated or localized diseases, especially pulmonary, skin, or soft tissue infections. In last years infections due to contaminated materials and invasive procedures have been also increasingly reported. A recent outbreak of infections affecting more than 1000 patients submitted to different invasive procedures in Brazil underscores this issue. Of the RGM, members of the M. abscessus group are the most pathogenic and antimicrobial resistant. Even with multiple drug combinations, multidrug-resistant RGM infections may be difficult to cure. In this study we describe the molecular identification, typing and in vitro susceptibilities to antimicrobial agents of RGM involved in recent infections in Brazil. **Methods:** The study was carried out in two groups of isolates: One group recovered from patients involved in recent outbreaks (statistically representative samples from hospitals involved in these outbreaks) and a second group recovered from patients associated to sporadic infections. hsp65 and rpoB gene sequencing was used for discrimination between species of M. abscessus group. Broth microdilution MICs of 13 antimicrobial agents were determined for these clinical isolates. **Results:** All isolates from surgical patients presented highest similarities with the corresponding sequences of M. massiliense. Eight mesotherapy and 7 pulmonary associated infections were in the same way identified as M. bolletii and M. abscessus. Molecular typing by PFGE grouped all surgical isolates, while mesotherapy and pulmonary isolates presented different PFGE patterns. **Conclusion:** Our results showed that the isolates drug resistance differed markedly by PFGE pattern. The resistance rates of these isolates to the currently available agents were high. The majority of M. massiliense isolates were susceptible to clarithromycin, moxifloxacin, gatifloxacin and minocycline ($> 90\%$) and moderately sensitive to linezolid.

Descritores: Mycobacteria; Antimicrobial Drugs; Outbreaks

DIA.025 AVALIAÇÃO DA INFLUÊNCIA DA DIVISÃO EM AMOSTRAS DE ESCARRO PARA ANÁLISE QUANTITATIVA DE MICOBACTÉRIAS EM PACIENTES COM TUBERCULOSE PULMONAR

MOISÉS PALACI; SOLANGE ALVES VINHAS; RENATA LYRIO PERES NÓBREGA; REYNALDO DIETZE; CARLOS GUSTAVO VIEIRA DE MORAIS

INSTITUIÇÃO: NDI-UFES. EMAIL: MPALACI@NDI.UFES.BR

Introdução: A realização de ensaios clínicos para avaliação de novos métodos diagnósticos e terapêuticos frequentemente requer a divisão da amostra de escarro para análise comparativa. Neste caso é necessário que a divisão da amostra ocorra de maneira equitativa, mantendo a carga bacilar semelhante entre as partes. Recomenda-se o uso de um agente mucolítico para esta finalidade, contudo, não se dispõe de informações se procedimentos mecânicos poderiam ser igualmente eficientes. **Objetivo:** Avaliar a influência de dois procedimentos (químico e mecânico) na divisão de amostras de escarro para o isolamento quantitativo de micobactérias. **Métodos:** Um total de 90 espécimes de escarro de pacientes com TB pulmonar com resultado prévio de baciloscopia positiva foi coletado sob condições controladas, analisadas macroscopicamente e quantitativamente (cultura quantitativa). As amostras dos pacientes foram randomizadas em 3 grupos distintos e divididas em 2 alíquotas (I e II): para o primeiro grupo (35 amostras), as amostras foram digeridas com solução de N-acetil-L-cisteína (NALC 50mg/ml- 10% do volume da amostra durante 15 minutos), no segundo grupo (38 amostras), os espécimes foram inicialmente homogeneizados mecanicamente por agitação com pérolas de vidro e, após a divisão, cada alíquota foi digerida com NALC na mesma concentração, diluída seriadamente e inoculada em placa de Middlebrook 7H10 em duplicata para quantificação. Para o terceiro grupo (17 amostras) as amostras foram homogeneizadas mecanicamente por agitação com pérolas de vidro, submetidas à cultura quantitativa. Posteriormente essas alíquotas foram digeridas com NALC, conforme descrito acima, e quantificadas novamente em meio Middlebrook 7H10. **Resultados:** Para o primeiro grupo que faz uso imediato do NALC, foi observada na alíquota I uma média de 5,66 ($\pm 0,92$) log10 enquanto que na alíquota II 5,65 ($\pm 0,94$) log10 UFC/ml. Para o segundo grupo, que utiliza pérolas de vidro, foi observada uma média de 5,53 ($\pm 0,91$) e 5,49 ($\pm 0,94$) log10UFC/ml em cada alíquota respectivamente. O terceiro grupo, após a divisão com pérolas de vidro, apresentou uma média de 6,09 ($\pm 0,76$) log10UFC/ml na alíquota I e 6,1 ($\pm 0,70$) log10UFC/ml na alíquota II. Após a digestão com NALC as médias observadas foram de 6,08 ($\pm 0,67$) e 6,1 ($\pm 0,78$) log10UFC/ml nas alíquotas I e II, respectivamente. Pelo teste t de comparação de médias para amostras pareadas, com 95% de certeza, não foram observadas diferenças significativas nos dois processamentos entre as partes alíquotadas. **Conclusões:** Os procedimentos químico (NALC) e físico (pérolas de vidro) utilizados são igualmente eficientes para divisão de amostras de escarro para o isolamento quantitativo de micobactérias. **Apoio Financeiro:** UNICEF/UNDP / World Bank /WHO - TDR ID number A 30499

Descritores: Tuberculose; Ensaios clínicos; Divisão de amostra

DIA.026 PREDICTING RISK FACTORS FOR CULTURE CROSSCONTAMINATION IN A MYCOBACTERIOLOGY LABORATORY

MOISÉS PALACI; SOLANGE ALVES VINHAS; RENATA LYRIO PERES NÓBREGA; REYNALDO DIETZE; TATIANA DE RESENDE CÔ; ELENICE MOREIRA LEMOS; VALDÉRIO DO VALLE DETTONI; FABIOLA KARLA CORRÊA RIBEIRO

INSTITUIÇÃO: NDI-UFES. EMAIL: MPALACI@NDI.UFES.BR

Introdução: For many years, it has been thought that a positive culture of M. tuberculosis is a definitive diagnostic evidence of tuberculosis (TB). However, the recent use of molecular tools have resulted in increased recognition of cross-contamination events linked, most of the times, to laboratory procedures. Features of cross-contamination include: culture results not consistent with the clinical course of the patient, isolates with unexpected drug resistance, single culture-positive specimen and low colony count on solid medium. Nonetheless, true-positive cultures of specimens from some groups of patients (with preliminary active pulmonary tuberculosis, HIV infection, or under treatment) can also have some of the characteristics outlined above. The evaluation of low-yield growth cultures as a microbiological marker of cross-contamination would be very helpful in confirming or excluding TB cases. In the present study, we assessed whether or not low-yield growth cultures could be considered a cross-contamination marker, using molecular typing methods (RAPET e RFLP). We evaluated 109 low-yield growth cultures (less than 20 colonies) from 97 patients that were processed in 94 different days in a two years period. The false-positive rate found in this study was of 0,9% and 1,0% per samples and patients, respectively. These results suggest that low-yield growth cultures do not seem to be a considerable marker for cross-contamination, especially in a clinical trial mycobacteriology laboratory or in laboratories working under the good laboratory and clinical practices. It has also been shown that the modified RAPET method is rapid (1 to 2 days), reproducible, and valuable in identifying episodes of possible laboratory cross-contamination. This study has been sponsored by FAPES (Proc. 37396285/2007)

Descritores: Tuberculose; Crosscontamination; Culture

DIA.027 VALUE OF HUMORAL IMMUNE RESPONSE ON MENINGOENCEFALITIS TUBERCULOSIS IN HIGHLY ENDEMIC AREA

ISABELA GAMA SARDELLA; RAFAEL RIBEIRO HERINGER; MARZIA PUCCIONI SHOLER; MARIA HELENA FERES SAAD

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ. EMAIL: SAAD@IOC.FIOCRUZ.BR

Introdução: Four recombinant antigens were obtained (MPT-64, MT10.3, 16 kDa e 38 kDa) and tested individually for detection cerebrospinal fluid (CSF) IgG, IgM and IgA, additionally a kit containing multiple antigens produced by Lionex Immunology and Therapeutic, GmbH was assayed by indirect enzyme linked immunosorbent assay. Retrospective analysis was carried out in 19 patients with tuberculosis meningitis (M-TB), 67 M-NonTB and 73 inflammatory control. The best sensitivity was obtained for IgA MPT-64 (73.7%) as single antigens, but the addition of 16 kDa slightly improved the sensitivity (78.9%) without jeopardizes the specificity (95.4% vs 93.2%). However, IgG Kit overcomes those sensitivities (84.2%) with similar specificity (95.5%). By logistic regression analysis HIV + patients were associated with CSF IgA detection against 16 kDa and its combination with MT10.3 and 38 kDa (8.00 95% IC 1.00-63.96). All CSF with high protein concentration was also associated with IgG and IgA positivity for MPT-64, 38 kDa, 16 kDa, their combinations and IgG-Kit. Our results suggest that IgG-Kit and IgA multiple antigens may be suitable to be used as adjunct to rule in TB meningitis. Curious is that MPT-64 preferentially elicits IgA in the infection site.

Descritores: Meningitis TB; Tuberculosis; Serology

DIA.028 ACCESSING PIRAZINAMIDE RESISTANT MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ISOLATED FROM HOSPITAL INPATIENTS AND ASSOCIATION WITH PIRAZIMIDASE ACTIVITY

MARIA HELENA FERES SAAD; ANNA GRAZIA MARSICO; GISELE BETZLER DE OLIVEIRA VIEIRA; LEILA DE SOUZA FONSECA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UFRJ - RJ. EMAIL: SAAD@IOC.FIOCRUZ.BR

Introdução: A total of 104 M. tuberculosis clinical isolates were used for this evaluation. Strains were isolated from sputum samples collected from patients with tuberculosis or suspected tuberculosis attended at the University Hospital Clementino Fraga Filho, a tertiary hospital in the 2003-2005 period. Susceptibility test was performed by LJ proportion method and enzymatic PZase assay was compare with PZA results in 99 strains: 30 strains was resistant to streptomycin (SM), 50 to isonizide (INH), 23 to ethambutol (EMB) and 54 to pirazinamide (PZA), of which monoresistance was seen only in 4, 5, 1 and 19 strains, respectively. Following 35 strains were resistant to RIF, 16 to ethionamide. MDR account for 31.7% (33) of which 27 strains was MDR plus PZA resistant, but this association was not significant related to the other drugs (SM - 11, ETH - 12 and EMB - 16). Comparing susceptibility by PZase activity marker and PZA susceptibility profile was observed, in this preliminary result. Further study will be done to analysis for pncA gene mutation principally among discrepant results. **Support:** Cooperation Brazil x Germany (CNPq), Faperj and POM Fiocruz

Descritores: Susceptibility test; PZA; M. tuberculosis

DIA.029 CARACTERIZAÇÃO DOS CRITÉRIOS BACTERIOLÓGICOS DE DOENÇA E PERFIL DE IDENTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS DOS PACIENTES DO ESTADO DE SÃO PAULO (2003-2007)

CARMEN MARIA SARAIVA GIAMPAGLIA; MARIA CONCEIÇÃO MARTINS; ERICA CHIMARA; SUELY YOKO MIZUKA UEKI; LUCILAINE FERRAZOLI; ROSANGELA SIQUEIRA OLIVEIRA; FERNANDA CRISTINA DOS SANTOS SIMÃO; LETICIA LISBOA MONIZ

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ. EMAIL: ECHIMARA@IAL.SP.GOV.BR

Introdução: A doença causada pelas micobactérias não tuberculosas (MNT) está ocorrendo com grande frequência e manifestações anteriormente não reconhecidas estão sendo identificadas. O aprimoramento das técnicas laboratoriais está permitindo a identificação mais precisa das MNT e o reconhecimento de novas espécies. Consequentemente, com uma maior frequência os clínicos estão sendo confrontados com mudanças de diagnóstico e terapêutica, relevantes no tratamento dos pacientes com doença por MNT. **Objetivo e método:** Com o objetivo de quantificar e qualificar a magnitude dessas doenças, foram levantados os dados de todas as amostras recebidas no Instituto Adolfo Lutz (IAL), no período de 2003 a 2007, por meio de análise de banco de dados eletrônico. **Resultados:** Neste período foram processadas 16.391 amostras, dentre as quais 12.316 (75,1%) foram identificadas como pertencentes ao complexo M. tuberculosis e 2593 (15,8%) como MNT. As demais amostras apresentaram: contaminação (747-4,5%), material insuficiente (15-0,1%), outra espécie de bactéria (23-0,2%), ausência de crescimento após repique (176-1,0%) e ausência de critérios para realização do exame (521-3,3%). Durante estes cinco anos houve uma alteração no padrão de isolamento das MNT mais frequentes, principalmente no isolamento de M. abscessus. As 2593 culturas de MNT foram isoladas de 2010 pacientes dos quais somente 364 (18,1%) possuíam os critérios bacteriológicos para doença (ATS), sendo 162 (44,5%) com doença pulmonar e 202 (55,5%) com doença extrapulmonar. Os demais pacientes (1646 - 81,9%) tiveram isolamento de apenas uma amostra de espécies saprófitas (763-46,4%) ou potencialmente patogênicas (883-53,6%). **Conclusão:** Com base nestes dados, concluímos que existe a necessidade de uma aproximação entre o laboratório e a clínica para que os critérios bacteriológicos sejam fechados e que os casos já confirmados bacteriologicamente sejam relacionados com a clínica.

Descritores: Micobactérias não tuberculosas; Critérios bacteriológicos; Identificação

DIA.030 AVALIAÇÃO DA RESISTÊNCIA À ESTREPTOMICINA DE CEPAS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

MARIA CONCEIÇÃO MARTINS; FABIO OLIVEIRA LATRILHA; JONAS UMEOKA YAMAUCHI; CARMEN MARIA SARAIVA GIAMPAGLIA; MARIA ALICE SILVA TELLES; ROSANGELA SIQUEIRA OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ. EMAIL: ROSANGELA.SOLIVEIRA@TERRA.COM.BR

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa que causa anualmente cerca de 2 milhões de óbitos e 8 milhões de novos casos, sendo um sério problema para a saúde pública. O teste de sensibilidade (TS) aos fármacos utilizados no tratamento da TB é uma ferramenta recomendada pelo Programa de Controle da Tuberculose para avaliar a resistência de Mycobacterium tuberculosis (Mt), detectar falência de tratamento e monitorar a resistência primária e/ou adquirida. No ano de 1999 o Instituto Adolfo Lutz (IAL-SP) realizou TS em 2.679 cepas de (Mt) pelo método da razão da resistência (RR) sendo que 21 cepas resistentes somente a S (5,25% das cepas resistentes). Em 2005, foram testadas 2.337 cepas pelo método de Bactec-MGIT 960, sendo que 78 (21,5%) foram resistentes somente a S, observando um aumento de cepas resistentes a esta droga após a implantação do método automatizado. Tendo sido comprovado aumento das cepas resistentes somente a S entre os anos de 1999 e 2005, este projeto teve como objetivo verificar o perfil resistência a S de cepas de Mt frente a 3 métodos de sensibilidade a drogas: MGIT 960, RR e Métodos das Proporções (MP) para verificar se o aumento de cepas de Mt resistência a S era real ou devida à discrepância de métodos. Foram utilizadas 78 cepas de Mt da coleção do setor de micobactérias do IAL-SP, que no ano de 2005 foram resistentes somente à estreptomicina. Dentre as 78 cepas, 5 (6,4%) foram sensíveis a todos os métodos, 1 cepa (1,3%) foi identificada com M. kansasii e 72 cepas (12,8%) foram resistentes a pelo menos dois métodos testados. Estes resultados sugerem um aumento na resistência a S em cepas de Mt.

Descritores: Mycobacterium tuberculosis;estreptomicina;MGIT 960

DIA.031 DOTS E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA CAP 5.3, RIO DE JANEIRO

ANGELA MARTA LONGO; HAROLDO JOSE MATOS; ANTENOR LUCIO SANTOS; PATRICIA CAMPOS ELIA

INSTITUIÇÃO: SMS - RJ. EMAIL: AMSGABI@GMAIL.COM

Introdução: Introdução Considerada uma prioridade na agenda do país devido a suas elevadas taxas de incidência, a tuberculose tem recebido incentivos para a elaboração e implantação de estratégias para seu controle, entre elas a estratégia DOTS (Dose diretamente observada e supervisionada). O DAB (Departamento de Atenção Básica), do Ministério da Saúde, onde o Programa de Controle da Tuberculose está inserido desde o ano 2000, tem estimulado nos municípios a implantação da Estratégia de Saúde da Família como reorientação do modelo de atenção básica e orientado nos municípios a implantação da estratégia DOTS nas equipes de Saúde da Família. O município do Rio de Janeiro tem implantado o DOTS com o objetivo de diminuir a taxa de abandono e aumentar a taxa de cura. Na região da Área Programática 5.3, que compreende Santa Cruz, Paciência e Sepetiba, zona oeste do Rio de Janeiro, o DOTS foi implantado priorizando as Unidades de PSF (Programa de Saúde da Família), num total de seis unidades, sendo uma de PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde) e cinco de módulos de equipes de saúde da família. Treinamentos em DOTS foram realizados previamente com os profissionais responsáveis pelo acompanhamento dos pacientes destas Unidades pela equipe do Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Objetivo Avaliar os desfechos dos casos de tuberculose inscritos no programa de tuberculose das Unidades de PSF após a implantação do DOTS. Metodologia Estudo transversal estimando os desfechos de cura, abandono, e óbito dos casos de tuberculose inscritos no programa de tuberculose das Unidades de Saúde da Família da CAP 5.3 no ano de 2006. Resultados De um total de 63 pacientes inscritos no programa de controle de tuberculose nas seis Unidades de Saúde da Família no ano de 2006, foi verificado uma taxa de cura de 65,5%, 16% de taxa de abandono e 5% de mortalidade. Conclusão: Como podemos observar a implantação do DOTS nas Unidades de Saúde da Família mostrou resultados ainda distantes das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde no que tange ao combate a tuberculose. Os princípios norteadores das duas Estratégias convergem e deveriam atuar de maneira a facilitar o combate e controle da tuberculose nas comunidades atendidas pelo Saúde da Família. Este resultado chama a atenção e nos convida a repensar a maneira de implantação e os recursos disponíveis na rede para a expansão e manutenção das duas estratégias, importantes e prioritárias na agenda da saúde, principalmente quando pensamos em grandes metrópoles como o Rio de Janeiro.

Descritores: DOTS; TRATAMENTO SUPERVISIONADO; PSF E DOTS

DIA.032 MAPEAMENTO DOS CASOS DE TUBERCULOSE DA CAP 5.3, ZONA OESTE DO RIO DE JANEIRO

ANGELA MARTA LONGO; ANTENOR LUCIO SANTOS; ANGELA RENATI CAPUTO; MARCIA MARIA ZATTAR

INSTITUIÇÃO: SMS - RJ. EMAIL: AMSGABI@GMAIL.COM

Introdução: Importante no combate e planejamento de ações voltadas ao controle da tuberculose é o conhecimento de fatores de risco e a concentração de casos de tuberculose, não só por bairros mas como também por comunidade, principalmente aquelas em situação de risco. Objetivo: Elaborar um mapa dos casos de tuberculose, verificando as comunidades e bairros onde se concentram o maior número de casos de tuberculose na CAP 5.3, que compreende Santa Cruz Paciência e Sepetiba, na Zona Oeste do Rio de Janeiro com o intuito de servir de base para planejamento de ações de combate a tuberculose a nível local. Métodos: Pesquisa de caráter quantitativo dos casos de tuberculose do ano de 2006 e 2007, identificando, a partir das anotações no livro de registro e acompanhamento de tuberculose, as comunidades e bairros de residência dos doentes atendidos pela Policlínica Lincoln de Freitas Filho, a Unidade de referência da CAP 5.3 e onde se concentram 90% dos casos em tratamento desta CAP e onde está implantado o serviço de referência da região. Foram avaliadas outras variáveis como sexo e idade. Resultados Em 2006 foram inscritos no programa de controle da tuberculose 301 pacientes, sendo 68,1% do sexo masculino, 31,8% do sexo feminino. A faixa etária predominante é de 20 a 40 anos, num total de 142 pacientes, correspondendo a 47,1% dos casos. O bairro predominante foi o de Santa Cruz, com 177 pacientes. As localidades de Santa Cruz com maior número foram centro de Santa Cruz, que não se trata de comunidade específica e a comunidade do Cesarão. Depois estaria o Bairro de Paciência, com 59 casos. Em 2007 foram inscritos 289 pacientes, sendo 71,9% do sexo masculino e 28% do sexo feminino. A faixa etária predominante foi de 20 a 40 anos correspondendo a 62,9% dos pacientes. Novamente o bairro predominante foi o de Santa Cruz com 175 casos, o centro e a comunidade do Cesarão respondendo por cerca de 80 pacientes. O bairro de Paciência ficou em segundo lugar, com 58 casos. Conclusão Podemos justificar que o maior número de casos em Santa Cruz pode ser por este apresentar maior número de habitantes e uma maior quantidade de comunidades carentes e sob situação de risco. Além disso, a proximidade e facilidade do acesso a Policlínica pode contribuir para este resultado. Em contrapartida, comunidades extremamente carentes, situadas em áreas de risco e que se encontram distantes de Unidades de Saúde como a comunidade do Aço, pelo levantamento, apresentaram poucos casos, resultado diferente do que se espera. E, em outros casos, como da comunidade do Cesarão, segundo lugar em Santa Cruz e onde se situa uma Unidade de Saúde, justifica a implantação do Programa de Tuberculose a nível local. Estes fatos reforçam a importância do acesso às Unidades de Saúde como fator importante ao diagnóstico, tratamento e combate à tuberculose e justifica uma ação nestas comunidades por parte da Coordenação de Área.

Descritores: Tuberculose; Mapeamento e tuberculose; Tuberculose e CAP 5.3

DIA.033 DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO CALORIMÉTRICO PARA DETECÇÃO MOLECULAR DE MUTAÇÕES EM ISOLADOS MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS RESISTENTES A RIFAMPICINA

RAQUEL DE ABREU MASCHMANN; MIRELA VERZA; MÁRCIA SUSSANA N. SILVA; ARNALDO ZAHA; MARIA LÚCIA R. ROSSETTI

INSTITUIÇÃO: UFRGS FEPPS/CDCT. EMAIL: RAQUEL368@GMAIL.COM

Introdução: O aumento de cepas de Mycobacterium tuberculosis resistentes a múltiplos fármacos traz consequências graves à saúde pública. Para minimizar o aparecimento e expansão da resistência às drogas, o princípio básico do tratamento anti-tuberculoso é administrar múltiplas drogas as quais o organismo é suscetível. Por isso, se faz necessário o desenvolvimento de estudos sobre as bases moleculares da resistência aos fármacos e de métodos para a detecção de TB resistente. A rifampicina (RMP) tem ação bactericida extremamente eficiente contra o M. tuberculosis, sendo um dos componentes chaves no

tratamento. Em trabalhos anteriores foi demonstrado que a resistência a RMP está associada com mutações de ponto ou pequenas deleções em regiões claramente definidas do gene que codifica a subunidade β da RNA polimerase (rpoB). Objetivo: O objetivo deste trabalho é o desenvolvimento de um protocolo de hibridização reversa e de um sistema de detecção colorimétrica para identificar mutações na região do gene rpoB, onde são encontradas 96% das mutações relacionadas com a resistência à RMP, conjuntamente com a identificação do complexo M. tuberculosis em isolados de M. tuberculosis através de hibridização reversa. Método: Foram construídas 11 sondas, 5 contendo a sequência de nucleotídeos da cepa selvagem do gene rpoB, 5 com a sequência apresentando as mutações mais frequentes deste mesmo gene, e uma baseada na sequência de inserção IS6110. As sondas foram fixadas em uma membrana de nylon negativamente carregada. Logo após, foi realizada a hibridização em condições de alta estrinência com produtos de PCR. Para isso foram utilizados primers que amplificam uma região de 157pb do gene rpoB, envolvida com a resistência, e de 245pb da sequência de inserção IS6110. A hibridização foi detectada através de um sistema enzimático-colorimétrico. A caracterização de sensibilidade ou resistência da bactéria foi obtida através do padrão de hibridização da membrana. No qual a visualização se dá pela formação de um precipitado de cor púrpura. O resultado obtido pelo método desenvolvido foi comparado com o sequenciamento. Resultados: Foram analisadas 156 amostras de DNA, 53 com mutação na região alvo, destas 48 (90,4%) concordaram com o sequenciamento e 5 (9,6%) mostraram discordância. As amostras que apresentam mutação no códon 531 e 526 - que são as mutações mais frequentes - mostraram 100% de concordância entre o teste desenvolvido e o sequenciamento. Das 103 amostras que não possuíam mutação na região em estudo, todas foram concordantes com os resultados do sequenciamento. Conclusão: A metodologia se mostrou promissora na detecção das mutações no gene rpoB de M. tuberculosis, mostrando 100% de concordância nas mutações mais frequentes (códon 531 e 526) que perfazem 75% das mutações encontradas no gene rpoB.

Descritores: Resistência; Rifampicina; Diagnóstico

DIA.034 CULTURAS DE M. TUBERCULOSIS RESISTENTES A MÚLTIPLAS DROGAS SÃO HOMOGÊNEAS?

FERNANDA CRISTINA DOS SANTOS SIMEÃO; LETICIA LISBOA MONIZ; CARMEN MARIA SARAIVA GIAMPAGLIA; MARIA CONCEIÇÃO MARTINS

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ. EMAIL: FERNANDASIMEAO@HOTMAIL.COM

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença antiga e possui distribuição mundial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, 80% dos casos novos (8,7 milhões) estão distribuídos em 22 países do mundo. No Brasil são notificados aproximadamente 85.000 casos novos de tuberculose por ano e o Estado de São Paulo, com cerca de 21.000 casos anuais, representa em números absolutos o maior contingente de casos do país (o Município de São Paulo tem cerca de 58,7/100.000 hab). A TB está intimamente relacionada ao empobrecimento de grande parte da população mundial, ao advento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), aos movimentos migratórios internos e externos, à alta taxa de abandono de tratamento e ao aparecimento da resistência aos tuberculostáticos. O principal problema da resistência do M. tuberculosis às drogas é a disseminação dessas cepas na comunidade. Postula-se que os pacientes com tuberculose sejam infectados por uma única cepa de M. tuberculosis. Nos últimos anos foram relatados casos de tuberculose resistente a múltiplas drogas, infectados por mais de uma cepa. A verificação da ocorrência de cultura mista é importante para a correta interpretação dos testes de suscetibilidade às drogas cujos resultados têm implicações diretas em novos esquemas de tratamento do paciente. Objetivo: O objetivo deste estudo foi avaliar as culturas do complexo M. tuberculosis (CMT) isoladas de pacientes com tuberculose resistente a múltiplas drogas, por meio de técnicas de biologia molecular e testes fenotípicos para verificar se são homogêneas, originárias de uma única cepa (puras) ou heterogêneas, originárias de múltiplas cepas (mistas). Métodos: Foram selecionadas duas culturas multirresistentes, isoladas de pacientes de duas regiões do Estado de São Paulo cujos os resultados foram liberados pelo Setor de Micobactérias do Instituto Adolfo Lutz Central. As culturas foram recuperadas de miçangas de vidro congeladas a -70°C e semeadas em meio de 7H11 em placa. Após plaqueamento, 10 colônias isoladas de cada cultura foram subcultivadas em meio de Löwenstein-Jensen. Cada subcultivo foi submetido a provas fenotípicas para confirmação do complexo M. tuberculosis e ao método DRE-PCR (double-repetitive-element PCR). Resultados: Os resultados mostraram que todos os subcultivos pertenciam ao CMT, com pequenas variações nos perfis fenotípicos e que os 10 subcultivos, das culturas de cada paciente apresentaram, entre si, o mesmo perfil de bandas pelo DRE-PCR. Embora os testes de identificação e de suscetibilidade às drogas sejam efetuadas a partir de uma massa bacilar, pela dificuldade de isolamento de colônias e demora de crescimento das micobactérias, os resultados fenotípicos obtidos com diversas colônias confirmaram os anteriormente liberados, que possibilitaram o tratamento dos pacientes. Conclusão: O estudo confirmou do mesmo modo que as colônias estudadas pertenciam a culturas homogêneas, visto apresentaram padrões de bandas idênticos.

Descritores: Mycobacterium tuberculosis; Culturas homogêneas; Resistência a múltiplas drogas

DIA.035 RELATO DE BUSCAS ATIVAS DE TUBERCULOSE NOS EQUIPAMENTOS SOCIAIS DA REGIÃO CENTRAL DE SÃO PAULO

KATIA MUNIZ AMIRATI; GISELLA MOREIRA MACHADO

INSTITUIÇÃO: CENTRO SOCIAL NOSSA SENHORA DO BOM PARTO. EMAIL: KATIAMIRATI@YAHOO.COM.BR

Introdução: O Programa A Gente na Rua, que teve início em 2004, por reivindicação do movimento social da população em situação de rua, é uma parceria entre a Secretaria de Saúde do Município de São Paulo e o Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto. Inicia-se como Programa de Agentes Comunitários de Saúde e torna-se, no ano de 2008, Programa Saúde da Família para a população em situação de rua do Município de São Paulo, nas regiões Sudeste e Centro-Oeste. O acolhimento desta população dá-se na forma de atividades terapêutico-educativas em grupo nas unidades de saúde e nos equipamentos sociais, consultas individuais e visitas de rua, realizadas por todos os profissionais da equipe. O trabalho com essa população excluída sócio-politicamente implica em novos e enormes desafios aos profissionais, sendo a Tuberculose com toda certeza a maior prioridade. A estratégia para o diagnóstico nesta população é a Busca Ativa tanto individual, em abordagens de rua, como por meio de buscas ativas dentro dos locais com grande concentração dessa população (albergues, restaurantes comunitários, centros de convivência e outros). Objetivos Este relato tem como objetivo apresentar dados das Buscas Ativas realizadas no primeiro trimestre do ano

de 2008, por duas equipes do Programa A Gente na Rua, que trabalham na Região Central, bem como apontar dificuldades no processo de trabalho. Metodologia Foram realizadas buscas ativas em 8 equipamentos sociais da região: Casa do Migrante; Albergue Cirineu; Restaurante e Núcleo de Serviços Penaforte; Restaurante e Núcleo de Serviços Acheropita; Albergue e Núcleo de Serviços Pedroso; Associação Minha Rua, Minha Casa; Abrigo Dom Bosco; Oficina Boraceia, para identificar sintomáticos respiratórios. Discussão O trabalho das Buscas Ativas foi feito por uma equipe multidisciplinar, com a participação de Enfermeiras, Assistentes Sociais, Agentes Comunitários de Saúde de Rua, Auxiliares de Enfermagem, Médicos e Agentes de Proteção Social (Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social). Do total de 1.568 pessoas vinculadas aos equipamentos da região estudada, 1.107 (70,6%) foram interrogadas sobre tosse: 275 (24,84%) declararam-se sintomáticos respiratórios (SR), valor muito superior ao indicador de 1% estimado para a população em geral. Foram coletadas primeiras amostras de 273 SR (99,27%); somente duas pessoas com problemas de saúde mental não conseguiram fornecer amostras. Apenas 131 segundas amostras foram obtidas, representando 47,63% do total de sintomáticos. Por meio destas Buscas Ativas foram diagnosticados 6 casos de Tuberculose Pulmonar, 3 baciloscopias e 3 culturas positivas, dos quais 3 deles estão desaparecidos, 1 faleceu, após início do tratamento, por diagnóstico tardio e 02 encontram-se em tratamento supervisionado na unidade de saúde. Durante o trabalho percebeu-se pouco envolvimento, acolhimento e colaboração por parte dos funcionários dos equipamentos sociais, problemas de apoio técnico e coordenação para a entrega dos insumos por parte da Vigilância e Laboratório. Conclusão Desde o surgimento dos equipamentos sociais, as buscas ativas têm sido atividades eventuais: campanhas, investigação de óbitos, surtos ou comunicantes. É necessário reconhecer que a busca ativa é fundamental para o diagnóstico precoce de tuberculose e consequentemente para biossegurança a todos usuários e funcionários e sua implantação na rotina poderá auxiliar nas dificuldades de condução desta atividade.

Descritores: Tuberculose; Busca Ativa; Equipamentos sociais

DIA.036 PADRONIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DE SISTEMAS DE PCR CONVENCIONAL E PCR MULTIPLEX PARA IDENTIFICAÇÃO E DIFERENCIAÇÃO DE ESPÉCIES DE MICOBACTÉRIAS

DIOGO DA ROCHA POROCA; HEIDI LACERDA ALVES DA CRUZ; JULIANA FALCÃO DE ARAÚJO LIMA; JULIANA FIGUEIRÊDO DA COSTA LIMA; ANDREA SANTOS LIMA; ROSANA DE ALBUQUERQUE MONTENEGRO; LILIAN MARIA LAPA MONTENEGRO; FÁBIO LOPES DE MELO; HAIANA CHARIFKER SCHINDLER

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES/FIOCRUZ. EMAIL: DIOGO_POROCA@YAHOO.COM.BR

Introdução: A tuberculose (TB) continua sendo um dos mais sérios problemas de saúde pública do mundo. No Brasil são notificados em torno de 100 mil casos novos e de 5 a 6 mil mortes por ano. Com o aumento do número de casos de doenças causadas por micobactérias não tuberculosas, principalmente devido ao advento da AIDS e tendo em vista que o diagnóstico da TB apresenta grandes dificuldades, a busca por técnicas diagnósticas mais sensíveis e específicas que as convencionais são de extrema importância. **Objetivos:** O estudo visa padronizar e avaliar diferentes sistemas de PCR, convencional e multiplex, os quais são utilizados para a detecção e identificação de DNA de diferentes espécies de micobactérias. **Métodos:** Os sistemas de PCR foram padronizados utilizando DNA genômico purificado de cepas de referência de M. tuberculosis (H37Rv), M. bovis, M. avium e M. smegmatis, crescido em meio Löwenstein-Jensen. O DNA genômico de todas as espécies foi extraído utilizando o kit comercial Genomic Prep - Cells and Tissue DNA Isolation (Amersham Biosciences) de acordo com instruções do fabricante. Foram utilizados os seguintes alvos para amplificação: hsp65, codificante do antígeno de 65kDa no gênero micobacterium; dnaJ, presente em micobactérias e a sequência de inserção IS6110, presente no complexo Mycobacterium tuberculosis. Estes alvos apresentaram, respectivamente, amplicons de 165pb, 365pb e 541pb. Para a PCR multiplex os três alvos acima citados foram analisados simultaneamente na mesma reação. Os produtos de PCR foram analisados através de eletroforese em gel de agarose a 2,0%, corados com brometo de etídio e visualizados com luz ultravioleta. Para a determinação do limite de detecção de cada sistema foram utilizadas quantidades conhecidas de DNA diluído serialmente em fator 10 (1ng a 0,001fg). **Resultados:** A menor quantidade de DNA detectada pelos sistemas avaliados foi: de 1fg para o alvo hsp65; de 100pg para o alvo dnaJ; de 0,1fg para o alvo IS6110, de 100pg para a PCR multiplex. Os sistemas testados mostraram amplificação específica de DNA de micobactérias, não havendo amplificação com DNA genômico humano. **Conclusão:** Os iniciadores utilizados nos diferentes sistemas de PCR demonstraram ser específicos para cada alvo utilizado. Os sistemas de PCR analisados demonstraram ser sensíveis e específicos para a detecção de DNA de micobactérias A PCR multiplex pode ser utilizada como uma ferramenta auxiliar no diagnóstico laboratorial de tuberculose e de infecções causadas por micobactérias não tuberculosas, pois demonstrou ser uma técnica rápida, sensível e específica se comparada às técnicas convencionais de diagnóstico. Para se obter o real desempenho deste sistema faz-se necessário uma validação da técnica molecular em amostras clínicas de pacientes infectados com tuberculose ou com micobactérias não tuberculosas e indivíduos sem doença.

Descritores: PCR multiplex; Micobactérias; Diagnóstico

DIA.037 LIGA CIENTÍFICA DE TUBERCULOSE

RICARDO EVBANK STEFFEN; CAROLINE SILVEIRA SANTOS CYRACO; DEBORAH CHALFUN DE MATOS FONSECA; PAULA PINTO MONTEIRO; IVAN DA COSTA FURTADO; GUILHERME NOBRE DE MELLO; ANÁLIA ZULEICA DE CASTRO; ANETE TRAJMAN

INSTITUIÇÃO: LIGA CIENTÍFICA DE TUBERCULOSE - RJ. EMAIL: CAROLINE_SSC@HOTMAIL.COM

Rationale: Delay in diagnosis of pulmonary TB may increase TB transmission, result in advanced disease and in financial burden. Among other strategies, the STOP-TB recommends DOTS implementation and expansion, which should result in increased access and rapid diagnosis of TB. In Rio de Janeiro (RJ), DOTS implementation was started in 1998. Treatment is free and primary care units are equipped to collect sputum for AFB staining. **Methods:** We interviewed active pulmonary TB patients between the 4th and the 12th week of treatment in ten facilities with DOTS in four RJ state counties. Duration of symptoms before search for help and from this moment to diagnosis, number of visits, type of facility first searched, and need for hospitalization were analyzed. **Results:** Among 102 interviewed patients, 62% were male, median age was 35 (18-75) years. Median patients' delay was 30 (0-240) days, over 60 days in 35%. Median system delay was 19 (0-308) days, over 30 days in 35%, over 15 days in 59%. Median total delay was 65

days. Median number of visits before diagnosis was 3 (0-16), with 5 or more visits in 49%. Only one patient was found by active search, 11% first searched a pharmacy, 51% searched a hospital outpatient. Hospitalization before or during diagnosis was necessary in 15%, median duration of hospitalization was 7 (1-90) days. **Conclusion:** Diagnosis of TB is delayed, mostly because of patients delay in seeking for help. Despite free access to dispensaries with diagnostic means, patients still go to hospitals or pharmacies before looking for primary care units. Advanced disease may be a reason for looking for hospitals. Self-medication is a special problem. Multiple visits and need for hospitalization may result in financial burden for the patient and health system. DOTS strategy is insufficient to achieve the STOP-TB aims. Community empowerment is important for patients' mobilization. Supported by CIHR, ICOHRTA, FAPERJ, CNPq.

Descritores: Tempo; Diagnóstico; Tuberculose

DIA.038 EVALUATION OF THE IMMUNE HUMORAL RESPONSES TO BCG MOREAU RIO DE JANEIRO ANTIGENS IN HEALTHY VOLUNTEERS IMMUNIZED BY ORAL OR INTRADERMAL ROUTES WITH BCG MOREAU RDJ

RENATA MONTEIRO MAIA; JULIANA GENTILE; MARIA THEREZA WADY; ROSA TEIXEIRA PINHO; LUIZ ROBERTO RIBEIRO CASTELLO-BRANCO

INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO ATAULPHO DE PAIVA. EMAIL: RENATAMAIA@IOC.FIOCRUZ.BR

Introduction: BCG Moreau Rio de Janeiro is the vaccine used for prevention of TB in Brazil and has been used via intradermal and oral routes. Brazil was the last country that used to produce the oral BCG vaccine that elicited mucosal and systemic immune responses in humans. PPD skin test has been used for decades to evaluate the immune response of individuals to BCG immunization and previous exposure to Mycobacterium tuberculosis, but some 40% of the orally immunized subjects do not respond to the skin tests. **Objective:** The aim of this study is to evaluate the immune response of orally or intradermally immunized individuals to BCG Moreau RDJ antigens. We also intend to find an antigen that could differentiate between immunized by BCG and infected by M. tuberculosis individuals. **Methods:** Blood and saliva samples were used to detect IgA, IgG and IgM specific-antibodies to BCG proteins by ELISA assay. Some volunteers orally or intradermally immunized at childhood have agreed to provide blood and saliva samples to study saliva and serum antibodies levels and isotypes. Immunoblotting was used to detect antigens specifically recognized by these antibodies. **Results:** Preliminary results have shown that oral vaccination was able to induce modulation in humoral immunological responses (switch from IgG to IgA) in orally immunized subjects. Statistical analysis of the kinetics of specific-IgA serum immune response to soluble antigens obtained from BCG Moreau culture shows differences between subjects, but the same result was not observed with secreted antigens. **Conclusion:** Sensitivity to soluble antigens seems to be higher than to secreted antigens amongst orally immunized volunteers. Currently, we're finalizing the experiments with intradermally immunized group.

Descritores: Resposta Imunológica; BCG Moreau; RDJ; Vacinas

DIA.039 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DO ABANDONO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO CENTRO DE SAÚDE GERMANO SINVAL FARIA

ANTENOR LUCIO SANTOS; HAROLDO JOSE MATOS; ANGELA MARTA LONGO; LUCIANA MIRANDA RODRIGUES

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ. EMAIL: ANTENOR.SANTOS@IPEC.FIOCRUZ.BR

Introdução: A tuberculose é uma doença infecto-contagiosa de evolução crônica e de transmissão por via aérea. Seu agente etiológico é o Mycobacterium tuberculosis, também chamado de bacilo de Koch. Há muito tempo a tuberculose acompanha o homem, existindo relatos de evidência da doença em ossos humanos pré-históricos encontrados na Alemanha e datados de 8000 antes de Cristo. Desde a década passada há uma mobilização para o combate da tuberculose, doença que incide principalmente em países e regiões com condições sócio-econômicas precárias. O Brasil está entre os 22 países que concentram 80% dos casos estimados no mundo. O Estado do Rio de Janeiro aparece com a maior taxa de incidência e de mortalidade. O Município do Rio de Janeiro possuindo uma população totalmente urbana, ocupa o décimo lugar em taxa de incidência com 6500 casos novos /ano. A tuberculose, ao longo dos anos, vem demonstrando que é uma marca social das precárias condições de sobrevivência, manifestando-se com maior frequência nas áreas de maior carência de recursos básicos. Somando-se a isto, o crescimento populacional nas periferias das grandes cidades contribui para o aumento do número de casos no país. A epidemia se mantém como um problema de saúde pública. O abandono do tratamento da tuberculose, cuja meta proposta pelo Ministério da Saúde é de menos de 5%, varia de 4,5% a 20,3% nas diversas regiões do país, sendo um evento que precisa ser evitado, pois favorece a resistência medicamentosa e constitui um fator de impacto negativo no controle da doença. **Objetivo Geral:** diagnosticar a situação do abandono do tratamento da tuberculose na área de atuação do Programa de Saúde da Família do Centro de Saúde Germano Sinval Faria localizado na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca na Fiocruz, tendo como fonte o Livro Preto (Livro de Registro de Pacientes e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose) caracterizando assim os principais fatores associados ao abandono nesta área. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, com estudo longitudinal de série de casos. **Resultados preliminares:** Através dos dados colhidos sobre o abandono no Livro Preto no período de 2003 a 2007, observou-se uma média percentual de 28,54% de abandono. **Conclusão:** conforme os resultados preliminares, a taxa de abandono apresentou-se superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, justificando um estudo sobre o evento de forma a contribuir com o Programa de Controle da Tuberculose na área adscrita.

Descritores: Abandono; Tuberculose; Diagnóstico da situação

DIA.040 AVALIAÇÃO DA REDE DE LABORATÓRIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE-RS PARA O DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE, CONTEMPLADOS PELO PROJETO DO FUNDO GLOBAL

MARTA OSORIO RIBEIRO; LUDMILA FIOREZZANO BAETHGEN; SIMONE MINGHELLI; JOCELI CAROLLO; JONAS UMEOKA YAMAUCHI; FABER KATSUME JOHANSEN; ROSALIA MAIA

INSTITUIÇÃO: FEPPS - IPB/LACEN-RS. EMAIL: MARTAOSO@TERRA.COM.BR

Introdução: A Região Metropolitana de Porto Alegre (RMPOA), juntamente com outras 9 regiões metropolitanas, concentra aproximadamente 50% dos casos de Tuberculose (TB) do

País e, por esta razão, participa do Projeto Fundo Global (PFG). A organização da rede de laboratórios do Rio Grande do Sul segue as diretrizes do Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) e Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) a fim de aperfeiçoar os serviços laboratoriais de diagnóstico. Sabe-se que para o sucesso do controle desta enfermidade é necessária uma rede de laboratórios eficiente que detecte precocemente os casos de TB pulmonar, monitore a evolução do tratamento e documente a cura do paciente por meio do exame microscópico do escarro (baciloscopia). Objetivos: Avaliar a situação da rede de laboratórios de 08 municípios da RMPOA (Alvorada, Canoas, Gravataí, Novo Hamburgo, Porto Alegre, São Leopoldo, Sapucaia do Sul e Viçosa), que realizam diagnóstico de TB, no que se refere aos métodos de diagnóstico utilizados, infra-estrutura, aspectos de biossegurança, recursos humanos e cobertura populacional. Métodos: A partir da identificação dos laboratórios que prestem diagnóstico de TB, foi aplicado um questionário com 25 questões, que foram analisadas com o auxílio do software Excel 2007 e EpiInfo versão 6.0. Resultados: A rede de laboratórios que realiza diagnóstico de TB por baciloscopia e participam do controle externo de qualidade, além do laboratório de referência IPB-LACEN, que presta diagnóstico por cultura, compreende um total de 16 laboratórios: 06 públicos, 04 conveniados, 01 privado, 03 hospitais públicos e 02 hospitais filantrópicos. No que se refere ao tipo de exame oferecido, 100% realizam baciloscopia e 25% realizam cultura. 75% dos laboratórios emitem os resultados de baciloscopia em até 24 horas. Do total de laboratórios, 50% registram as informações dos exames no Livro de Registro de Baciloscopia e Cultura e somente 25% possuem uma solicitação de exames padronizada. O software SILTB é utilizado por 37,5% dos laboratórios. Dos equipamentos necessários, 43,7% possuem cabine de segurança biológica tipo N2BII, 25% não possuem autoclave, e 43,7% não utilizam máscara N95 para biossegurança individual. Os laboratórios cadastrados cobrem em média, aproximadamente 50% da meta de exames para a busca de sintomáticos respiratórios e, apenas 25% dos municípios possuem 01 Unidade Laboratorial (UL) para cada 100.000 habitantes. Conclusão: Na RMPOA 50% dos laboratórios que executam diagnóstico de TB são de gestão pública. Há necessidade de equipamentos básicos para a execução dos diagnósticos e, por isso, explica-se a não padronização dos registros. As atividades de controle de qualidade e supervisão das UL demonstraram que os municípios devem ampliar suas ações de busca de casos para que cumpram as metas de controle da TB, estabelecidas pelo PNCT. Descritores: Rede de laboratórios; Projeto Fundo Global; Diagnóstico de tuberculose

DIA.041 IMPACTO DO NOVO PROGRAMA DE CONTROLE EXTERNO DA QUALIDADE DA BACILOSCÓPIA EM 8 MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE, RIO GRANDE DO SUL, PARTICIPANTES DO PROJETO FUNDO GLOBAL

MARTA OSÓRIO RIBEIRO; LUDMILA FIOREZZANO BAETHGEN; SIMONE MINGHELLI; JOCELI CAROLLO; JONAS UMEOKA YAMAUCHI; FABER KATSUME JOHANSEN; ROSALIA MAIA

INSTITUIÇÃO: FEPPS - IPB/LACEN-RS. EMAIL: MARTAOSO@TERRA.COM.BR

Introdução: A garantia da qualidade da baciloscopia é um sistema desenhado para melhorar continuamente a confiabilidade, a eficiência e o uso da microscopia como uma opção segura de diagnóstico da tuberculose e de controle de tratamento. Em junho de 2007, foi implantado o novo Protocolo de Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia (PCEQB) que havia sido previamente elaborado pela CGLAB, juntamente com profissionais dos LACEN e consultoria da OMS. A implantação foi então indicada as 10 regiões metropolitanas e Manaus, participantes do Projeto Fundo Global, que detêm cerca de 50% da carga da Tuberculose do País. **Objetivo:** Avaliar o impacto do novo PCEQB através da análise dos resultados obtidos pela leitura das baciloscopias, visita-técnica e capacitação dos laboratórios cadastrados, de 8 municípios da região metropolitana de Porto Alegre (Alvorada, Canoas, Gravataí, Novo Hamburgo, Porto Alegre, São Leopoldo, Sapucaia e Viçosa), RS. **Métodos:** A partir da capacitação de 3 profissionais do IPB-LACEN/RS para a implantação e execução do PCEQB no Estado do RS, 17 laboratórios da rede de Tuberculose foram cadastrados. Foi realizada uma reunião oficial de apresentação do programa onde foi explicitada a metodologia de acondicionamento, envio e seleção da amostra de lâminas para leitura. Foi também organizado um cronograma de releitura, a partir do qual são solicitadas as lâminas para avaliação macro e microscópica, e análise de concordância (tolerância: >95%). O critério de seleção das lâminas é o de amostragem por lote conforme Consenso Global (APHL/CDC, 2002). Resultados: Foram avaliados 17 laboratórios (7 públicos municipais, 4 conveniados, 3 hospitais públicos, 2 hospitais filantrópicos e 1 privado) com um total de 10.859 lâminas enviadas ao IPB-LACEN/RS, sendo lidas 1.674 lâminas. Apenas 2 laboratórios apresentaram índice de concordância =95%. Dez (58,8%) apresentaram discordâncias qualitativas de leitura (22 lâminas falso-negativas, 1,3% e 3 falso-positivas, 0,2%). Diferenças quantitativas foram observadas em 27 lâminas (1,7%). Menos de 1% das lâminas apresentaram entre 1 e 9 bacilos em 100 campos observados. Aos laboratórios com discordâncias foi sugerida re-capacitação e re-avaliação. Até o momento, 4 laboratórios foram re-avaliados e, somente um reapresentou discordâncias. **Conclusão:** Foi observada uma excelente adesão e aceitação do novo PCEQB. Os laboratórios conveniados, juntamente com os laboratórios de hospitais públicos, apresentaram uma maior tendência a discordâncias qualitativas, o que pode ser explicado por sua participação/envolvimento recente no diagnóstico da TB. Outra possibilidade é a grande rotatividade dos profissionais de saúde junto aos laboratórios da rede. Portanto, fica clara a necessidade contínua de monitoramento, supervisão e capacitação dos laboratórios responsáveis pelo diagnóstico de tuberculose em seus municípios para que seja garantida a eficácia dos programas de controle desta enfermidade.

Descritores: Controle externo de qualidade; Baciloscopia da tuberculose; Projeto Fundo Global

DIA.042 IDENTIFICAÇÃO DE MYCOBACTERIUM ABSCESSUS EM DOIS HOSPITAIS DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

MARTA OSÓRIO RIBEIRO; SIMONE GONÇALVES SENNA; LUDMILA FIOREZZANO BAETHGEN; SIMONE MARTINS DE DAVID; MARILINA ASSUNTA BERCINI; ANGELA WERNECK BARRETO

INSTITUIÇÃO: FEPPS - IPB/LACEN-RS. EMAIL: MARTAOSO@TERRA.COM.BR

Introdução: Recentemente foram notificados surtos de micobacterioses em dois hospitais, nos municípios de Santo Ângelo e Tramandaí, no Rio Grande do Sul. As infecções ocorreram através de cirurgias videolaparoscópicas realizadas durante o período do ano 2007 e 2008. A videolaparoscopia é uma técnica invasiva (pequenas incisões na pele) realizada por auxílio de uma endoscópio (vídeo) e trocater inseridos no abdômen. O Centro de Vigilância em Saúde (CEVS), vigilância epidemiológica e sanitária e o IPB-LACEN, laboratório de referência

estadual contataram os hospitais e laboratórios destes municípios para investigar as causas. Estes foram orientados a encaminhar amostras clínicas ao IPB/LACEN para identificação do agente infeccioso. A investigação foi orientada para possibilidade de infecções causadas por micobactérias de crescimento rápido (MCR), seguindo uma tendência atual pelas características das lesões e sintomas apresentados. **Objetivo:** Demonstrar a importância dos fluxos de informação e encaminhamento das amostras ao laboratório de referência para isolamento e identificação da espécie. **Metodologia:** Em Santo Ângelo foram notificados 61 casos e 24 amostras de 19 pacientes foram enviadas ao IPB/LACEN. Em Tramandaí 99 casos foram notificados e até o momento, o IPB/LACEN recebeu 74 amostras de 44 pacientes. Em ambas as situações, as culturas positivas confirmadas como micobactéria não causadora de tuberculose (MNT) e de crescimento rápido, foram encaminhadas ao Centro de Referência Professor Hélio Fraga (CRPHF). **Resultados:** De Santo Ângelo 44 casos foram confirmados e tratados, sendo 10 confirmadas com cultura positiva e 11 casos por exames anátomo-patológico. De Tramandaí, atualmente, 21 tiveram cultura positiva e 36 pacientes estão em tratamento. Em ambas as situações houve perda laboratorial por contaminação acima dos índices aceitáveis. A cada início de surto, as amostras utilizadas foram secreções das feridas, colhidas em swabs, procedimento sujeito à contaminação externa no momento da coleta. A espécie identificada, pelo método molecular PRA-hsp65 (PCR and Restriction Analysis) e testes fenotípicos complementares, foi *Mycobacterium abscessus* tipo II. **Conclusão:** A espécie identificada é encontrada no ambiente, principalmente na água, e pode causar infecções em humanos, se não forem tomadas providências corretas para a esterilização dos instrumentos cirúrgicos utilizados nas incisões. Após a devida orientação e com a coleta de mais de uma amostra por paciente, os índices de perda diminuíram, havendo melhor aproveitamento e confirmação laboratorial por cultura positiva, em maior número de casos. Fica evidente a importância da capacitação das unidades de saúde para a correta desinfecção de materiais cirúrgicos, assim como o respeito ao fluxo de coletas e encaminhamentos de materiais ao laboratório de referência para otimizar os resultados de identificação da micobactérias e assim auxiliar nas medidas de controle.

Descritores: Micobactérias de crescimento rápido; Vigilância epidemiológica e sanitária; Cultura de micobactérias

DIA.043 DESEMPENHO DA STNPCR PARA DETECÇÃO DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS EM AMOSTRAS CLÍNICAS DE SANGUE E URINA

JULIANA FIGUEIREDO DA COSTA LIMA; LILIAN MARIA LAPA MONTENEGRO; ROSANA DE ALBUQUERQUE MONTENEGRO; FÁBIO LOPES DE MELO; BRUNO CÉSAR DA SILVA; JULIANA FALCÃO DE ARAÚJO LIMA; ANDREA SANTOS LIMA; HEIDI LACERDA ALVES DA CRUZ; GABRIELA DE MORAES RÊGO GUEDES; HAIANA CHARIFKER SCHINDLER

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE PESQUISAS AGGEE MAGALHÃES/FIOCRUZ. EMAIL: JFCL@CPQAM.FIOCRUZ.BR

Introdução: A tuberculose (TB) é uma das doenças infecto-contagiosas com maiores taxas mundiais. No Brasil, o Nordeste é a região com maior incidência da doença e Recife foi a capital com a taxa de mortalidade mais alta em 2004. Métodos convencionais para identificação do *Mycobacterium tuberculosis* são demorados, no entanto, a amplificação de DNA oferece um diagnóstico rápido, sensível e específico, contribuindo para o sucesso de programas de saúde para o controle da doença. O propósito deste trabalho foi realizar um estudo utilizando PCR com pacientes suspeitos de TB onde os exames convencionais impõem dificuldades diagnósticas. **Objetivos:** Avaliação da sensibilidade (S) e especificidade (E) da Nested-PCR em único tubo (STNPCR) para detecção rápida do *M. tuberculosis* em sangue e urina de suspeitos de TB. **Métodos:** Pesquisa desenvolvida no CPqAM/FIOCRUZ, com colaboração de hospitais públicos de Recife-PE, de maneira duplo-cega. Participantes ambulatoriais ou de enfermarias, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido autorizando coleta e processamento das amostras, e se menor de idade, seu responsável assinou-o. Todos foram submetidos ao questionário clínico-epidemiológico. O projeto no qual este está inserido foi aprovado pelo comitê de ética do CPqAM. O diagnóstico final foi dado pelo médico que acompanhava o paciente, através de critérios epidemiológicos, clínicos e laboratoriais ou resposta ao tratamento específico, na seguinte classificação: TB doença; TB infecção; sem TB (possibilidade de TB descartada) e Indivíduos não infectados (controles). Nas amostras de sangue foram isolados leucócitos e plasma, as urinas foram descontaminadas e 1 alíquota delas foi inoculada em meio Löwestein-Jensen. A extração de DNA foi realizada segundo Rossetti et al., 1997 e para amplificação utilizou-se a STNPCR cujos amplicons foram visualizados por eletroforese em gel de agarose a 2%. Resultados: A casuística foi de 61 indivíduos, com idade de 3 a 67 anos sendo 50,8% do sexo feminino. Desses, 14 foram controles e 47 pacientes com suspeita inicial de TB. Onde 4,3% tiveram diagnóstico final de TB infecção, 63,8% de TB doença e 31,9% tiveram a possibilidade de TB descartada. Em relação ao diagnóstico final do paciente, a STNPCR teve S no sangue (leucócitos+plasma) de 62% e E=96%; na urina a S=37,5% e a E=92%. Considerando a positividade dos pacientes, (pelo menos 1 das amostras positiva para a STNPCR), a S da técnica foi de 81,3% e a E=86%. Considerando apenas os indivíduos controles (os "sem TB" foram excluídos), a S=81,3% e a E=100%. A STNPCR, nos pacientes com TB pulmonar, teve S=75% e nos com TB extrapulmonar (TBEP), S=82%. Os resultados tiveram p<0,05. **Conclusão:** A STNPCR foi significativamente mais sensível e específica que os métodos convencionais de diagnóstico da TB, principalmente nas TBEP, além da rapidez nos resultados. Como o padrão ouro é falho, a STNPCR pode ser indicada na confirmação dos casos onde seu resultado for positivo.

Descritores: PCR; Diagnóstico rápido; Sangue e urina

DIA.044 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DAS BACILOSCÓPIAS DE ESCARRO REALIZADAS POR DEZ UNIDADES LABORATORIAIS PERTENCENTES ÀS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ANANINDEUA, PARÁ, BR

ROSALIA MAIA; MICHELE LIMA BRITO; ZELINDA HABIB DANTAS SANTANA; KARLA ALEXANDRA SIQUEIRA SOARES; ISMARI PERINI FURLANETO; KARLA VALERIA BATISTA LIMA

INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO ATUALPHO DE PAIVA. EMAIL: MLIMADEBRITO@YAHOO.COM.BR

Introdução: No Pará, a tuberculose (TB) acomete em média 3000 pessoas todos os anos. 60% desses casos são registrados em 11 municípios, considerados pelo Ministério da Saúde como prioritários no controle da doença, dentre eles, Ananindeua. O controle da TB depende de inúmeras ações, entre elas a execução adequada das baciloscopias para diagnóstico e acompanhamento de cura. **Objetivo:** Avaliar, durante um período de 3 meses do ano de 2007, a qualidade das baciloscopias realizadas por 10 Unidades Laboratoriais (UL) para o diagnóstico

e controle da TB nas Unidades de Saúde do município de Ananindeua. Métodos: O Laboratório Central do Pará (LACEN/PA), até maio/2007, seguiu as normas nacionais para Controle Externo de Qualidade da Baciloscopia para TB, realizando a releitura de 10% das lâminas negativas e 100% das positivas para bacilo álcool-ácido resistente (BAAR). A partir de então, o projeto Fundo Global TB-Brasil implantou em 11 Regiões Metropolitanas (RM) o Programa de Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia da TB, baseado no Consenso Global, inclusive no município de Ananindeua, RM de Belém. Neste estudo, dentre as 1.880 baciloscopias realizadas no período, foram selecionadas, sistematicamente, 80 lâminas de cada UL, que foram codificadas de 'A' a 'J'. As lâminas foram submetidas à análise, por meio de releitura, pelo LACEN/PA, das características técnicas, que compreenderam a avaliação macro (homogeneidade e espessura) e microscópica (coloração, cristais de fucsina, aquecimento) dos esfregaços e a análise de concordância (baciloscopia positiva ou negativa para BAAR). Os resultados obtidos pelo LACEN/PA foram comparados com os enviados pelas UL. De acordo com as características técnicas, o resultado da avaliação das lâminas foi caracterizado como adequado, quando a média do percentual de esfregaço mais coloração satisfatórios foi = 80%, enquanto que índices inferiores a 80% caracterizaram a execução das baciloscopias como inadequada. Foram considerados discordantes resultados falso-positivos (FP) ou falso-negativos (FN). Resultados: O percentual de lâminas executadas de maneira satisfatória variou entre 23,7% a 62,5%, portanto, em relação às características técnicas, nenhum resultado foi considerado adequado. Quanto ao nível de concordância, as lâminas das UL 'D', 'E', 'F', 'G' e 'J' apresentaram 98,7% de concordância, sendo que as discordâncias foram de resultados FP nas UL 'A', 'D', 'F', 'G', e FN na UL 'I'. As demais UL apresentaram 100% de concordância. Conclusões: O programa de capacitação desenvolvido pelo LACEN/PA com os profissionais responsáveis pelo diagnóstico laboratorial da TB nas UL do município deve ser contínuo, pois esses resultados evidenciam deficiência na execução dos esfregaços e na leitura das lâminas. O nível de concordância encontrado está fora do esperado pelo programa, que é de 100%. Baciloscopias FP acarretam tratamento desnecessário e desperdício de recursos, enquanto resultados FN mantêm a cadeia de transmissão da TB.

Descritores: Tuberculose; Controle de Qualidade; Baciloscopias.

DIA.045 QUALIDADE DAS BACILOSCOPIAS DE ESCARRO REALIZADAS EM UNIDADES LABORATORIAIS NO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ, BR

MICHELE LIMA BRITO; ZELINDA HABIB DANTAS SANTANA; ROSALIA MAIA; ISMARI PERINI FURLANETO; KARLA VALERIA BATISTA LIMA

INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO ATAULPHO DE PAIVA. EMAIL: MLIMADEBRITO@YAHOO.COM.BR

Introdução: Dos 315 municípios caracterizados pelo Ministério da Saúde como prioritários para o combate à Tuberculose (TB), 11 estão no estado do Pará, onde foram notificados, em 2007, 2.920 casos novos da doença. A capital Belém foi responsável por quase metade dos casos novos. A solicitação de baciloscopias para diagnóstico e controle de cura tem sido priorizada nas Unidades de Saúde, pois, além de ser um método de execução simples e rápido, continua sendo particularmente importante no diagnóstico e controle da TB devido ao baixo custo e à facilidade para detecção dos casos bacilíferos, responsáveis pela manutenção da cadeia de transmissão. **Objetivo:** Avaliar, durante um período de 3 meses do ano de 2007, a qualidade das baciloscopias realizadas por 16 Unidades Laboratoriais (UL) para o diagnóstico e controle da TB no município de Belém. **Métodos:** As normas utilizadas neste estudo foram estabelecidas pelo Programa de Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia da TB, implantado em 11 Regiões Metropolitanas pelo projeto Fundo Global TB-Brasil desde maio/2007. Dentre as 6.220 baciloscopias realizadas no período, foram selecionadas, de forma sistemática, 80 lâminas de cada UL, que foram codificadas de 'A' a 'P'. As lâminas foram submetidas à análise, por meio da releitura, pelo Laboratório Central do Pará (LACEN/PA), das características técnicas, que compreendeu a avaliação macro (homogeneidade e espessura) e microscópica (coloração, cristais de fucsina, aquecimento) dos esfregaços e a análise de concordância (baciloscopia positiva ou negativa para bacilo álcool-ácido resistente). De acordo com a avaliação das características técnicas, o resultado da avaliação das lâminas foi caracterizado como adequado, quando a média do percentual de esfregaço mais coloração satisfatórios foi = 80%, enquanto que índices inferiores a 80% caracterizaram a confecção das baciloscopias como inadequada. Foram considerados discordantes resultados falso-positivos (FP) ou falso-negativos (FN). **Resultados:** O percentual de lâminas processadas de maneira satisfatória variou de 25,6% a 67,5% nas 16 UL, e, desta forma, em relação às características técnicas, nenhum resultado foi considerado adequado (acima de 80%). Quanto ao nível de concordância, as lâminas das UL 'M' e 'O' apresentaram 98,7%, havendo discordância de resultado tipo FP na UL 'M' e FN na UL 'O'. As demais UL apresentaram 100% de concordância. **Conclusões:** Os achados deste trabalho evidenciam que há uma deficiência na execução dos esfregaços, o que pode induzir a erros de interpretação e, portanto, resultados FP ou FN. O diagnóstico rápido e correto determina o início do tratamento quimioterápico, determinante na interrupção da cadeia de transmissão da TB, além de gerar importante repercussão sócio-econômica e familiar.

Descritores: Tuberculose; Controle de Qualidade; Baciloscopias.

DIA.046 PADRONIZAÇÃO DE TESTE DE SUSCEPTIBILIDADE PARA PIRAZINAMIDA POR CITOMETRIA DE FLUXO

MARIA CRISTINA LOURENÇO; LEONARDO BRUNO FERREIRA BARRETO; IVAN NEVES JR

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS-FIOCRUZ. EMAIL: CRISTINALOURENCO@IPEC.FIOCRUZ.BR

Introdução: A situação epidemiológica atual da Tuberculose (TB) traz uma preocupação a mais, a TB multiresistente. Há necessidade de um constante monitoramento através de testes de susceptibilidade. No entanto, entre as drogas de primeira linha destaca-se a dificuldade dos testes para pirazinamida (PZA), fármaco que tem a capacidade de atuar no bacilo em seu estado de latência, estratégico para a resolução do esquema. A dificuldade está relacionada a necessidade dos métodos serem executados em pH ácido e, conforme já foi descrito 60% das cepas tem dificuldade de crescimento. Os métodos automatizados (Bactec 460-TB e MGIT 960) são os referenciados, nem sempre disponíveis face ao alto custo. O método das proporções é laborioso e não é recomendado pelo CLSI (M-24) para PZA. Em um estudo prévio, nosso grupo validou o teste de susceptibilidade por citometria de fluxo para rifampicina e isoniazida em 24 h (Reis et al, 2004). A despeito do alto custo do citômetro, muitos centros hospitalares já o possuem, principalmente, os que possuem serviço especializado em atendimento de pacientes HIV, população que por si só justifica qualquer investimento em testes rápidos. **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo verificar o pH mais adequado a um teste de

susceptibilidade para PZA por citometria de modo a preservar a viabilidade do bacilo sem alterar o desempenho da droga. **Método:** Uma cepa de H37 Rv (ATCC 27294) foi crescida em meio de Middlebrook 7H9 suplementado com ADC. Aliquotas em triplicata foram preparadas em pH 5,2, 6,0 e 6,6 e marcadas com diacetato de fluoresceína (FDA) a uma concentração final de 250ng/ml. Leituras no citômetro XL-MCL da Coulter, com laser de 588nm, no canal FL-1, foram feitas no tempo zero, 4h após incubação a 37°C e 24h. Paralelamente, aliquotas com e sem PZA foram avaliadas. **Resultados:** As aliquotas em pH 5,2 apresentaram uma queda da fluorescência já no tempo zero, com considerável aumento na granulosidade celular o que é traduzido como dano. Com quatro horas de incubação houve uma redução de 15% da fluorescência chegando a 25% após 24h. As aliquotas em pH 6,0 apresentaram um aumento da fluorescência de cerca de 58%, enquanto a amostra mantida no pH inalterado do meio de cultivo um aumento de 100% em relação ao ponto zero, resultado que demonstra a multiplicação celular esperada. O teste com PZA apresentou resposta satisfatória para o pH 6,0. **Conclusão:** Para este método rápido o teste em pH 6,0 pode ser utilizado sem comprometer a acuidade do teste por falta de crescimento das cepas. Apoio Financeiro: PDTIS/FIOCRUZ

Descritores: Citometria de Fluxo; Mycobacterium Tuberculosis; Pirazinamida

DIA.047 PERFIL DE SUSCEPTIBILIDADE DE MICOBACTÉRIAS "ATÍPICAS" DE CRESCIMENTO LENTO ISOLADAS DE PACIENTES HIV POSITIVOS

MARIA CRISTINA LOURENÇO; VALÉRIA CAVALCANTI ROLLA; GUILHERME SILVA LOURENÇO; FLÁVIO AUGUSTO FERREIRA MARTINS; RAFAEL SILVA DUARTE; ROSA MARIA DE CARVALHO FERREIRA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS-FIOCRUZ. EMAIL: CRISTINALOURENCO@IPEC.FIOCRUZ.BR

Introdução: As micobactérias de crescimento lento não pertencentes ao Complexo M. tuberculosis têm sido encontradas em diversos quadros clínicos infecciosos relacionados a tecido mole, pele e em infecções pulmonares e disseminadas, principalmente, em pacientes imunossuprimidos. O tratamento é complexo e envolve o uso de mais de um fármaco, com efeitos colaterais intensos e alta toxicidade. Os métodos atuais disponíveis para a determinação da susceptibilidade a antimicrobianos envolvem a determinação da Concentração Inibitória Mínima (MIC) em meio líquido ou Ágar, nem sempre disponíveis em laboratórios de rotina. **Objetivo:** Com o objetivo de conhecer o perfil de susceptibilidade de duas espécies frequentemente isoladas em um instituto de pesquisa clínica em doenças infecto-contagiosas, referência para o tratamento de pacientes infectados pelo HIV, verificamos a MIC para Amicacina, Claritromicina, Etambutol, Levofloxacina e Rifampicina em amostras clínicas pertencentes ao do Complexo Mycobacterium avium e à espécie Mycobacterium kansasii. **Método:** Utilizamos 31 cepas do Complexo M. avium e 17 cepas de M. kansasii, provenientes de 24 pacientes infectados pelo HIV com e sem tratamento prévio para "atípicas". As micobactérias foram isoladas de escarros (21), sangue (16), biópsias (9) e Lavado broncoalveolar (2). Realizamos o teste em Middlebrook 7H9 suplementado com OADC em placas de microtitulação de acordo com as recomendações do Clinical Laboratory Standards Institute. Os fármacos e as concentrações testadas foram: Amicacina (1 a 128µg/mL), Claritromicina (0,06 a 64µg/mL), Etambutol (0,125 a 32µg/mL), Levofloxacina (0,125 a 16 µg/mL) e Rifampicina (0,125 a 32µg/mL). **Resultados:** As cepas do Complexo MAC apresentaram MIC90 de 0,25 µg/mL para Claritromicina, 8,0µg/mL para Amicacina, 4,0µg/mL para Etambutol; 1,0µg/mL para Levofloxacina e 2,0µg/mL para Rifampicina. As cepas de M. kansasii apresentaram MIC 90 de 1,0 µg/mL para Claritromicina; 8,0 µg/mL para Amicacina; 2,0 µg/mL para Etambutol; 0,5µg/mL para Levofloxacina e 1,0µg/mL para Rifampicina. **Conclusão:** Conforme dados da literatura as cepas do Complexo MAC demonstram ampla sensibilidade a Claritromicina e resistência a Rifampicina. Considerando os antimicrobianos Etambutol e Amicacina, faltam dados na literatura para validar a correlação "in vivo" e "in vitro", embora a MIC tenha sido baixa podendo sugerir um sucesso em uma provável associação. As cepas de M. kansasii foram sensíveis a Rifampicina e Etambutol, mas apresentaram uma MIC maior em relação a Amicacina. Para ambas as espécies os resultados para Levofloxacina foram promissores com MICs de valores baixos. Apoio Financeiro: PDTIS/FIOCRUZ

Descritores: Micobactérias Crescimento Lento; Susceptibilidade; HIV

DIA.048 RESULTADOS PRELIMINARES APÓS IMPLANTAÇÃO DA TÉCNICA "AMPLIFIED MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DIRECT" (MTD) EM SERVIÇO DE REFERÊNCIA PARA HIV

MARIA CRISTINA LOURENÇO; LEONARDO BRUNO FERREIRA BARRETO; ALESSANDRA SABOIA NUNES; VALDILEA GONÇALVES VELOSO DOS SANTOS

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS-FIOCRUZ. EMAIL: CRISTINALOURENCO@IPEC.FIOCRUZ.BR

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecciosa de proporção cosmopolita de elevada mortalidade e morbidade. Países desenvolvidos, que outrora planejaram eliminar a tuberculose na virada do século, experimentaram reversão da tendência de queda da endemia que resultou no aumento do número de casos. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, há um agravamento do problema nas últimas décadas. A pandemia de HIV/AIDS tem influência marcante na situação epidemiológica atual da tuberculose. Para reduzir o impacto da co-infecção são necessários métodos que forneçam o diagnóstico precoce da TB capaz de impactar diretamente na sobrevida dos pacientes. O diagnóstico laboratorial da TB atualmente é baseado na baciloscopia/cultura em meios sólidos (LJ) ou líquidos automatizados (Bactec-MGIT 960). A baciloscopia possui baixa sensibilidade e é utilizada para triagem de amostras primárias. A cultura em meio sólido tem boa sensibilidade e especificidade, mas é um método muito lento, podendo levar até 6 semanas para detecção de espécimes positivos. O uso do MGIT acelerou consideravelmente o diagnóstico de TB, mas leva em média 10 dias para detectar espécimes positivos. Dada a necessidade de diagnósticos mais rápidos e precisos, técnicas de amplificação tem sido empregadas com o objetivo de suprir esta necessidade, como por exemplo, o teste da Gen-Probe, Amplified Mycobacterium tuberculosis Direct (MTD). O teste MTD detecta o RNA dos microrganismos viáveis ou não. O teste pode ser realizado de 2 a 3 horas, o que permite um rápido isolamento em hospitais e o início precoce do tratamento. **Objetivo:** Avaliar os resultados do diagnóstico realizado pelo teste MTD de amostras provenientes da rotina de pacientes HIV positivos, sintomáticos respiratórios, comparando-os com resultados obtidos pela cultura/identificação convencional, visto que não há dados consistentes avaliando o uso em população paucibacilar. **Método:** Trinta espécimes respiratórios provenientes de 30 pacientes soropositivos para o HIV, assistidos em

um serviço de referência para o tratamento de pacientes infectados pelo HIV, com sintomas respiratórios, foram processados para baciloscopia pelo método de Ziehl-Neelsen, cultura no Bactec MGIT-960, identificação bioquímica pelas provas convencionais (niacina, nitrato e catalase) e detecção direta pelo MTD. Resultado: Vinte e três amostras de 23 pacientes tiveram resultados negativos concordantes para as três metodologias. Quatro amostras de quatro pacientes apresentaram baciloskopias negativas e cultura e MTD positivos. Uma amostra apresentou baciloscopia e MTD negativos com cultura positiva para *M.kansasii*. Um caso de baciloscopia e cultura positivas para *M.tb* e MTD negativo. Apenas uma amostra apresentou cultura positiva e baciloscopia e MTD negativo. Conclusão: Dentre os 23 casos que apresentaram resultados concordantes a TB foi excluída clinicamente. Os casos com MTD positivo responderam ao tratamento para TB. Não houve resultado conflitante quando detectamos um caso de *M.kansasii*, o MTD foi negativo. Portanto, preliminarmente, a técnica mostrou-se adequada com benefício para o paciente, visto que 4 casos com baciloscopia negativa puderam iniciar o tratamento rapidamente com maior segurança. Apoio Financeiro: IPEC/Fiocruz

Descritores: Tuberculose; HIV; GEN-PROBE

DIA.049 LEVANTAMENTO DA REDE DE LABORATÓRIOS DE TUBERCULOSE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO DO PROJETO FUNDO GLOBAL, BRASIL 2007

MARCIA ADRIANA SILVA NUNES; MARIZA ANDRADE DA SILVA; TELMA DE CASTRO LACERDA MOREIRA; CRISTIANE DE MATTOS FRAGA; ROSA MARIA DE CARVALHO FERREIRA; LUDMILA FIOREZZANO BAETHGEN; JONAS UMEOKA YAMAUCHI; FABER KATSUME JOHANSEN; ROSALIA MAIA; MARTA OSORIO RIBEIRO

INSTITUIÇÃO: LACEN - RS. EMAIL: NUNESBIO@TERRA.COM.BR

Introdução: O Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil abrange 57 municípios das regiões metropolitanas que concentram aproximadamente 50% dos casos de tuberculose do país. Na cidade do Rio de Janeiro e região metropolitana, em 9 meses de atividade, foram cadastrados 53 laboratórios para o novo modelo de protocolo de Controle de Qualidade padronizado pelo Ministério da Saúde. O conhecimento da rede de laboratórios que realizam o diagnóstico e controle da tuberculose é importante para as ações de supervisão, monitoramento e avaliação por controle de qualidade. **Objetivo:** Conhecer e avaliar a situação da rede de laboratórios do município do Rio de Janeiro, referentes ao tipo de instituição, exames que realizam para o diagnóstico e controle da tuberculose, equipamentos e insumos, recursos humanos capacitados e tempo transcorrido para liberação do resultado. **Método:** Durante a Visita Técnica do Fundo Global foi aplicado um questionário com 25 questões para os laboratórios de tuberculose de unidades básicas de saúde, hospitalares, militares e sanatório penal. Para análises foi utilizado Epi-Info versão 6.0. **Resultados:** Todas as unidades do Rio de Janeiro que receberam visita técnica, responderam ao questionário. Dos 53 laboratórios, 87% estão sob a gestão pública, 8% gestão militar e 2% privado. Quanto à realização dos exames 95% realizam baciloscopia e 29% cultura. Dos equipamentos necessários para o diagnóstico e controle, 98% possuem microscópio, 91% Bico de Bunsen, 87% geladeira, 63% estufa bacteriológica, 59% cabine de segurança biológica, 6% equipamento de automação para cultura de BK MGIT, 76% possuem computadores e 91% possuem autoclave para descarte de amostras biológicas. Dos insumos e equipamentos de proteção individual, 98% possuem corantes, 91% pote para coleta da amostra clínica, 100% lâminas para confecção do esfregaço, 85% palito de madeira, 98% luvas e 83% máscara N95. Do total de laboratórios 63% registram as informações dos exames no Livro de Registro de Baciloscopia e Cultura (Livro Branco) e 66% possuem uma solicitação de exame padronizada. 80% dos laboratórios emitem os resultados de baciloscopia em até 24h que é preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 95% possuem pelo menos 1 técnico treinado para realizar a baciloscopia e apenas 40% enviam lâmina para controle de qualidade no LACEN. **Conclusão:** Existe necessidade de conhecer melhor a rede privada que realiza os exames de diagnóstico e controle da tuberculose. É necessário um reforço nas questões de biossegurança em laboratórios de tuberculose, assim como na utilização do livro de registro de baciloscopia e utilização da solicitação de baciloscopia padronizada. Poucas unidades dispõem de caixa plástica porta lâminas, devido ao não hábito de guardar as lâminas para controle de qualidade. Os laboratórios serão estimulados a participarem do controle de qualidade através da supervisão direta nas unidades laboratoriais.

Descritores: Rede de Laboratórios; Fundo Global; Visita técnica

DIA.050 PROGRAMA DE CONTROLE EXTERNO DA QUALIDADE DA BACILOSCOPIA NOS MUNICÍPIOS DO RIO DE JANEIRO DO PROJETO DO FUNDO GLOBAL - BRASIL 2007

MARIZA ANDRADE DA SILVA; MARCIA ADRIANA SILVA NUNES; TELMA DE CASTRO LACERDA MOREIRA; CRISTIANE DE MATTOS FRAGA; ROSA MARIA DE CARVALHO FERREIRA; LUDMILA FIOREZZANO BAETHGEN; JONAS UMEOKA YAMAUCHI; FABER KATSUME JOHANSEN; ROSALIA MAIA; MARTA OSORIO RIBEIRO

INSTITUIÇÃO: LACEN. EMAIL: NUNESBIO@TERRA.COM.BR

Introdução: O sistema de garantia da qualidade visa melhorar a confiabilidade e a eficácia dos serviços de laboratório. Em 2007, a CGLAB com técnicos dos LACEN e consultoria da OMS elaborou o Protocolo de Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia (PCEQB) que utiliza o sistema de controle de qualidade por amostragem seguindo as recomendações do Consenso Global. Este protocolo foi implantado a partir de junho de 2007 como um piloto nos laboratórios dos 57 municípios do Projeto Fundo Global. Estes municípios estão situados nas 10 maiores regiões metropolitanas, que detêm aproximadamente 50% dos casos de tuberculose no Brasil. **Objetivo:** Avaliar a implantação e os resultados obtidos do PCEQB nos Municípios prioritários do Fundo Global, no estado do Rio de Janeiro. **Método:** Foram treinados 04 profissionais para a implantação e execução do PCEQB no LACEN-RJ. Iniciando com solicitação, seleção e releitura das lâminas no mês de julho de 2007. Foram realizadas reuniões para apresentação da nova metodologia para acondicionamento, envio e seleção da amostra de lâminas para releitura. As lâminas foram avaliadas quanto às características macro e microscópicas para a análise de concordância dos resultados. **Resultados:** No período de 9 meses foram avaliados 21 laboratórios com

um total de 16.196 lâminas enviadas, sendo relidas 1.680 lâminas, 80 por laboratório. Houve discordância em 14 laboratórios. Resultados falso positivos foram encontrados em 09 lâminas e falso negativos em 11 lâminas. **Conclusão:** Até o momento, há uma baixa adesão ao PCEQB devido a muitos laboratórios não terem o hábito de guardar as lâminas após a leitura. Esses laboratórios foram orientados no momento da visita técnica a guardarem suas lâminas por um período de 6 meses para a realização do PCEQB. Acreditamos que no segundo ano do Projeto Fundo Global tenhamos uma maior adesão. Os laboratórios que apresentaram discordância, foram orientados a realizar um processo de re treinamento no LACEN-RJ e após, serão submetidos a uma nova avaliação de controle de qualidade até que obtenham aprovação.

Descritores: controle de qualidade; fundo global; baciloscopia

DIA.051 REDE DE LABORATÓRIOS DE TUBERCULOSE DA REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO DO PROJETO FUNDO GLOBAL - BRASIL 2007

MARIZA ANDRADE DA SILVA; MARCIA ADRIANA SILVA NUNES; TELMA DE CASTRO LACERDA MOREIRA; CRISTIANE DE MATTOS FRAGA; ROSA MARIA DE CARVALHO FERREIRA; LUDMILA FIOREZZANO BAETHGEN; JONAS UMEOKA YAMAUCHI; FABER KATSUME JOHANSEN; ROSALIA MAIA; MARTA OSORIO RIBEIRO

INSTITUIÇÃO: LACEN. EMAIL: NUNESBIO@TERRA.COM.BR

Introdução: O Projeto Fundo Global Tuberculose Brasil abrange 57 municípios das regiões metropolitanas que concentram aproximadamente 50% dos casos de tuberculose do país. Em 9 meses de atividade, foram cadastrados 23 laboratórios para o novo modelo de protocolo de CQ padronizado pelo Ministério da Saúde. O conhecimento da rede de laboratórios que realizam o diagnóstico e controle da tuberculose é importante para as ações de supervisão, monitoramento e avaliação por controle de qualidade. **Objetivo:** Conhecer e avaliar a situação da rede de laboratórios da região metropolitana do Rio de Janeiro, referentes ao tipo de instituição, exames que realizam para o diagnóstico e controle da tuberculose, equipamentos e insumos que possuem, RH capacitado e tempo transcorrido para liberação do resultado. **Método:** Durante a Visita Técnica do Fundo Global foi aplicado um questionário com 25 questões nos laboratórios de tuberculose dos 12 municípios participantes. Para análises foi utilizado Epi-Info versão 6.0. **Resultados:** Todas unidades da região metropolitana que receberam visita técnica, responderam ao questionário. Todos os 23 laboratórios estão sob a gestão pública. Quanto à realização dos exames 100% realizam baciloscopia e 17% cultura. Dos equipamentos necessários para o diagnóstico e controle, 100% possuem microscópio, 87% Bico de Bunsen, 100% geladeira, 48% estufa bacteriológica, 44% cabine de segurança biológica, 4% equipamento de automação para cultura de BK MGIT, 70% possuem computadores e apenas 57% possuem autoclave para descarte de amostras biológicas. Dos insumos e equipamentos de proteção individual, 100% possuem corantes, 83% pote para coleta da amostra clínica, 92% lâminas para confecção do esfregaço, 92% palito de madeira, 100% luvas e 87% máscara N95. Do total de laboratórios 74% registram as informações dos exames no Livro de Registro de Baciloscopia e Cultura (Livro Branco) e 57% não possui uma solicitação de exame padronizada. 96% dos laboratórios emitem os resultados de baciloscopia em até 24h que é preconizado pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. 96% possuem pelo menos 1 técnico treinado para realizar a baciloscopia e apenas 48% enviam lâmina para controle de qualidade no LACEN. **Conclusão:** Cada município da região metropolitana possui pelo menos 1 laboratório que realiza baciloscopia. Há necessidade de implantar cultura nos laboratórios da região metropolitana da Baixada Fluminense. Existe necessidade de conhecer melhor a rede privada que realiza os exames de diagnóstico e controle da tuberculose. Poucas unidades dispõem de caixa plástica porta lâminas, devido ao não hábito de guardar as lâminas para controle de qualidade. Os laboratórios serão estimulados a participarem do controle de qualidade através da supervisão direta nas unidades laboratoriais.

Descritores: Rede de laboratório; Fundo global; Visita técnica

DIA.052 DIAGNÓSTICO RÁPIDO DA TUBERCULOSE ATRAVÉS DA DETECÇÃO DO CRESCIMENTO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS POR OBSERVAÇÃO MICROSCÓPICA (MODS) EM MEIO SEMI-SÓLIDO - RESULTADOS PRELIMINARES

LUCIANA FONSECA SOBRAL; FERNANDA QUEIROZ MELLO; GISELE BETZLER DE OLIVEIRA VIEIRA; LEILA DE SOUZA FONSECA; ANNA GRAZIA MARSCO

INSTITUIÇÃO: HUCFF/IDT. EMAIL: LSFONSECA@MICRO.UFRJ.BR

Introdução: Um dos métodos de diagnóstico rápido da tuberculose adequado a países em desenvolvimento é a Detecção do Crescimento do *Mycobacterium tuberculosis* por Observação Microscópica (MODS), que baseia-se na característica do bacilo de crescer em forma de cordas em meio líquido. Este método tem sido avaliado e revelando-se com boa acurácia (Arias et al Clin. Infect. Dis 44:674, 2007), no entanto, a sua implementação em condições de rotina depende da otimização da técnica no que tange à biossegurança, dado que todos os estudos utilizaram o meio líquido em placas de cultura. **Objetivo:** avaliar a performance do MODS em meio semi-sólido visando diminuir os riscos de contaminação dos profissionais que atuam no laboratório de micobacteriologia. **Métodos:** neste estudo incluímos espécimes clínicos da rotina do Laboratório de Micobacteriologia do HUCFF/IDT da UFRJ. Os espécimes foram processados pelo método de Kubica, semeados em meio de Lowenstein-Jensen e em placas de 24 poços contendo caldo Middlebrook 7H9 com adição de PANTA, glicerol e 0,3% de Agar (MODS semi-sólido). Realizou-se a leituras dos tubos de LJ e das placas com microscópio de luz invertida após 3, 7, 10, 14, 17, 24, 28 e 60 dias de incubação. Foram consideradas positivas as amostras que apresentaram a formação de cordas no meio semi-sólido MODS. **Resultados:** Todos os 57 espécimes (escarros) que apresentaram crescimento em LJ foram, também, positivos em MODS. A média do tempo de crescimento foi de 9,35±3,40 dias no meio MODS semi-sólido e de 22,12±6,1 dias em LJ, indicando um tempo significativamente menor para detecção em meio MODS semi-sólido. **Conclusões:** Os resultados preliminares mostram que o MODS semi-sólido obteve a mesma sensibilidade que o LJ e tempo de positividade menor que o LJ, mas similar ao descrito para o MODS em meio líquido (média de 7 dias). Apoio financeiro: FAPERJ, CNPq

Descritores: Tuberculose; Diagnóstico rápido; MODS semi sólido

DIA.053 GLICOLIPÍDIOS DAS CEPAS PASTEUR E MOREAU DE MYCOBACTERIUM (M.) BOVIS BCG: CARACTERIZAÇÃO E APLICAÇÃO NO IMUNODIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE HUMANA

MARTA MARIA OLIVEIRA; WALTER MARTIN OELMANN; LAIS BESSA SANTOS; ELIANA BARRETO BERGTER

INSTITUIÇÃO: IMPPG/UFRJ - RJ. EMAIL: BESSAWEK@HOTMAIL.COM

Introdução: A TB tem sido uma das principais causas de morbidade e mortalidade humana, e sempre representou um grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento. Anualmente ocorrem 54 milhões de novas infecções, 6,8 milhões de pessoas desenvolvem a doença ativa, e 3 milhões vão ao óbito. O diagnóstico padrão da tuberculose (TB) baseia-se em cultura e isolamento da bactéria, ocorrendo grande demora no crescimento das micobactérias do complexo tuberculose. Desta forma, há interesse no desenvolvimento de métodos de diagnóstico alternativos e rápidos, tais como testes de imunodiagnóstico baseados em antígenos semi-purificados e/ou recombinantes, específicos para micobactérias causadoras da tuberculose humana. **Objetivos:** 1) Extração e caracterização de glicolipídios obtidos das cepas Pasteur ('P') e Moreau ('M') de M. bovis BCG. As cepas foram crescidas em meio Sauton ('S') (Pasteur e Moreau, 'PS' e 'MS') ou em meio IVM (Moreau, 'MIVM'). 2) Avaliação imunológica das diferentes frações de glicolipídios frente a soros de pacientes e de sem TB. **Métodos:** A partir de PS, MS e MIVM foi feito separação de "single cells", estas extraídas com acetona e clorofórmio/metanol. Em seguida, a fase orgânica foi fracionada em coluna de sílica gel utilizando o protocolo de Pinto et al. 2002 com modificações. As frações obtidas da fase orgânica, assim como a fase acetona foram analisadas por cromatografia em camada fina (TLC) utilizando CHCl₃/MeOH/NH₄OH 2M (40:10:1) como fase móvel. Em uma segunda etapa, essas frações foram avaliadas utilizando o método ELISA, frente a 3 soros positivos para TB, 3 soros negativos para TB, 1 pool de soros positivos e 1 pool de soros negativos. **Resultados:** MS e MIVM resultaram em 7 frações glicolípídicas cada, e PS resultou em 8 frações. Observamos um diferente perfil de bandas de MS, PS e MIVM no TLC. Com o teste ELISA, obtivemos de modo geral, reações não específicas dos soros utilizados frente às frações de MS, PS e MIVM. Porém, algumas destas frações mostraram-se mais específicas, existindo diferença quanto a soro positivo para TB e negativo para TB, quando utilizado com o conjugado anti-IgG humano. **Conclusão:** Com a produção desses resultados, podemos concluir que: a cepa Moreau crescida em meios diferentes apresenta produção diferenciada de glicolipídios, quando analisados em cromatografia em camada fina e afim de uma melhor caracterização em relação ao perfil imunogênico e específico frente a soros positivos para TB, as frações devem ser melhor separadas, podendo então aferir quais componentes da frações seriam mais promissoras para o imunodiagnóstico dentre as cepas apresentadas.

Descritores: Glicolipídios; Imunodiagnóstico; BCG

DIA.054 ANÁLISE DO PERFIL DOS PACIENTES EM TRATAMENTO NO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE, DE ACORDO COM O TEMPO DE "DEMORA DO PACIENTE" E "DEMORA DO DOUTOR", NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE, NO PERÍODO DE MAR/2007 A ABR/2008.

MARA LÚCIA MONTEIRO; JAIME MATOS FERREIRA; LUIZ CARLOS D'AQUINO

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. EMAIL: MMONTEIRO@SAUDEJOINVILLE.SC.GOV.BR

Introdução: Joinville faz parte dos nove Municípios prioritários de SC, indicados pelo Ministério da Saúde. A partir de 2004 foi instituído, no Município, as ações de diagnóstico e tratamento supervisionado descentralizados. A análise do perfil dos pacientes admitidos para tratamento visa auxiliar o entendimento da equipe em relação a detecção de casos da doença. As sub-notificações de casos existentes nas comunidades são uma realidade atual e nos leva a repensar novas estratégias de ação para o controle da doença, investindo maiores esforços na redução de prazo do diagnóstico da Tuberculose no Município. **Objetivo:** Realizar uma análise dos fatores que influenciam na demora do diagnóstico da Tuberculose. **Método:** Este trabalho consiste num estudo epidemiológico analítico-descritivo de pacientes com tuberculose que foram admitidos para tratamento no Programa de Controle da Tuberculose de Joinville, no período de MAR/2007 a ABR/2008. A amostra foi constituída de 83 pacientes, sendo 79 casos novos e 04 recidivas, que iniciaram o tratamento e que apresentavam, pelo menos, três sintomatologias clássicas da Tuberculose. Os dados foram coletados dos registros dos prontuários. As variáveis utilizadas foram: grupo etário, gênero, forma de Tb, baciloscopia de escarro e infecção pelo HIV. **Resultados:** A análise geral dos dados identificou que em média, a "demora do paciente" aumentou (em torno de 268%), enquanto o tempo de "demora do doutor" sofreu uma queda na ordem de 20%, em relação a estudos realizados anteriormente. Os valores obtidos no presente estudo, no que diz respeito ao gênero, mostram que o sexo não foi um fator determinante de caracterização do tempo de demora. A variável faixa etária mostrou-se significativa. Em relação a presença de co-infecção, o diagnóstico ocorreu mais tardiamente entre os pacientes HIV positivo que nos HIV negativos. A forma de tuberculose apresentada pelo doente também foi preeminente no tempo de demora, mostrando que os casos extra-pulmonares são os que apresentam maiores obstáculos no traçado diagnóstico. Quanto a baciloscopia de escarro, tanto os pacientes BKE negativos, como os BKE positivos demoram a procurar o serviço de saúde. É preocupante o grande número de pacientes com BKE + que iniciam tratamento com mais de 60 dias de demora. O tempo de "demora do paciente" foi associado com uma busca de sintomáticos respiratórios deficiente. A "demora do doutor" foi relacionada ao diagnóstico tardio e ao despreparo dos profissionais de saúde em lidar com a doença. **Conclusão:** Joinville possui uma rede básica de saúde bem estruturada e preparada para realização do diagnóstico precoce da tuberculose, porém apesar de todas as condições favoráveis de acesso do paciente ao serviço de saúde e aos exames diagnóstico, o presente estudo demonstrou que muito ainda há por se fazer, e que controlar a Tuberculose requer muito mais que "condições", ou seja, não basta "poder fazer" é necessário o "querer fazer".

Descritores: Demora; Diagnóstico; Precoce

DIA.055 IMPLANTAÇÃO DA CULTURA PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE E DA RESISTÊNCIA ÀS DROGAS, EM LABORATÓRIO DE FRONTEIRA-PONTA PORÁ/MS

EUNICE ATSUKO TOTUMI CUNHA; MARLI MARQUES; ROSALIA MAIA; ODILA AZZOLINI GONZALES; ODENIR AMORIM; ANA PAULA ALMEIDA; IZAIAS PEREIRA DA COSTA

INSTITUIÇÃO: LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL. EMAIL: EUNICEATSUKO@UOL.COM.BR

Introdução: A baixa incidência de Tuberculose (TB) no município de Ponta Porá-MS (próximo a 20/100.000 hab.), pode estar relacionada a livre demanda, considerando a busca insuficiente de Sintomático Respiratório (SR) e baixa detecção de casos novos (menor que 50%). O município faz fronteira seca com Pedro Juan Caballero-Paraguai, condição que o coloca na responsabilidade de atender que vivem ou trabalha nessa área de fronteira, com dificuldade de caracterizar a procedência dos pacientes quanto há necessidade de acompanhamento como é o caso da TB. A alta taxa de abandono (21%-2004), cura abaixo de 65%, registros de casos de multidrogarresistência (MDR) (2002 e 2003) são indicadores de fragilidade do PCT, que busca justificar pela condição fronteiriça. Com a finalidade de incrementar o diagnóstico da TB e conhecer a resistências às drogas antituberculosas, implantou-se a cultura, vindo de encontro às recomendações do Ministério da Saúde para os laboratórios de fronteiras. **Método:** A implantação ocorreu em janeiro de 2007, através da sementeira do escarro em Ogawa-Kudoh, pelo método de swab, após descontaminação com hidróxido de sódio a 4%. As amostras semeadas foram encaminhadas para o LACEN/MS, e quando positivas para Mycobacterium tuberculosis realizaram-se teste de sensibilidade (TS), pelo método das proporções, para as drogas: isoniazida (I), rifampicina (R), estreptomicina (S) e etambutol (E). **Resultados:** No transcorrer de 2007 foram examinadas 897 amostras, sendo 429 de SR (61,8% da meta municipal), com 20 pacientes apresentando baciloscopias positiva (4,7%). Do total de amostras examinadas pela baciloscopia, 557 (62,0%) foram semeados em meio de cultura, havendo crescimento em 29 delas (5,35%) referentes a 19 pacientes. Destes pacientes, 04 apresentaram baciloscopia negativa, incrementando o diagnóstico em 21% e aumentando a taxa de detecção de 34,7% em 2006 para 48,2% em 2007. Dos 19 pacientes, o TS foi realizado em 17 deles (89,5%), todos com sensibilidade às 04 drogas testadas. **Conclusão:** A implantação da cultura no laboratório municipal aumentou a demanda de forma exponencial, sendo 01 amostra em 2006 para 557 em 2007, ampliando o número de casos diagnosticados. A ausência de resistência do universo avaliado, pode significar baixa resistência. No entanto, é prematuro fazer esta afirmação tendo em vista a história dos indicadores operacionais, principalmente no que se refere exame de SR e o alto abandono. Esse quadro reforça a necessidade de monitoramento com a utilização deste novo recurso laboratorial, para incrementar o programa e conhecer a real situação epidemiológica da área de fronteira com o Paraguai.

Descritores: tuberculose;resistência;cultura

DIA.056 IMPLANTAÇÃO DA CULTURA PARA DIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE E DA RESISTÊNCIA ÀS DROGAS, EM LABORATÓRIO DE FRONTEIRA-CORUMBÁ-MS

EUNICE ATSUKO TOTUMI CUNHA; MARLI MARQUES; IZAIAS PEREIRA DA COSTA; FÁBIO ANTONIO GONÇALVES; HELENA YOSHIE MATSUO DIAS; ALEUVR OLIVEIRA LIMA; MARIA JESUS NASSER VIANA

INSTITUIÇÃO: LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA DE MATO GROSSO DO SUL. EMAIL: EUNICEATSUKO@UOL.COM.BR

Introdução: A tuberculose (TB) em Corumbá preocupa tanto pela alta incidência (80/100.000 hab.) quanto pela elevada mortalidade (7 e 11/100.000 hab.). Avaliação operacional aponta a busca insuficiente de Sintomáticos Respiratórios (SR), alta carga bacilar no escarro, detecção de casos novos acima da meta (120%), segundo lugar em resistência às drogas antituberculosas e baixa demanda para cultura. Por ser um pólo turístico e abranger parte do pantanal, além de fazer fronteira com a Bolívia, onde a incidência de TB é superior a registrada no Brasil e no Estado, é necessário priorizar o controle da TB. Com a finalidade de incrementar o diagnóstico da TB e conhecer a resistências às drogas antituberculosas, implantou-se a cultura, vindo de encontro com recomendações do Ministério da Saúde para laboratórios de fronteira. **Métodos:** Em visita ao laboratório municipal, em fevereiro/2007, constataram-se condições para iniciar a cultura de escarro de suspeitos de TB, após rotina de baciloscopia já estabelecida. Logo depois, o município passou a semear as culturas em Ogawa-Kudoh pelo método de swab, após descontaminação em hidróxido de sódio a 4%. As amostras foram encaminhadas ao LACEN-MS, e quando positivas para M. tuberculosis, foram realizados testes de sensibilidade (TS), pelo método das proporções para as drogas: isoniazida(I), rifampicina(R) estreptomicina(S) e etambutol(E). **Resultados:** Após um ano da implantação, examinaram-se 1774 amostras de escarro, de 866 SR (85% da meta). Das amostras semeadas, 151(8,5%) foram positivas. Dos 86 pacientes com cultura positiva, 22 apresentavam baciloscopia negativa, incrementando o diagnóstico em 26%. Destes 86 pacientes, o TS foi concluído em 51 (59%), sendo 11(21,6%) pacientes com resistência às drogas, onde 8 apresentaram Resistência Primária (15,7%) e 3, Resistência Adquirida (5,9%). A resistência a pelo menos Rifampicina e Isoniazida (MDR) foi identificada em 3 pacientes, sendo MDR Primária 3,9% e MDR Adquirida 2,0%. Deste total, 05 apresentaram monoresistência: 01(I), 02(R) e 02(S); outros dois apresentaram resistência a duas drogas: 01 (R+S) e 01(I+R); e um apresentou resistência a 03 drogas: (R+I+S). **Conclusão:** Evidencia-se a relevância da implantação da cultura no município, pelo aumento da demanda (88 em 2006 para 1774 em 2007). O incremento de 26% no diagnóstico, a detecção precoce de fontes bacilíferas e a identificação de resistência às drogas, conduziram a um tratamento rápido e adequado. Os níveis de Resistência Total (21,6%) são menores que os registrados em estudos realizados na década de 90 no Brasil. A MDR total (5,9%) também foi inferior, no entanto a MDR Primária em nosso estudo foi o dobro que a MDR Adquirida, merecendo uma avaliação mais ampla para identificar as causas e os reais níveis de resistência no município. O monitoramento vai permitir futuros estudos a fim de estabelecer a conexão epidemiológica entre os casos ocorridos nessa fronteira.

Descritores: Tuberculose; Resistência; Cultura

DIA.057 OTIMIZAÇÃO DE PCR EM TEMPO REAL PARA DETECÇÃO DE M. TUBERCULOSIS EM AMOSTRAS CLÍNICAS

ANDREA SANTOS LIMA; LÍLIAN MARIA LAPA MONTENEGRO; HAIANA CHARIFKER SCHINDLER; MÁRCIA SCHNEIDER ZUZART DE MENDONÇA; LAÍS ARIANE DE SIQUEIRA LIRA; ANA LISA DO VALE GOMES; LINDALVA LAYSE DE LIMA MALAGUETA

INSTITUIÇÃO: CPQAM- FIOCRUZ. EMAIL: ANDREASANTOSLIMA@HOTMAIL.COM

Introdução: A Organização Mundial da Saúde considerou a tuberculose, estado de emergência no mundo, sendo a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. Com o surgimento da epidemia de AIDS e o aparecimento de focos de tuberculose multirresistente agravaram ainda mais o problema da doença no mundo. Os métodos laboratoriais utilizados

de rotina para o diagnóstico da doença são a baciloscopia, utilizado nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e a cultura em meio específico. Estas técnicas apresentam algumas desvantagens como sensibilidade limitada e demora na detecção do bacilo, prolongando assim o diagnóstico e tratamento do paciente. A qPCR vem sendo proposta como um método diagnóstico alternativo para várias doenças infecto-contagiosas, apresentando um diferencial, a capacidade de amplificação e detecção do DNA ocorrerem simultaneamente, através de um sistema de fluorescência. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo avaliar o desempenho e a aplicabilidade desta técnica em amostras biológicas de pacientes confirmadamente doentes e indivíduos saudavelmente negativos, analisando sua rapidez, sensibilidade e especificidade quando comparada aos métodos laboratoriais convencionais utilizados de rotina para o diagnóstico da tuberculose. **Métodos:** Para os experimentos de padronização foi utilizado DNA genômico purificado de cepa de referência do complexo *Mycobacterium tuberculosis* (H37Rv) visando avaliar a concentração ideal de oligonucleotídeos na reação e a quantidade mínima de DNA molde capaz de ser amplificada. Inicialmente, foram realizadas diluições de fator 10, seriadas, sendo o Sybr Green I, o fluoróforo utilizado para analisar o produto gerado durante a reação, através da emissão de fluorescência, e os resultados analisados através do software 7500 SDS System. **Resultados:** A concentração de cinco pmols foi a que demonstrou melhor eficiência e especificidade na amplificação do alvo. Nos experimentos realizados para avaliar o limite de detecção do alvo demonstraram que os padrões moleculares não apresentaram a quantificação esperada, gerando resultados de difícil interpretação. **Conclusão:** A partir dos resultados obtidos, faz-se necessário que sejam construídos padrões de quantificação mais eficazes, através da técnica de clonagem. **Descritores:** PCR em tempo real; M. tuberculosis; Diagnóstico

DIA.058 CARACTERIZAÇÃO DE ISOLADOS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS DO TIPO "BEIJING".

LIA LIMA GOMES; PHILIP NOEL SUFFYS; AFRANIO LINEU KRITSKI; ELENA LASSOUNSKAIA
INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ - RJ. EMAIL: LIALIMA2212@YAHOO.COM

Introdução: Em 1995, a família M.tuberculosis Beijing foi descrita inicialmente na China e em países próximos. Nos anos seguintes também foi descrita em diferentes lugares do mundo. No Brasil, em 2005, foram registrados os primeiros casos em São Paulo e Rio de Janeiro. Esta família é provavelmente a que possui a linhagem filogenética mais bem definida entre as micobactérias que compõem o complexo *Mycobacterium tuberculosis*, com o genótipo bastante homogêneo. Apresenta deleção adquirida evolutivamente, alta capacidade de transmissão, hipervirulência, múltipla resistência aos fármacos e boa adaptação ao ambiente intracelular do hospedeiro em diferentes regiões geográficas. Seu genótipo é principalmente definido por Spoligotyping, por possuir ausência Direct Repeat Locus (1-34), porém esta ferramenta molecular não possui o poder de diferenciar genótipo entre as cepas Beijings. **Objetivo:** Caracterizar os isolados da família Mtb Beijing em nosso país, e comparar com isolados de um país africano de língua portuguesa e da Rússia. **Métodos:** Foram analisados cepas de Mtb Beijing isoladas de pacientes no Brasil (n=11), de Moçambique (n=18) e da Rússia (n=1). Foram utilizados as seguintes técnicas: spoligotyping, MIRU-VNTR, PCR inverso IS6110 e virulência em macrófagos e estudo de inserções ou deleções no gene PKS 15/1 e sua capacidade de expressão (associados com inibição da resposta imune do hospedeiro). **Resultados:** Cinco cepas brasileiros apresentaram genótipo MIRU-VNTR 223325173533, perfil também predominante em isolados Beijing de pacientes de Moçambique e de pacientes da Rússia. O poder discriminatório do MIRU-VNTR avaliando 12 locis variáveis demonstrou-se muito baixo em isolado Beijing, por isso foi incorporada a técnica para 24 locis variáveis. Por meio de PCR inverso IS6110, foi possível diferenciar amostras de Mtb Beijing do Brasil sublinhagem antiga e moderna. Esta análise apresentou 30% de cepas Beijings do Brasil com marcas genéticas de linhagens ancestrais, superiores ao observado em cepas da Rússia (3%). Estudos relacionados com virulência em macrófagos apontaram que a sublinhagem ancestral brasileira é menos virulenta em comparação a sublinhagem moderna brasileira e russa. Estudos no gene PKS 15/1 em andamento. **Conclusões e Comentários:** Maior frequência de cluster 223325173533 foi similar ao descrito na Rússia e Hong Kong. A proporção de linhagens ancestrais foi maior em cepas de Mtb Beijing no Brasil do que o descrito na Rússia e em algumas regiões asiáticas. A linhagem ancestral de Mtb Beijing do Brasil foram menos virulentas em macrófagos.

Descritores: Tuberculose; *Mycobacterium tuberculosis*; Beijing

DIA.059 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS CASOS DE TUBERCULOSE INVESTIGADOS EM UM HOSPITAL GERAL DA REDE SUS DO RIO DE JANEIRO - 2005 A 2007

MARCELA LOPES BHERING; SHEYLLA LIMA; FLÁVIA THEDIM COSTA BUENO; GUSTAVO RÊGO MULLER DE CAMPOS DANTAS; CARLOS ARANY DA CRUZ MARTINS
INSTITUIÇÃO: IESC/UFPR - RJ. EMAIL: FLAVIATCBUENO@GMAIL.COM

Introdução: Estima-se que 22 países apenas, nestes incluindo o Brasil, abriguem 80% dos casos de tuberculose (TB) no mundo. Com a disseminação da SIDA, um crescente número de infectados pelo HIV desenvolvem a TB, principal co-infecção da doença. No Brasil, o município com maior incidência de TB é o Rio de Janeiro, com cerca de 4 vezes a média nacional, o que gera um forte impacto na rede de Saúde desta cidade. **Objetivo:** traçar o perfil epidemiológico dos pacientes investigados com diagnóstico de Tuberculose em um Hospital Geral do Rio de Janeiro no período de 2005 a 2007. **Metodologia:** Estudo descritivo utilizando banco de dados do Núcleo Hospitalar de Epidemiologia do hospital entre os anos de 2005 até 2007. Utilizamos o programa TabWin versão 3.5. **Resultados:** No período estudado observou-se a predominância de pacientes do sexo masculino, em torno de duas vezes. Quanto à faixa etária, a maior parte dos casos se encontrava entre 20 e 50 anos de idade (média do período 60%), com exceção da frequência observada no ano de 2006 onde as faixas de 1 a 4 anos e de 10 a 19 anos, que foram de 18,05% e 18,05%, respectivamente. Em relação ao local de moradia 65% dos casos residia na cidade do Rio de Janeiro sendo o restante proveniente dos demais municípios da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A principal porta de entrada dos pacientes foi a emergência. A média de pacientes que apresentava agravos associados foi de 60%, sendo a Aids e o Alcoolismo os mais comuns. Entretanto, é preciso destacar que nos anos de 2005 e 2006 houve quantidade importante de "dado ignorado" (42,62% e 47,22%, respectivamente) em relação a esta variável. A letalidade se mostrou constante no período estudado, em torno de 30%, sendo o desfecho mais comum foi a alta por transferência (em torno de 60% em todos os anos). Quanto à forma, a mais encontrada foi a pulmonar, seguida

da extra pulmonar, com alto índice no ano de 2005 (31,14%). Para todos os anos o esquema 1 foi o mais utilizado para tratamento. **Conclusão:** A construção do perfil epidemiológico para a diversidade de doenças investigadas nas instituições é, a cada dia, mais exigida e ganha importância para a mudança dos paradigmas do quadro de saúde apresentado na contemporaneidade. No caso da tuberculose, a alta letalidade ainda recorrente é evidenciada neste estudo, o que aponta para uma maior compreensão desta patologia e seu perfil epidemiológico, em busca da reversão deste quadro.

Descritores: Perfil epidemiológico; Tuberculose; Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

DIA.060 DETECÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS DE ESGOTO BRUTO E ESGOTO TRATADO ATRAVÉS DO MÉTODO PRA - HSP65

SOLANGE ALVES VINHAS; SYLVIA CARDOSO LEÃO; RICARDO FRANCI GONÇALVES; JOÃO BATISTA PEREIRA DA SILVA; CARLOS GUSTAVO VIEIRA DE MORAIS; DÉBORA CORONA COLOMBO; PAOLA POLONI LOBO DE AGUIAR; MOISÉS PALACI

INSTITUIÇÃO: NDI-UFES. EMAIL: SVINHAS@NDI.UFES.BR

Introdução: Embora o *Mycobacterium tuberculosis* seja o principal representante do gênero, outras espécies podem causar diversas formas de doenças no homem. Essas espécies consideradas saprófitas e potencialmente patogênicas são isoladas frequentemente em diferentes tipos de ambientes, A despeito de sua ampla ocorrência na natureza, desconhe-se sua presença em esgoto doméstico bruto e em esgoto tratado. **Objetivos:** Isolar, quantificar e identificar através de técnicas microbiológicas e moleculares, as espécies presentes no esgoto afluente e efluente à Estação de Tratamento de Esgotos da Universidade Federal do Espírito Santo (ETE-UFES). **Metodologia:** Cinco coletas de um litro de esgoto bruto e de esgoto tratado, coletados na ETE-UFES, foram divididas em alíquotas de 50 mL, descontaminadas (solução NaOH 3% - SDS1%), e concentradas por centrifugação. Os sedimentos foram semeados em placas de Petri contendo meio Ogawa/ cicloheximida 500µg/mL e incubados à 37°C. As colônias que apresentaram crescimento neste meio foram analisadas fenotipicamente. As colônias com características microscópicas de álcool-ácido resistência foram ressuspensas em água deionizada estéril, fervidas por 10 min. e congeladas (-20°C) para isolamento dos DNAs. Após breve centrifugação 5 µl dos sobrenadantes foram utilizados para a PCR. Um fragmento de 439 pb do gene hsp65 foi amplificado com os primers Tb11 (5'-ACCAACGATGGTGTGTCCAT) E Tb12 (5'-CTTGTGCAACCGCATACCT) de acordo com o protocolo descrito por TELENTI et al. Os DNAs foram submetidos a desnaturação a 95°C por 10 min., seguido de 45 ciclos a 94°C por 1 min. e 72°C por 1 min. e extensão final a 72°C por 7 min. Os produtos amplificados (10-15µl) foram digeridos com BstE II e Hae III e separados por eletroforese em gel de agarose 4%. Os padrões de restrição foram analisados utilizando-se o programa Molecular Analyst (BioRad) e comparados aos padrões publicados por DEVALLOIS et al. e aos padrões do PRASITE (<http://www.hospvd.ch:8005>). **Resultados:** Não foi observado diferença entre a concentração obtida de UFC de micobactérias no esgoto bruto (média de 5,91 log - SD=0,23) e (média de 5,52 log - SD=0,17) esgoto tratado. Das colônias selecionadas no esgoto bruto, 75% puderam ser identificadas, enquanto que apenas 40% das colônias selecionadas do esgoto tratado foram identificadas. A espécie mais frequentemente isolada em ambos os esgotos foi a do M. fortuitum 1 seguida de M. farcinogenes1, M. abscessus 2, M. aurum 2 e M. scrofulaceum 1. **Conclusões:** 1) O tratamento do esgoto parece não interferir na concentração de micobactérias, mas sim na ocorrência das espécies. 2) Diversas espécies potencialmente patogênicas podem ser encontradas no esgoto. 3) O método molecular PRA-hsp65 mostrou-se eficiente para identificação de micobactérias no esgoto. Apoio financeiro: FAPES Processo No.392446620/07

Descritores: Micobactérias ambientais; Prahsp65; PCR

DIA.061 UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTA MOLECULAR PARA A DETECÇÃO DE MICOBACTÉRIAS PRESENTES EM CARNE DE SURURU DO MANGUE (MYTELLA GUYANENSIS) COLETADOS NA BAÍA DE VITÓRIA/ES

SOLANGE ALVES VINHAS; CARLOS GUSTAVO VIEIRA DE MORAIS; PAOLA POLONI LOBO DE AGUIAR

INSTITUIÇÃO: NDI-UFES. EMAIL: SVINHAS@NDI.UFES.BR

Introdução: O gênero *Mycobacterium* é composto por mais de 100 espécies, entre elas está o complexo *Mycobacterium tuberculosis*, causador de tuberculose nos seres humanos e animais. As demais espécies são conhecidas como micobactérias ambientais (MA), que são potencialmente patogênicas podendo causar diversos tipos de infecções nosocomiais e surtos, principalmente na população imunossuprimida. A detecção de micobactérias presentes em amostras ambientais é realizada com o auxílio de técnicas microscópicas, que apesar de fácil execução possuem uma baixa sensibilidade; e da cultura que é um método amplamente utilizado devido à maior sensibilidade, porém este procedimento é afetado pelo alto índice de contaminação das amostras ambientais, além de consumir maior tempo. Atualmente as MA podem ser detectadas através de ferramentas moleculares baseadas em regiões específicas de seu DNA. **Objetivo:** Detectar, através da amplificação do gene 16S-23S do rRNA pela Reação em Cadeia da Polimerase (PCR), a presença de MA diretamente em macerado de carne de *Mytella guyanensis* (sururu), coletados da baía de Vitória/ES. **Métodos:** Os sururus foram retirados dos bancos de sedimentos, onde foram higienizados, sendo em seguida transportados ao LabSan, onde foram submetidos à limpeza superficial das valvas, higienizados com álcool 70%, homogeneizados e alíquotados em tubos de 50mL. Os homogeneizados foram incubados à 37°C com meio BHI por 5 horas. Em seguida foram centrifugados e o sobrenadante transferido para um novo tubo. Tanto os pellets contendo a massa tecidual quanto os sobrenadantes foram armazenados em freezer -70°C para posterior extração de DNA. As massas e os sobrenadantes foram submetidos à extração de DNA por duas metodologias distintas: I) Método comercial com Trizol, e; II) Método com Fenol / Clorofórmio. Os DNAs extraídos foram submetidos à PCR com os iniciadores Sp1 e Sp2, específicos para o gênero *Mycobacterium*. Os perfis de bandas foram analisados em gel de agarose 1%, corados com brometo de etídio. **Resultados:** O método comercial de extração utilizando o Trizol mostrou-se mais eficiente permitindo a amplificação de fragmento de aproximadamente 230 pares de base. Esse resultado corrobora os dados obtidos pelas técnicas tradicionais de microscopia e cultura em meio seletivo, que indicaram a presença de micobactérias no macerado de carne de sururu. **Conclusão:** A detecção direta de MA em carne de sururu (*Mytella guyanensis*) por PCR mostrou-se muito promissora por se tratar de uma ferramenta de rápida detecção de microrganismos possivelmente patogênicos.

Descritores: Micobactérias ambientais; Sururu; PCR

DIA.062 ISOLAMENTO E IDENTIFICAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS DA CARNE DE SURURU DE MANGUE (MYTELLA GUYANENSIS): UTILIZAÇÃO DE TÉCNICAS CONVENCIONAIS DE DETECÇÃO DE MICOBACTÉRIAS

SOLANGE ALVES VINHAS; SYLVIA CARDOSO LEÃO; RENATA VINHAS ITAVO; JOÃO BATISTA PEREIRA DA SILVA; CARLOS GUSTAVO VIEIRA DE MORAIS; DÉBORA CORONA COLOMBO; PAOLA POLONI LOBO DE AGUIAR; MOISÉS PALACI; SÉRVIO TÚLIO ALVES CASSINI

INSTITUIÇÃO: NDI-UFES. EMAIL: SVINHAS@NDI.UFES.BR

Introdução: Na região estuarina da ilha de Vitória há grande atividade de extrativismo de mariscos, principalmente de sururus de mangue (*Mytella guyanensis*). Por serem vastamente consumidos estes moluscos têm uma grande importância social e comercial na região, onde várias famílias se sustentam alimentar e financeiramente desse extrativismo. Esses moluscos têm a capacidade de concentrar e acumular altas densidades de bactérias, protozoários e vírus patogênicos, além de metais pesados e toxinas provenientes de certos microrganismos e seu consumo destes pode representar sérios riscos à saúde pública, uma vez que foi constatada a presença de altos índices de coliformes fecais não só nas águas do Canal da Passagem como também na carne de sururus ali presentes. Tão importante quanto à detecção de coliformes nos bivalves, é detectar a presença de outros microrganismos ambientais saprófitas e potencialmente patogênicos, tais como micobactérias ambientais. **Objetivos:** Isolar e identificar através de técnicas microbiológicas e moleculares micobactérias presentes na carne de sururu de mangue da Baía de Vitória - ES. **Metodologia:** Os sururus foram coletados e sua carne triturada e esta massa homogênea foi descontaminada (solução NaOH 3% - SDS1% e NaOH 1,5% - SDS1%), concentrada, e o sedimento foi semeado em placas de Petri contendo meio Ogawa/cicloheximida 500µg/mL e incubados à 37°C e a 28°C. As colônias que apresentaram crescimento neste meio foram analisadas fenotipicamente. As colônias com características microscópicas de álcool-ácido resistência foram ressuspensas em água deionizada estéril, fervidas por 10 min. e congeladas (-20°C) para isolamento dos DNAs. Após breve centrifugação 5 µl dos sobrenadantes foram utilizados para a PCR. Um fragmento de 439 pb do gene hsp65 foi amplificado com os primers Tb11 (5'-ACCAACGATGGTGTGCCAT) e Tb12 (5'-CTTGTCGAACCGCATACCTT) de acordo com o protocolo descrito por TELENTI et al.. Os DNAs foram submetidos a desnaturação a 95°C por 10 min., seguido de 45 ciclos a 94°C por 1 min. e 72°C por 1 min. e extensão final a 72°C por 7 min. Os produtos amplificados (10-15µl) foram digeridos com BstE II e Hae III e separados por eletroforese em gel de agarose 4%. Os padrões de restrição foram analisados utilizando-se o programa Molecular Analyst (BioRad) e comparados aos padrões publicados por DEVALLOIS et al. e aos padrões do PRASITE (<http://www.hospvd.ch:8005>). **Resultados:** A concentração média de micobactérias obtida foi de 2,6x10³ UFC/mL de massa. Foi possível identificar, pela técnica PRA- hsp65, 81% das 48 colônias selecionadas, sendo as espécies mais frequentes: *M. terrae* 3 (29%), *M. nonchromogenicum* (18%), *M. mucogenicum* 2 (8%) e *M. peregrinum* (4%). **Conclusões:** 1) O isolamento de micobactérias da carne de sururu foi possível utilizando-se o método de descontaminação escolhido. 2) Diversas espécies potencialmente patogênicas foram filtradas e concentradas pelo bivalve. 3) O método molecular PRA-hsp65 mostrou-se eficiente para identificação de micobactérias na carne do *Mytella guyanensis*. **Apoio financeiro:** FACITEC **Descritores:** Micobactérias ambientais; HSP 65; Identificação

DIA.063 OBTENÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DE ANTÍGENOS RECOMBINANTES PARA O IMUNODIAGNÓSTICO DA TUBERCULOSE HUMANA

NICOLAS TOMAZETTO MARCHON; MARIA HELENA FERES SAAD; WALTER MARTIN OLEMANN

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: NICKTM@POP.COM.BR

Introdução: O imunodiagnóstico da tuberculose humana ainda apresenta um desempenho bastante heterogêneo. Um teste sorológico adequado tem de ser capaz de discriminar entre a infecção causada pelo *M. tuberculosis*, a sensibilização do paciente com micobactérias ambientais ou o seu estado de vacinação com BCG. Devido à facilidade e rapidez da execução de ensaios como ELISA, muito esforço tem sido investido na busca de antígenos de micobactérias do complexo tuberculose, específicos para a sorologia. Estes antígenos poderão permitir um diagnóstico rápido da tuberculose e contribuir para o controle da doença, uma vez que os pacientes identificados podem ser isolados e tratados. **Objetivos:** Clonagem, expressão e purificação de antígenos de *M. tuberculosis*, com potencial para sorodiagnóstico relatado na literatura. Sendo eles: 10 kDa culture filtrate protein [CFP-10], 6 kDa early secreted antigenic target [ESAT-6], isocitrate dehydrogenase II [ICD-2] e os antígenos Tb16.3, Tb9. **Métodos:** Os genes que codificam para as proteínas de interesse foram amplificados por PCR e em seguida clonados em vetor comercial de expressão heteróloga (pBAD Thio-TOPO, Invitrogen). Os clones obtidos foram induzidos por L-arabinose e a proteína de fusão do respectivo antígeno com a tiorredoxina do vetor foi purificada (1) através de coluna de afinidade de níquel, seguido por (2) coluna de exclusão de tamanho. Inicialmente, as proteínas de fusão foram avaliadas em ensaio de Western blot frente a um pool de soros de pacientes com TB e um pool de soros de indivíduos saudáveis. **Resultados:** Todos os genes codificando as proteínas de interesse foram amplificados e posteriormente foram obtidos entre 17 e 40 clones de cada gene. A purificação das proteínas de fusão originou bandas específicas e sem contaminantes. No Western blot com pools de soros os antígenos mostraram boa especificidade. **Conclusão:** Os antígenos CFP-10, ESAT-6, Tb16.3, Tb9.7 e ICD-2 fusionados com tiorredoxina apresentam um potencial para o imunodiagnóstico da TB humana no Brasil. **Financiamento:** CNPq, Projeto Universal 2007 e Milênio/Tuberculose **Descritores:** Diagnóstico; Sorologia; Antígenos recombinantes

DIA.064 A TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NA BAHIA

ROSÂNGELA PALHETA DE OLIVEIRA MENESES; ANA LUÍSA MOTA ITAPARICA; MARIA DO CARMO CORBACHO NEVES DOS SANTOS

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA - SESAB/DIVEP. EMAIL: ROSAPALHETA@GMAIL.COM

Introdução: O controle da tuberculose permanece a desafiar a sociedade apesar dos recursos terapêuticos disponíveis possibilitarem a cura da grande maioria dos casos diagnosticados. Novas situações se associam a *Mycobacterium tuberculosis* apresentando nos últimos anos o cenário da multirresistência às drogas que comprovadamente são as mais eficazes contra o bacilo. **Objetivo:** Este estudo pretende analisar a ocorrência da tuberculose

multirresistente na Bahia no período de 2001 a 2006. **Método:** Os dados foram obtidos através do Sistema de Informação de Tuberculose Multirresistente - SITBMR e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN. Os dados do SINAN foram tabulados pelo programa TABWIN versão 3.2. **Resultados:** A incidência de tuberculose multirresistente - TBMR na Bahia variou entre 0,1 e 0,2 casos novos por 100.000 habitantes nos anos de 2001 a 2006, ocupando em 2006 o quinto lugar em número de casos entre os estados brasileiros. A maior incidência de TBMR ocorreu em pacientes com três e mais tratamentos anteriores, até o ano de 2005. A resistência a Isoniazida e Rifampicina ocupa a primeira posição nos anos de 2001, 2002 e 2006 em relação ao total de casos de TBMR registrados em cada um destes anos (29,4% 17,9% e 36%). Em 2003, 2004 e 2005 foram observados elevados percentuais de resistência a outras medicações (esquemas alternativos), respectivamente 42,9%, 37,5% e 38,1%. A resistência às medicações do esquema I (Isoniazida, Rifampicina e Pirazinamida) é baixa, um caso confirmado entre os anos de 2001 a 2006. Percebeu-se que a resistência a todas as medicações utilizadas nos esquemas padronizados (Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Estreptomicina, Etionamida e Etambutol) reduziu durante os anos avaliados de 26,5% em 2001 para 0,0% em 2006. O município que mais possui casos de TBMR é Salvador com uma taxa de 0,5/100.000 hab em 2006. **Conclusão:** A tuberculose multirresistente na Bahia encontra-se dentro dos parâmetros do I Inquérito Nacional de Multirresistência. Entretanto, a estratificação por município revelou locais com maior risco, indicando a necessidade de monitoramento para identificação de fatores que podem estar contribuindo para a incidência de Tuberculose Multirresistente. **Descritores:** TbmR na Bahia; Multirresistência; Tuberculose Multirresistente

DIA.065 DIVERSIDADE DE ESPÉCIES DE MICOBACTERIAS DE CRESCIMENTO RÁPIDO IDENTIFICADAS PELA METODOLOGIA PRA (PCR-RFLP)

KARINE ALENCAR ALVES FREITAS; ELCINEIDE SOARES DE CASTRO; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; CREUSA LIMA CAMPELO; CRISTIANE CUNHA FROTA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFCE. EMAIL: CCFROTA@FOTMAIL.COM.BR

Introdução: O aumento da incidência de micobacterioses causadas por micobactérias não-tuberculose (MNT) tem preocupado e estimulado a pesquisa. Os métodos convencionais de determinação das espécies de micobactérias baseadas no cultivo, velocidade de crescimento e características bioquímicas dos isolados são demoradas e frequentemente exigem testes adicionais. Os testes moleculares recentemente desenvolvidos têm permitido a rápida diferenciação das espécies de micobactérias. Entre estes, a metodologia PRA (PCR-RFLP) baseada na amplificação de 441pb segmentos de 65-kDa heat shock protein (hsp65) e no uso da análise da enzima de restrição do produto PCR usando BstEII e HaeIII tem se mostrado promissor. O padrão de restrição é comparado a uma base de dados publicada que conta com mais de 170 espécies identificadas. **Objetivos:** Avaliar a metodologia PRA (PCR-Restriction Enzyme Analysis) na identificação de isolados de MNT provenientes de materiais clínicos humanos. Analisar a diversidade de espécies isoladas. **Métodos:** Trinta e oito amostras de escarro provenientes de diferentes unidades de saúde foram encaminhadas ao Laboratório Central de Saúde Pública do Ceará (LACEN-Ce) e repassadas à Unidade de Pesquisa em Micobactérias do setor de microbiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará - UFC onde foi realizado o cultivo e a identificação molecular. A partir do cultivo em meio Lowenstein-Jensen, foi realizada suspensão das colônias em 500µl de água e depois transferidas para tubos tipo Eppendorf. Em seguida a suspensão foi fervida por 10min e mantidas a -20°C até o momento do uso. Uma região de 440pb do gene hsp65 foi amplificada em condições padrões para a reação de PCR com os primers TB11 e TB12. O produto de PCR foi separado por eletroforese em gel de agarose 1% preparado em tampão TBE. A identificação ao nível de espécie foi realizada por comparação do padrão de digestão com enzimas de endorrestricção HaeIII e BstEII do produto de PCR com algoritmo de identificação publicado. **Resultados:** Foram identificadas 18 diferentes espécies, sendo as mais comuns: *M. abscessus* (9), *M. smegmatis* (8), *M. lentiflavum* (3) e *M. vaccae* (3) Em isolados de 04 pacientes foram identificadas mais de uma espécie de MNT. **Conclusão:** O uso da metodologia PRA revelou-se prática, rápida e eficiente para a identificação de espécies do gênero *Mycobacterium* com bastante acurácia, possibilitando a diferenciação entre cepas da mesma espécie o que certamente facilitará a implantação de medidas de controle e na orientação terapêutica específica. **Descritores:** Micobactérias Atípicas; Diagnostico Molecular; PRA

DIA.066 UM ENSAIO CLÍNICO PRAGMÁTICO PARA AVALIAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE DOS TESTES DIAGNÓSTICOS EM TUBERCULOSE: FASTPLAQUE VS L-J

CRISTIANO BELL ALVES DE CASTRO; AFRANIO LINEU KRITSKI; ANNA GRAZIA MARSICO; GISELE BETZLER DE OLIVEIRA VIEIRA; LEILA DE SOUZA FONSECA; GISELE HUF; ADRIANA DA SILVA REZENDE MOREIRA; PAULO ALBUQUERQUE DA COSTA; FABIO SILVA AGUIAR

INSTITUIÇÃO: HUCFF/UFRJ. EMAIL: CRISTIANOBEL@HUCFF.UFRJ.BR

Introdução: O diagnóstico rápido da TB é importante para se diminuir o tempo de transmissão da doença. Testes diagnósticos são tradicionalmente avaliados em relação à sua acurácia, mas isso não garante uma melhora nos desfechos do paciente. Fastplaque-TB é um ensaio clínico pragmático randomizado, que pretende avaliar o uso de novos métodos diagnósticos na rotina dos serviços de saúde. **Métodos:** Desenho e local: Um ensaio clínico randomizado, aberto e pragmático, será desenvolvido com pacientes que procuram o ambulatório do Serviço de Pneumologia da Policlínica Augusto Amaral Peixoto em Guadalupe, no Rio de Janeiro. Participantes: O paciente é elegível se tem mais que 18 anos e é suspeito de TB. Ele é excluído se recusa participar. Intervenções: O Fastplaque utiliza a tecnologia de amplificação de fagos, para indicar a presença de *Mycobacterium tuberculosis* no espécime clínico. O teste não requer equipamento especializado e sua leitura é visual, necessitando apenas conhecimento em técnicas básicas de microbiologia. Ele será comparado a baciloscopia pela técnica de Ziehl Neelsen método convencional, Lo-J. Randomização: Envelopes consecutivamente numerados contendo códigos de randomização em blocos foram preparados por pesquisadores independentes do pessoal do estudo. Desfechos: O desfecho principal é a mudança de conduta no tratamento após resultado do teste. Outros

desfechos incluem informações importantes acerca da evolução do paciente. Resultados: 14 dias após o início do recrutamento 10 pacientes foram randomizados (N estimado=680). Conclusão: Fastplaque-TB faz parte de uma nova geração de estudos em testes diagnósticos para TB, que terão sua efetividade avaliada em condições de rotina, antes de sua implementação no sistema de saúde pública.

Descritores: Tuberculose; Diagnóstico; Fastplaque

DIA.067 THE HEMATOLOGICAL PROFILE DOES NOT INTERFERE ON INTERFERON-GAMMA RELEASE ASSAY (IGRA) OR TUBERCULIN SKIN TEST (TST) IN THE LATENT TUBERCULOSIS INFECTION DIAGNOSIS

SÉRGIO ARRUDA; IUKARY TAKENAMI; CAMILA MELO COELHO LOUREIRO; ALMERIO MACHADO JUNIOR; THEOLIS COSTA BARBOSA; MITERMAYER GALVÃO REIS

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ. EMAIL: SA@BAHIA.FIOCRUZ.BR

Introdução: Tuberculosis (TB) continues a public health problem worldwide. Brazil has notified the highest number of TB cases in Americas for the last 10 years. Considering that the reactivation of latent infection (LTBI), which occurs in 90% of infected individuals, is related to a high proportion of cases and significantly increases the transmission, diagnosing and treating people with LTBI is crucial to control the disease worldwide. The most common test to detect LTBI is the Tuberculin Skin Test (TST), but this test has a low specificity. Recently, a new more sensitive and specific test is known as IFN- release assays (IGRAs). It has long been suspected that some exposed individuals take more time to become infected with M. tuberculosis compared to others despite similar exposure levels. There is a lack of available information about the relation between the hematological status and the infection occurrence after certain exposure to pulmonary TB patients. Also the new IGRA test is based on the IFN release by lymphocyte that depends of a complex cell interaction. **Objectives:** To investigate possible hematological profile in TB household contacts that can be related to LTBI development and their influence upon TST and IGRA tests. **Methods:** We recruited 88 household contacts of TB pulmonary patients and compared blood cell counts to TST and IGRA results. assays agreement was 57.1%. **Results:** TST and IFN- hematology profile of TST- and TST+ individuals, the mean values were similar for hemoglobin, hematocrit, platelets, global leukocyte, neutrophils, basophils, eosinophils, typical lymphocytes, atypical lymphocytes and monocytes counts were also similar between them. there - and were no significant differences in the mean values between IFN- + individuals. There were no linear correlations between IFN- Neutrophil-lymphocyte (N/L) and monocyte-lymphocyte (M/L) ratios and production levels production. Comparing cell counts to IFN there were no significant differences. However, individuals with higher , the number of neutrophils slightly decreased?amounts of IFN- levels comparatively with lower IFN. **Conclusion:** Blood cell counts are not LTBI markers and do not influence in Tuberculin Skin Test or Interferon-gamma Release Assay in LTBI detection. Neutrophil-lymphocyte and monocyte-lymphocyte ratios did not production. The negative linear correlation?interfere in the IFN production and neutrophil counts supports that IFN between INF- increasing levels are related to neutrophil decreasing counts.

Descritores: IFN; PPD; Hematology

DIA.068 RAPID-TB - UM ENSAIO CLÍNICO PRAGMÁTICO PARA AVALIAÇÃO DE CUSTO-EFETIVIDADE DOS TESTES DIAGNÓSTICOS EM TUBERCULOSE: MGIT VS L-J

FABIO SILVA AGUIAR; GISELE HUF; ANNA GRAZIA MARSICO; ADRIANA DA SILVA REZENDE MOREIRA; CRISTIANO BELL ALVES DE CASTRO; LEILA DE SOUZA FONSECA; AFRANIO LINEU KRITSKI; PAULO ALBUQUERQUE DA COSTA; MARIA AMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA; GISELE BETZLER DE OLIVEIRA VIEIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO. EMAIL: ADRIANAREZENDE@HUCFF.UFRJ.BR

Introdução: O diagnóstico rápido da TB é importante para se diminuir o tempo de transmissão da doença. Testes diagnósticos são tradicionalmente avaliados em relação à sua acurácia, mas isso não garante uma melhora nos desfechos do paciente. Rapid-TB é um ensaio clínico pragmático randomizado, que pretende avaliar o uso de novos métodos diagnósticos na rotina dos serviços de saúde. **Métodos:** Desenho e local: Um ensaio clínico randomizado, aberto e pragmático, será desenvolvido com pacientes internados no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho e pacientes ambulatoriais do Serviço de Pneumologia da Policlínica Augusto Amaral Peixoto no Rio de Janeiro. Participantes: O paciente é elegível se tem mais que 18 anos e é suspeito de TB. Ele é excluído se recusa participar. **Intervenções:** O teste MGIT (Mycobacteria Growth Indicator Tube) 960, um método diagnóstico não radiométrico, totalmente automatizado, aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA) será comparado ao método convencional, cultura por meio sólido Lowenstein Jensen (L-J). **Randomização:** Envelopes consecutivamente numerados contendo códigos de randomização em blocos foram preparados por pesquisadores independentes do pessoal do estudo. **Desfechos:** O desfecho principal é a mudança de conduta no tratamento após resultado do teste. Outros desfechos incluem informações importantes acerca da evolução do paciente. **Resultados:** 14 dias após o início do recrutamento 34 pacientes foram randomizados (N estimado=706). **Conclusão:** Rapid-TB será provavelmente um dos maiores estudos em testes diagnósticos para TB. Sua simplicidade permite sua adequação às situações clínicas sem alteração da rotina do serviço e pode se tornar um modelo para uma nova geração de estudos em testes diagnósticos para TB.

Descritores: Diagnóstico; Pragmático; Custo-efetividade

DIA.069 ENSAIOS PRAGMÁTICOS PARA AVALIAÇÃO DE TESTES DIAGNÓSTICOS EM TUBERCULOSE

ADRIANA DA SILVA REZENDE MOREIRA; CRISTIANO BELL ALVES DE CASTRO; GISELE HUF; PAULO ALBUQUERQUE DA COSTA; AFRANIO LINEU KRITSKI; LEILA DE SOUZA FONSECA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO. EMAIL: ADRIANAREZENDE@HUCFF.UFRJ.BR

O objetivo do diagnóstico é reduzir a incerteza do médico, que é influenciada pelo resultado do teste diagnóstico. Tradicionalmente, a avaliação de novas técnicas diagnósticas é principalmente baseada na performance do teste em relação a um padrão-ouro, porém, uma alta sensibilidade e especificidade não garantem por si só uma melhora nos desfechos do paciente. Na pesquisa terapêutica, o ensaio clínico randomizado é considerado o melhor instrumento de avaliação, no entanto, a utilização deste modelo de estudo na avaliação de procedimentos diagnósticos é menos estabelecida. Ensaio pragmático procura descrever a efetividade da intervenção, ou seja, seu resultado em condições que mimetizam a prática clínica. Eles incorporam uma população mais heterogênea de pacientes, os regimes de tratamento tendem a ser mais flexíveis, acomodando as necessidades individuais dos pacientes. Procura-se, desse modo, uma representação mais próxima das características dos pacientes e do modo como a intervenção se dará na prática. Quanto aos desfechos, a abordagem pragmática enfatiza medidas práticas como capacidade funcional, redução de sintomas, tempo de sobrevida. Estudos pragmáticos, por serem desenvolvidos em condições de rotina, não complicam a prática usual, não competem com as atividades de rotina, e por isso, são baratos e conseguem a colaboração voluntária da equipe. Recentemente, novos testes diagnósticos têm sido desenvolvidos. O sistema MGIT (Tubo Indicador de Crescimento Micobacteriano) é um método não radiométrico, automatizado, que apresenta equipamentos de monitoramento contínuo com capacidade para 960 testes simultâneos. Um estudo de validação inter-laboratorial deste teste foi finalizado em Laboratórios Colaboradores do Sistema Nacional de Laboratórios Públicos do Ministério da Saúde com resultados satisfatórios. O Fast Plaque, utiliza a tecnologia de amplificação de fagos, para indicar a presença de Mycobacterium tuberculosis no espécime clínico de modo mais rápido e de melhor sensibilidade que a baciloscopia. O teste não requer equipamento especializado e sua leitura é visual, necessitando apenas conhecimento em técnicas básicas de microbiologia.

Descritores: Pragmático; Randomização; Custo-efetividade

DIA.070 AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA QUALIDADE DA BACILOSCOPIA DA TUBERCULOSE - SUPERVISÃO DIRETA - NOS LABORATÓRIOS PRIORITÁRIOS DA BAIXADA SANTISTA DO PROJETO FUNDO GLOBAL - BRASIL, 2007.

ANDREA GOBETTI COELHO; ANA CAROLINA CHIOU NASCIMENTO; LILIANA APARECIDA ZAMARIOLI; CLEMIRA MARTINS PEREIRA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ - REGIONAL SANTOS. EMAIL: DEA_GOBETTI@HOTMAIL.COM

Introdução: O Fundo Global de Luta contra AIDS, Tuberculose e Malária aprovou o financiamento da proposta apresentada pelo Brasil "Fortalecimento da estratégia Dots em grandes centros urbanos com alta carga de tuberculose no Brasil". O projeto contempla 57 municípios prioritários, nos quais se concentram 45% dos casos de TB, do País. Dentre os objetivos da proposta está o Programa de Garantia de Qualidade da Baciloscopia e o Sistema de Informação Laboratorial. A Supervisão Direta (SD) é uma das ações incluídas na avaliação externa da qualidade laboratorial e implica numa visita técnica executada pelo laboratório de referência (LR) observar, coordenar, corrigir, ensinar, estimular e avaliar a qualidade de desempenho dos laboratórios sob jurisdição. **Objetivo:** Avaliar a SD realizada no primeiro ano do projeto (maio/2007 a maio/2008), em 15 laboratórios, sendo 6 (40%) de gestão pública e 9 (60%) da rede privada, pertencentes aos 5 municípios prioritários da Região Metropolitana da Baixada Santista (Santos, São Vicente, Praia Grande, Guarujá e Cubatão), incluídos no projeto. **Métodos:** Durante SD foi preenchido um relatório de visita técnica com 28 questões. Para análise dos dados coletados foi utilizado o programa Microsoft Excel para Windows 2000 - versão XP, para agrupamento e classificação dos laboratórios em adequado ou adequado com restrições. **Resultados:** Quanto a infraestrutura e organização interna 73,3% (11/15) e 66,7% (10/15) dos laboratórios, respectivamente, mostraram-se adequados, 100% apresentam recursos humanos satisfatórios sendo 40% (6/15) com treinamento nos últimos 2 anos. O aspecto técnico e Biossegurança (cabine biológica e material de EPI) foram adequados em 100% (15/15) e 33,3% (5/15) dos laboratórios visitados, respectivamente. Quanto aos equipamentos apenas 6,7% (1/15) dos laboratórios mostrou-se adequado com restrições. A utilização de lâmpada UV foi verificada em apenas 14% dos laboratórios. Observamos que 100% dos laboratórios não apresentaram procedimentos operacionais para aceitação e rejeição de amostras e não realizam o cálculo do indicador de baciloscopias realizadas e de amostras salivares positivas para diagnóstico. **Conclusão:** O projeto possibilitou a inclusão da rede privada às ações de controle de qualidade, que já vinham sendo desenvolvidas pelo Laboratório Regional desde 2004 com a rede pública. Ressaltamos a necessidade de urgente adequação dos laboratórios no que diz respeito aos procedimentos técnicos documentados ou POP. Os resultados obtidos nas SD realizadas nesse período mostram que estes são meios de garantir um padrão de qualidade e confiabilidade do serviço executado, devendo assim fazer parte da rotina de atividades da Rede de Laboratórios Públicos da Tuberculose. É fundamental para monitorar a efetividade do diagnóstico laboratorial da tuberculose, a fim de manter a permanente eficácia dos programas.

Descritores: Controle de qualidade; Diagnóstico laboratorial; Supervisão Direta

DIA.071 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA BACILOSCOPIAS DE ESCARRO - SUPERVISÃO INDIRETA- NOS LABORATÓRIOS PRIORITÁRIOS DA BAIXADA SANTISTA DO PROJETO DO FUNDO GLOBAL - BRASIL, 2007.

ANDREA GOBETTI COELHO; ANA CAROLINA CHIOU NASCIMENTO; LILIANA APARECIDA ZAMARIOLI; CLEMIRA MARTINS PEREIRA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ - REGIONAL SANTOS. EMAIL: DEA_GOBETTI@HOTMAIL.COM

Introdução: O projeto Fundo Global contempla 57 municípios prioritários, nos quais se concentram 45% dos casos de Tuberculose (TB), do País. Dentre os objetivos da proposta está o Programa de Garantia de Qualidade da Baciloscopia e o Sistema de Informação Laboratorial, com a finalidade de monitorar a efetividade do diagnóstico laboratorial da TB, a fim de incrementar confiabilidade e eficácia do serviço. A Supervisão Indireta (SI) é uma das ações incluídas na avaliação externa da qualidade laboratorial, que consiste na avaliação da proficiência dos laboratórios que realizam baciloscopia, através da observação à distância

das atividades laboratoriais, pelo laboratório de referência, avaliando a qualidade do esfregaço, coloração e observação microscópica, com releitura das lâminas e posterior análise de concordância, com foco na identificação de problemas laboratoriais e não de erros individuais ou correção de diagnóstico. **Objetivo:** Avaliar a SI realizada no primeiro ano do projeto (maio/2007 a maio/2008), em 13 laboratórios, sendo 6 (46%) de gestão pública, pertencentes aos 5 municípios prioritários da Região Metropolitana da Baixada Santista (Santos, São Vicente, Praia Grande, Guarujá e Cubatão), incluídos no projeto. **Métodos:** Para a avaliação macroscópica das lâminas o laboratório foi caracterizado como adequado, quando a média do percentual de esfregaço mais coloração satisfatórios fosse > 80%. A avaliação da análise microscópica foi realizada após a releitura das lâminas examinadas na rotina laboratorial, selecionadas através de amostragem aleatória. Se no período avaliado o laboratório não atingir o tamanho da amostra (80 lâminas) foi realizada a releitura de todas as lâminas. Foram considerados discordantes os resultados falso-positivos (FP) - lâminas com resultado positivo no laboratório local e negativo na releitura, ou falso-negativos (FN) - lâminas com resultado negativo no laboratório local e positivo na releitura. **Resultados:** Dentre as 3.874 lâminas recebidas, foram avaliadas 897 e os resultados obtidos demonstram que na análise macroscópica (esfregaço e coloração) todas as unidades laboratoriais mostraram-se adequadas (85%). Na análise microscópica 0,5% (4/778) lâminas foram consideradas FN e 11% (13/119) FP. Quanto ao nível de concordância 38,5% (5/13) das unidades laboratoriais foram 100% concordantes. Embora a diferença no número de cruzes não caracterize discordância, a mesma foi observada em 77% (10/13) dos laboratórios. **Conclusão:** Os resultados deste primeiro ano demonstram que houve significativo número de FN e FP, com nível de concordância geral (98%) abaixo do esperado pelo programa, que é de 100%. Com o intuito de alcançarmos a meta proposta pelo projeto, em janeiro/2008 o LR realizou treinamento aos técnicos de todos os laboratórios e posterior visita técnica aos laboratórios que apresentaram discordância. Apesar das condições peculiares de cada região, este modelo de supervisão possibilita promover os recursos humanos e avaliar permanentemente a qualidade dos serviços de saúde, **Descritores:** Controle de Qualidade; Diagnóstico laboratorial; Supervisão indireta

DIA.072 CONTROLE EXTERNO DA QUALIDADE DAS BACILOSCÓPIAS EM 38 LABORATÓRIOS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, SP - PROJETO FUNDO GLOBAL TUBERCULOSE BRASIL

MARIA HELENA LEME FERRAZ; TELMA ISHIGURO; RITA LAÍDE MASIERO NERING; ROSALIA MAIA; JONAS UMEOKA YAMAUCHI; FABER KATSUME JOHANSEN
INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO ATAULPHO DE PAIVA. EMAIL: JONAS.YAMAUCHI@GMAIL.COM

Introdução: Em 2007, a Coordenação Geral de Laboratórios de Saúde Pública, em conjunto com técnicos dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública e consultoria da Organização Mundial da Saúde, com recursos do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, elaboraram o Programa de Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia da Tuberculose; seguindo as recomendações do Consenso Global publicado em 2002 pela Association of Public Health Laboratories / Centers for Disease Control and Prevention. O protocolo foi implantado a partir de junho de 2007 nos laboratórios do município de São Paulo que realizam atendimento pelo SUS. **Objetivo:** Avaliar a implantação do Programa de Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia da Tuberculose e seu impacto no município de São Paulo. **Métodos:** Foram treinados 3 monitores para releitura das lâminas. No período de junho de 2007 a março de 2008 houve o recolhimento das lâminas por amostragem, para releitura. Avaliaram-se as características técnicas macroscópicas do esfregaço e as características técnicas microscópicas da coloração das lâminas. Foram mensuradas as concordâncias e discordâncias nos resultados e a relação entre a qualidade dos esfregaços e as discordâncias apresentadas. **Resultados:** Dos 38 laboratórios participantes, o número total de lâminas recolhidas foi de 24.926 (média de 656 lâminas por laboratório) e o número avaliado e submetido ao controle de qualidade foi de 2.976 lâminas (média de 78,3 lâminas por laboratório). Deste total, obtivemos 3 resultados falso positivos (% relativa de 1,02%) e 19 resultados falso negativos (% relativa de 0,71%); 2954 (99,26%) lâminas apresentaram concordância nos resultados de releitura, sendo que 291 (9,85%) foram positivas e 2663 (90,15%) foram negativas. Os laboratórios apresentaram uma média de 99,3% no índice de concordância. Das 38 Unidades Laboratoriais, 23 (60,5%) foram aprovadas, ou seja, não obtiveram nenhum resultado falso-positivo ou falso-negativo e 15 (39,5%) não foram aprovadas, pois obtiveram concordância < 100%. Os esfregaços foram adequados em 1.876 (63%) lâminas. Na análise macroscópica dos esfregaços, 884 (29,7%) lâminas apresentaram esfregaços não homogêneos e 331 (11,1%) lâminas apresentaram esfregaços delgados. Na análise microscópica dos esfregaços, 380 (12,7%) possuíam descoloração inadequada, 258 (8,7%) apresentaram precipitado de fucsina e 255 (8,6%) lâminas foram confeccionadas com aquecimento excessivo. **Conclusão:** Houve um bom desempenho dos laboratórios na análise de concordância (99,3%). Foram detectadas deficiências na qualidade da coloração e confecção do esfregaço que, eventualmente, podem induzir a erros de interpretação. Foram treinados 24 profissionais. Como parte do Sistema de Garantia da Qualidade, sugerimos a continuação do monitoramento laboratorial e treinamento contínuo dos profissionais, para a manutenção e aperfeiçoamento da qualidade técnica e operativa na Rede Laboratórios de Saúde Pública do município de São Paulo.

Descritores: Baciloscopia; Controle externo da qualidade; Projeto fundo global

DIA.073 RESULTADOS DO CONTROLE DE QUALIDADE DA BACILOSCÓPIA 2007/2008 NOS MUNICÍPIOS DE BELO HORIZONTE E CONTAGEM/MINAS GERAIS

FABIANA TEODORO RODRIGUES; SIMONE RODRIGUES RIBEIRO; MARLUCE ASSUNÇÃO OLIVEIRA
INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO ATAULPHO DE PAIVA-PROJETO FUNDO GLOBAL. EMAIL: FTEOSILVA@YAHOO.COM.BR

Introdução: A tuberculose é uma doença infecciosa grave, transmitida pelo ar, que acomete principalmente os pulmões, mas pode acometer também diferentes órgãos. A doença é causada por bactérias do gênero *Mycobacterium* e o agente clássico pertence à espécie *M. tuberculosis*. O diagnóstico laboratorial da tuberculose é feito através dos métodos bacteriológicos: baciloscopia, isolamento bacteriano e o teste de sensibilidade a

drogas. A baciloscopia, empregando a coloração de Ziehl-Neelsen é simples e segura, sendo utilizada como apoio diagnóstico, permitindo a detecção de pacientes bacilíferos. A tuberculose é considerada um grave problema de saúde pública no Brasil e em outros países. O Fundo Global Brasil, tem um projeto de Controle de Qualidade Externo para Baciloscopia, para monitorar, capacitar e garantir a qualidade do diagnóstico laboratorial quando utilizada esta metodologia. O projeto possui no Brasil 57 municípios prioritários. Em Minas Gerais o projeto iniciou suas atividades em julho de 2007, com os municípios de Belo Horizonte e Contagem. No período de julho/2007 a abril/2008 foram cadastrados no projeto 45 laboratórios nos dois referidos municípios de Minas Gerais. Inicialmente 12 laboratórios foram avaliados no controle de qualidade da baciloscopia. O Projeto de Controle de Qualidade de baciloscopia vem contribuir na melhoria, confiabilidade e eficácia dos serviços de laboratório, buscando a qualidade técnica necessária no diagnóstico laboratorial da tuberculose. **Objetivo:** Avaliar os resultados obtidos no Controle de Qualidade Externo da Baciloscopia no ano de 2007/2008, nos municípios de Belo Horizonte e Contagem buscando qualidade técnica e motivação dos profissionais envolvidos neste diagnóstico. **Método:** O Controle Externo da Qualidade das Baciloscopias consiste na avaliação da proficiência dos laboratórios que realizam baciloscopia através da releitura, por parte do técnico avaliador (monitor do Fundo Global), de uma amostra representativa selecionada através de amostragem aleatória. Após esta avaliação, é determinado o grau de concordância/discordância entre ambas as leituras. **Resultado:** Foram avaliados 11 laboratórios em Belo Horizonte e 01 em Contagem. Em Contagem o laboratório avaliado atingiu o nível satisfatório de concordância, coloração e confecção do esfregaço. No município de Belo Horizonte dos 11 laboratórios avaliados 3 não atingiram o nível satisfatório de coloração do esfregaço. As principais inconformidades apresentadas foram cristais de fucsina, descoloração inadequada e aquecimento excessivo. Dos 11 laboratórios avaliados em Belo Horizonte, todos atingiram o nível satisfatório de concordância e de confecção do esfregaço. **Conclusão:** Os resultados até o momento tem sido satisfatório na concordância e confecção dos esfregaços. Observamos a necessidade de estar continuamente realizando reciclagem dos profissionais envolvidos neste diagnóstico, para prevenir as inadequações nas diferentes etapas da baciloscopia.

Descritores: Tuberculose; Baciloscopia; Qualidade

DIA.074 IMPLANTAÇÃO DO PROTOCOLO DE CONTROLE DA QUALIDADE DE BACILOSCÓPIA DO PROJETO FUNDO GLOBAL NOS MUNICÍPIOS DE BELO HORIZONTE E CONTAGEM-MINAS GERAIS

FABIANA TEODORO RODRIGUES; SIMONE RODRIGUES RIBEIRO; MARLUCE ASSUNÇÃO OLIVEIRA
INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO ATAULPHO DE PAIVA - FUNDO GLOBAL. EMAIL: FTEOSILVA@YAHOO.COM.BR

Para implantar o protocolo de controle de qualidade externo de baciloscopia foi necessário o levantamento de toda rede de laboratórios dos municípios de Belo Horizonte e Contagem. Belo Horizonte possui 45 laboratórios que realizam baciloscopia. Em 2006, 995 casos foram notificados no município, desses 521 foram diagnosticados como positivos e 99 como negativos, 159 não foram realizados e 216 casos registrados como tuberculose extrapulmonar. Contagem possui 02 laboratórios que realizam baciloscopia. Em 2006 foram notificados no município 213 casos, desses, 131 foram diagnosticados positivos e 18 negativos, 35 não foram realizados e 29 casos registrados como tuberculose extrapulmonar. O objetivo foi implantar e fortalecer a garantia externa da qualidade laboratorial de baciloscopia do Projeto Fundo Global, nos municípios de Belo Horizonte e Contagem. A metodologia utilizada foi trabalho de campo, agendamento de visitas técnicas no dia e horário marcado com os responsáveis pelo diagnóstico, para aplicação de dois questionários. O primeiro de visita técnica com 28 questões sobre infraestrutura, recursos humanos, treinamento, organização interna e documentação, aspectos técnicos, equipamentos, biossegurança e indicadores. O segundo questionário possui duas partes, a primeira parte está destinada para a identificação do laboratório e a segunda parte contém dados de procedimentos realizadas no laboratório e questões sobre equipamentos, insumos e resultado de exames de baciloscopia e cultura realizados em 2006. No dia da visita técnica junto aos questionários aplicados e solicitado lâminas (mínimo de 80) no período trimestral ou semestral, dependendo da demanda do laboratório. Foram entregues formulários para serem preenchidos com a produção de baciloscopia no período de 2007 a 2008. Foram realizadas 48 supervisões técnicas, desses 02 laboratórios pertencem ao município de Contagem e 46 de Belo Horizonte. Em Belo Horizonte 03 laboratórios não aderiram ao projeto. Um laboratório privado terceirizou o exame, dois laboratórios privados conveniados ao SUS não querem participar do projeto. Em Contagem todos laboratórios concordaram em participar do projeto. Foram respondidos apenas 28 formulários com os dados de 2006. O número total de laboratórios participantes em Contagem são 02 e em Belo Horizonte 43. Apenas 18 laboratórios enviaram os formulários mensais de 2007 e 2008 completos. Foi implantado o Controle Externo da Qualidade de Baciloscopia nos laboratórios de Belo Horizonte e Contagem no período de agosto/2007 a abril/2008. Foi criado um fluxo para o envio de relatórios e lâminas ao controle de qualidade. Espera-se que os laboratórios cumpram o prazo para envio dos mesmos, pois a demora acarreta atraso na elaboração dos dados dos indicadores. Para o perfeito funcionamento da rede laboratorial é necessária a compreensão e o comprometimento dos profissionais envolvidos neste diagnóstico.

Descritores: Tuberculose; Baciloscopia; Qualidade

DIA.075 PREVALÊNCIA DOS CASOS DE MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS DIAGNOSTICADOS NO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA PROFESSOR GONÇALO MONIZ (LACEN/BA) NO ANO DE 2005

ALISSON DE SOUZA VARGAS; MARIA BERNADETTE DO AMARAL FERNANDES

INSTITUIÇÃO: LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA PROFESSOR GONÇALO MONIZ - LACEN/BA.

EMAIL: ALISSONVARGAS@HOTMAIL.COM

Introdução: As micobactérias apresentam larga distribuição na natureza, sendo encontradas no solo, na água, nos vegetais, nos laticínios e em muitas espécies animais. No homem, já foram isoladas da pele, ouvido externo, narina, orofaringe, gengivas, vagina, genitália externa tanto masculina como feminina, saliva, fezes, urina, escarro. Nestas localizações as micobactérias existem como saprófitas e estas em condições propícias do hospedeiro podem causar infecções ou doenças. As infecções causadas por "micobactérias não tuberculosas" (MNT) podem se

manifestar nos pulmões onde assumem semelhança com a tuberculose, em nódulos linfáticos associados à área infectada, em lesões localizadas (granulomas) ou doença disseminada. O isolamento e a descrição de *M. fortuitum* representou um marco no estudo das micobactérias no Brasil no ano de 1938. A partir da década de 40, os avanços tecnológicos e a política do combate a tuberculose, propiciaram o isolamento e identificação destes potenciais patógenos. Os trabalhos desenvolvidos na década de 70 tiveram como objetivo a identificação da fonte de transmissão das MNT só que até hoje não se conhece a infecção pessoa a pessoa. Com o advento da pandemia da AIDS, a prevalência da doença causada por MNT teve um grande aumento. E a introdução de novos métodos laboratoriais, nos anos 80/90, promoveu um aumento do número de laboratórios de micobacteriologia empenhados em identificar estes microrganismos, correlacionando os aspectos clínicos e epidemiológicos para conhecer as doenças causadas por eles. Nestes trabalhos as principais espécies potencialmente patogênicas isoladas foram, notadamente, *M. avium* - intracellulare, *M. fortuitum*, *M. kansasii*. **Objetivo:** Identificar o número de casos de infecções causadas por micobactérias não tuberculosas diagnosticados pelo LACEN/BA no ano de 2005. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, através da análise dos resultados de 783 pacientes com suspeita de tuberculose cadastrados no LACEN/BA para realização da cultura para BK, com posterior identificação das espécies das culturas positivas. Foram utilizados o banco de dados Smart-Lab da Mediciware e o software Excell para tratamento dos dados. **Resultados:** Foram estudados 296 culturas positivas para micobactérias, sendo que destas, 260 (87,8%) pertenceram ao complexo das micobactérias tuberculosas e 36 (12,2%) MNT, destas, o complexo *M. chelonae/abscessus* é o mais frequente, correspondendo a 31% dos casos. **Conclusão:** A partir dos dados encontrados, pode-se inferir que as micobactérias não-tuberculosas também são importantes agentes infecciosos. A pesquisa em materiais biológicos, à busca do agente causal, deve ser constante e incansável, portanto, faz-se necessário a incrementação do diagnóstico laboratorial por meio da realização da cultura e identificação das espécies, uma vez que os índices de MNT no Brasil são inferiores aos países desenvolvidos.

Descritores: Micobactérias; Micobactérias não tuberculosas; Diagnóstico

DIA.076 PREVALÊNCIA DOS CASOS DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE DIAGNOSTICADOS PELO LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA PROFESSOR GONÇALO MONIZ (LACEN/BA) - NO ANO DE 2005

ALISSON DE SOUZA VARGAS; MARTA OLIVEIRA SACRAMENTO

INSTITUIÇÃO: LABORATÓRIO CENTRAL DE SAÚDE PÚBLICA PROFESSOR GONÇALO MONIZ - LACEN/BA.

EMAIL: ALISSONVARGAS@HOTMAIL.COM

Introdução: A tuberculose é uma doença contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. A doença afeta principalmente os pulmões, mas pode também ocorrer em outros órgãos do corpo. A resistência aos tuberculostáticos é um dos temas mais importantes na atualidade, pois a presença de linhagens multidrogarrsistentes reflete deficiências no controle da tuberculose, o que dificulta o tratamento e a prevenção da doença, causando sua difusão. **Objetivo:** Objetivou-se determinar a prevalência de casos de tuberculose multirresistente diagnosticados pelo Laboratório Central de Saúde Pública Professor Gonçalo Moniz (LACEN/BA), Bahia, Brasil durante o ano de 2005. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, através da análise dos resultados de 783 pacientes com suspeita de tuberculose cadastrados no LACEN/BA para realização da cultura para BK e estudado a partir das culturas positivas a susceptibilidade antimicrobiana das cepas pertencentes ao complexo *M. tuberculosis*. Foram utilizados o banco de dados Smart-Lab da Mediciware e o software Excell para tratamento dos dados. **Resultados:** Foi encontrado um total de 80 cepas (30,8%) resistentes a pelo menos isoniazida + rifampicina, portanto, considerados tuberculose multirresistente (TBMR). A prevalência da TBMR nesse período foi, então, de 1,2%. **Conclusão:** As taxas de tuberculose multirresistente encontradas são elevadas, devido à centralização do diagnóstico de TBMR, porém a prevalência encontrada na Bahia foi baixa, quando comparada aos índices regionais e nacional, mas a resistência às drogas deve ser monitorada. Portanto, é necessário o diagnóstico precoce da enfermidade, que conduza a um tratamento rápido e eficaz, com a incrementação do diagnóstico laboratorial por meio da realização da cultura e teste de sensibilidade para diagnóstico de tuberculose pulmonar ou com suspeita de resistência às drogas. E fortalecimento do tratamento supervisionado, pois, esta monitoração continua possibilitará ações da vigilância para o controle dos casos de abandono de tratamento, da resistência às drogas e do avanço da tuberculose multirresistente,

Descritores: Tuberculose; Tuberculose multirresistente; *Mycobacterium tuberculosis*

DIA.077 ESTUDO PROSPECTIVO DA APLICAÇÃO DA TÉCNICA DE SPOLIGOTYPING DIRETAMENTE EM AMOSTRAS CLÍNICAS DE PACIENTES COM SUSPEITA DE TUBERCULOSE

LIA GONÇALVES POSSUELO; ARNALDO ZAHA; PATRICIA I. CAFRUNE; ANDREZZA WOŁOWSKI RIBEIRO; MARTA OSORIO RIBEIRO; GISELA UNIS; CARLA ADRIANE JARCZEWSKI; MARIA LÚCIA R. ROSSETTI

INSTITUIÇÃO: CDCT/FEPPS - RS. EMAIL: PATRICIA_CAFRUNE@HOTMAIL.COM

Introdução: Spoligotyping é uma técnica rápida e de fácil execução para genotipagem de *Mycobacterium tuberculosis*. Permite detectar, diferenciar cepas e diferenciar os membros do complexo *M. tuberculosis* simultaneamente. Não havendo necessidade de cultivar micobactérias de crescimento lento e a obtenção de resultados em até 2 dias se apresenta como uma grande vantagem em relação a outras técnicas de genotipagem. Além disso, oferece a possibilidade de intervenção durante o curso da doença, se necessário, e a identificação das famílias predominantes em cada região pela comparação dos padrões com um banco mundial. **Objetivos:** Verificar a acurácia da técnica de spoligotyping realizada a partir de DNA extraído diretamente de amostras clínicas de pacientes com suspeita de tuberculose. **Métodos:** Os pacientes foram recrutados no ambulatório do Hospital de agosto de 2005 a 30 de Sanatório Partenon em Porto Alegre/RS, de 1º de abril de 2007. Uma amostra de escarro foi coletada, além de um questionário epidemiológico e termo de consentimento. Todas as amostras foram microscopicamente analisadas e cultivadas em meio sólido Ogawa. O DNA foi extraído das amostras clínicas utilizando uma resina de sílica L foi utilizada para?(Rossetti et al., 1997) e uma alíquota de 10 amplificação e realização

do spoligotyping (Kamerbeek et al., 1997). O DNA de cultura das amostras foi extraído por CTAB (van Soolingen et al., 1993). Os padrões obtidos foram comparados com um banco mundial de spoligotipos (<http://www.pasteur-guadeloupe.fr:0881/SITVITDemo/>). **Resultados:** Foram incluídas no estudo 221 amostras, das quais 158 (71,5%) eram de pacientes diagnosticados com TB e 63 (28,5%) de pacientes sem a doença. Das 63 amostras de pacientes com diagnóstico negativo para TB, 60 (95%) foram negativas no spoligotyping e 3 (5%) apresentaram contaminação, mas não formaram padrão completo de *M. tuberculosis*. Entre as 158 amostras de pacientes com TB, 130 (82,3%) resultaram em padrões completos de spoligotyping e foram confirmados pela genotipagem utilizando DNA da cultura destes pacientes. Em 27 (17,1%) amostras houve hibridização incompleta e uma amostra foi negativa. Na avaliação geral, 190 (86%) amostras apresentaram resultados concordantes. O spoligotipo foi identificado corretamente (na amostra clínica e/ou cultura) em 146 (92,4%) dos 158 casos de TB. A família LAM foi a mais frequentemente encontrada, 54 amostras (37%) apresentaram este padrão, 44 (30,1%) pertenciam à família T, 14 (9,6%) pertenciam à família Harleem, 13 (8,9%) à família U, 7 (4,8%) à família S, 3 (2%) à família X e 11 (7,5%) não constavam no banco mundial de spoligotipos. **Conclusão:** A estratégia de genotipagem apresentada neste estudo se mostrou viável e muito útil, uma vez que 86% das amostras apresentaram resultados concordantes. Este valor é comparável a técnicas de diagnóstico, oferecendo a vantagem de realização de estudos epidemiológicos com maior rapidez. **Financiamento:** Capes, CNPq, FEPPS

Descritores: Spoligotyping; Amostra clínica; Genotipagem

Inovação Tecnológica

ITE.001 IMPLANTAÇÃO DE UMA DIRETRIZ CLÍNICA PARA TUBERCULOSE PULMONAR EM UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

ROBERTO LUIZ TARGA FERREIRA; SANDRA REJANE SOARES FERREIRA; ROSANE GLASENAPP; AIRTON STEIN

INSTITUIÇÃO: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. EMAIL: RTARGA@VIA-RS.NET

Introdução: A propagação da tuberculose (TB) está intimamente ligada às condições de vida da população e tem sido um problema de saúde pública. Em função da transmissão por via respiratória, a forma pulmonar é a mais importante do ponto de vista epidemiológico. Estima-se que ocorram no Brasil, entre 100.000 e 129.000 casos por ano, dos quais são notificados cerca de 90.000. O coeficiente médio de incidência de TB no Brasil é ao redor de 46 casos por 100.000 hab. Em Porto Alegre é de 100/100.000 hab. Até setembro de 2007, apenas 04 Unidades de Saúde (US) do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) realizavam as ações descentralizadas do Programa de Controle da TB e a partir dessa data elas foram expandidas para mais 08 US. **Objetivos:** Relatar a utilização de uma diretriz clínica como ferramenta do processo de instrumentalização dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) para descentralização das ações de rastreamento, diagnóstico, tratamento de primeira linha com acompanhamento e, quando necessário, encaminhamento à referência dos casos de TB. **Métodos:** As estratégias utilizadas para implantação da diretriz foram: sensibilização das equipes; definição de indicadores para avaliação; disponibilização de material didático e medicamentos; educação continuada; implantação de sistema de registro e acompanhamento dos casos; definição de rotinas e fluxos; orientação para os usuários do serviço de saúde e avaliação sistemática. A população alvo do protocolo é: pacientes residentes no território das US do SSC, localizadas nas zonas norte e leste de Porto Alegre, totalizando cobertura a 108.565 habitantes. A meta anual do Serviço é investigar 100% dos sintomáticos respiratórios (SR), realizar diagnóstico de 80% dos casos esperados de TB, curar 85% destes e reduzir as altas por abandono para menos de 10%. **Resultados:** Em 2006 identificou-se 62% dos casos de TB, sendo que 66% pelo hospital e 34% pelas próprias US. O SSC tratou e acompanhou 30% desses casos em 04 US que estavam com o Programa Descentralizado de TB implantado. Em setembro de 2007, as ações de controle da TB foram expandidas para as outras 08 US e identificou-se 75% dos casos, sendo que 50% pelo hospital e 50% pelas US. O SSC tratou e acompanhou 42% destes casos. Após a implantação da diretriz, houve uma melhora nos indicadores do Programa, verificou-se que em 04 meses houve um aumento de 20% na investigação de SR, uma redução de 16% no diagnóstico dos casos de TB via hospitalar e um aumento de 12% de casos tratados e acompanhados pelas US. **Conclusão:** É possível que equipes de APS cuidem efetivamente desse problema de saúde pública, com implementação de uma diretriz assistencial, apoio matricial do nível secundário e com educação permanente. A descentralização da atenção a pessoas com TB para as US das ESF, deve ter ações de vigilância efetivas, monitoramento e avaliação continuados.

Descritores: Diretriz; APS; Padronização

ITE.002 DINÂMICA DA TRANSMISSÃO DO MICOBACTERIUM TUBERCULOSIS NO COMPLEXO DE MAGUINHOS-RIO DE JANEIRO RJ 2001-2002

JOYCENEA SILVA MATSUDA

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ AMAZONIA. EMAIL: JOYCE@FIOCRUZ.BR

Introdução: O desenvolvimento das técnicas moleculares das últimas décadas foi impactante para os estudos de epidemiologia da tuberculose e outras doenças infecciosas. Este estudo teve por objetivo descrever a dinâmica da transmissão do *Mycobacterium tuberculosis* no Complexo de Manguinhos - Rio de Janeiro RJ, que é um local de bolsões de pobreza, possui aproximadamente 43.000 hab. e é composto de 12 favelas com coeficiente de incidência da tuberculose >100/100.000. Foi um estudo de coorte prospectivo dos indivíduos com sintomas respiratórios suspeitos de tuberculose e com diagnóstico confirmado, atendidos na demanda espontânea do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz, no período de outubro de 2000 a dezembro de 2002. Foi realizado exame de baciloscopia direta do escarro e cultura em 263 pacientes, sendo obtidas 75 culturas positivas, realizando análise de fragmentos polimórficos em tamanho obtidos por restrição enzimática (RFLP) do IS6110. **Resultados:** O IS6110-RFLP de 75 isolados de *M. tuberculosis* apresentaram um grande polimorfismo, permitindo a identificação de 56 (75%)

padrões distintos, dos quais 44 (59%) apresentaram padrões órfãos. Foram formados 12 agrupamentos genotípicos, correspondendo a 41% (31/75) dos pacientes, mas devido a eventos de contaminação laboratorial cruzada o percentual decresceu para 33 % (25/75), sugerindo estar ocorrendo transmissão recente. Não foi encontrada correlação significativa entre os agrupamentos genéticos e as características clínicas e demográficas dos pacientes, tais como: resistência às drogas, infecção por HIV, carga bacilar, tratamento anterior ou profissão. Faixa etária >30 anos constituiu-se em significativo fator de risco para estar em agrupamento. Embora, ser morador da favela CHP2, a maior favela do Complexo de Manguinhos, mostrar um percentual maior de pacientes agrupados, significância foi limitrofe ($p=0,054$). As ligações epidemiológicas foram assim distribuídas entre os pacientes agrupados: vínculo social 16% (5/31); familiar 13% (4/31); geográfico casual 29% (9/31); contaminação laboratorial cruzada 20% (6/31) e 22% (7/31) não foram encontrados vínculos epidemiológicos, sugerindo fazerem parte de uma cadeia de transmissão, em que o elo na comunidade não foi captado por este estudo, ou ainda pode ter ocorrido transmissão fora da comunidade. Portanto, a maioria dos casos foram infectados extra-domiciliamente. Conseguimos descrever parcialmente a dinâmica de transmissão das cepas do *M. tuberculosis* que circulam no Complexo de Manguinho, como exemplo: Um ex-presidiário que trouxe uma cepa com resistência para a comunidade; Um vizinho que teve Tuberculose quase 3 anos após e apresentou a cepa com o mesmo padrão genotípico; e as transmissões domiciliares como mãe e filha e marido e mulher.

Descritores: Tuberculose; Biologia molecular; Dinâmica da transmissão

ITE.003 IMPLEMENTAÇÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO EM LABORATÓRIO DE PESQUISA NA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

RODRIGO MENDES PALETTA; ALESSANDRA DIAS RIBEIRO; PAULA FERNANDA GONÇALVES DOS SANTOS; AFRANIO LINEU KRITSKI; MARTA MARIA OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: RMPALETTA@GMAIL.COM

Introdução: O novo contexto econômico mundial e a crescente conscientização da população têm forçado as organizações públicas e privadas a reverem sua postura frente ao cliente, aos funcionários e ao meio-ambiente. Algumas organizações se antecipam ao futuro e divulga-se pelo mundo uma filosofia de trabalho e de vida que incorpora as posturas necessárias à sobrevivência com dignidade. Estas posturas podem ser resumidas em uma só palavra: qualidade. "Acreditação em laboratórios de pesquisa" ainda é uma realidade pouco comum no nosso meio. Na fase atual de desenvolvimento do Brasil, torna-se urgente a acreditação de laboratórios de pesquisas que permita a validação clínico-laboratorial com qualidade de produtos desenvolvidos pela Academia e sua interação com o parque industrial, seguido de seu reconhecimento internacional passível de exportação. **Objetivo:** Implementar boas práticas e Acreditar o laboratório de micobacteriologia molecular (MM) do Centro de Pesquisa de Doenças Infecciosas e Parasitárias - CEPEDIP- Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, pelo Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica- PALC-SBPC. **Metodologia:** A avaliação se divide em duas partes. A primeira é a análise técnica, que envolve toda a equipe do laboratório. A segunda parte consiste em uma análise do gerenciamento, da forma de organização, registro de dados, segurança e a distribuição espacial. Para a realização dessa primeira meta, ocorreram os seguintes procedimentos: a) lista de estoque e de retirada de materiais, b) classificação e controle de estoques dos reagentes, c) listagem dos equipamentos onde foi atribuído seu código de identificação, d) organização das salas de PCR, eletroforese, extração e sala geral, e e) procedimentos operacionais padrão para cada equipamento e procedimento realizado. **Resultados:** Durante todo o processo, a equipe do laboratório de MM trabalhou trocando experiências e impressões e propôs uma agenda de atuação, centrada na ideia de que é preciso que os próprios profissionais das unidades acreditem nas ações que estão sendo implementadas, pois serão eles os agentes de transformação. Após 9 meses, foi desenvolvido de forma pioneira no nosso meio um manual de acreditação para o laboratório de MM que já vem sendo usado com sucesso nessa unidade. **Conclusão/metadados:** Esse certificado representa maior credibilidade nos resultados de tipagem e diagnóstico molecular e significa o reconhecimento da capacitação, da competência e do compromisso permanentes com a Qualidade. Possuir o certificado do PALC significa conquistar um importante diferencial de garantia da qualidade, aumentar o reconhecimento pelos médicos no apoio a seus diagnósticos, além de consolidar a credibilidade perante os compradores de serviços de saúde em todo o país. Nossa meta é que na primeira quinzena de dezembro de 2008 o laboratório de MM realize a sua primeira auditoria pelas normas PALC.

Descritores: Acreditação; Laboratório público; Tuberculose ;

ITE.004 CUSTOS DIRETOS DA TUBERCULOSE (TB) PARA PACIENTES E SUAS FAMÍLIAS NO RIO DE JANEIRO (RJ)

ANÁLIA ZULEICA DE CASTRO; CAROLINE SILVEIRA SANTOS CYRACO; GUILHERME NOBRE DE MELLO; DEBORAH CHALFUN DE MATOS FONSECA; RICARDO EWBANK STEFFEN; PAULA PINTO MONTEIRO; AUDRY CRISTINA DE FÁTIMA TEIXEIRA MACHADO; ANETE TRAJMAN

INSTITUIÇÃO: LIGA CIENTÍFICA DE TUBERCULOSE. EMAIL: CAROLINE_SSC@HOTMAIL.COM

Introdução: No Brasil o tratamento para TB é gratuito para os pacientes desde os anos 60. Nas unidades que oferecem tratamento supervisionado, também são oferecidos vale transporte e vale-refeição. Dado que a tuberculose costuma afetar as classes menos favorecidas, este estudo teve como objetivo identificar os custos dos pacientes e sua família com o tratamento da tuberculose na população do Estado de RJ. **Métodos:** Foram entrevistados 102 pacientes com TB pulmonar, confirmada por baciloscopia, com 4 a 12 semanas de tratamento, em 10 Unidades Básicas de Saúde do Estado. Foram avaliados os custos do paciente e seus familiares e sua renda. **Resultados:** Os pacientes tinham em média 35 anos, a idade variou de 18-75 anos e 62% eram do sexo masculino. Cerca de 23% possuíam renda familiar menos que R\$ 400, 27% entre R\$ 400 - R\$ 800, 20% de R\$ 800 - R\$ 1.200 e 30% maior que R\$ 1.200. Dos entrevistados, 34% informaram que sua renda diminuiu, e apenas um destes não atribuiu à doença. **Conclusões:** Apesar do diagnóstico e o tratamento serem gratuitos, um terço dos pacientes declararam diminuição de sua renda. Os pacientes e sua família comprometem uma parte considerável de sua renda com alimentação e transporte. Os custos com diferentes programas supervisionados deveriam ser avaliados.

Apoio: CIHR, ICORTHA, FAPERJ, CNPq-UGF, McGill University

Descritores: Custos; Tuberculose; Pacientes

ITE.005 CUSTOS INDIRETOS DA TUBERCULOSE PARA OS PACIENTES NO RIO DE JANEIRO

CAROLINE SILVEIRA SANTOS CYRACO; RICARDO EWBANK STEFFEN; DEBORAH CHALFUN DE MATOS FONSECA; PAULA PINTO MONTEIRO; AUDRY CRISTINA DE FÁTIMA TEIXEIRA MACHADO; GUILHERME NOBRE DE MELLO; ANÁLIA ZULEICA DE CASTRO; ANETE TRAJMAN

INSTITUIÇÃO: LIGA CIENTÍFICA DE TUBERCULOSE. EMAIL: CAROLINE_SSC@HOTMAIL.COM

Introdução: Nos estudos sobre custo-efetividade, os custos indiretos para os pacientes são raramente considerados. **Objetivo:** Avaliar o tempo gasto nas instituições de saúde e no transporte para o diagnóstico de tuberculose. **Métodos:** Foram entrevistados 102 pacientes em 10 instituições de saúde do Estado do Rio de Janeiro (incidência de tuberculose = 100/100000 habitantes), com tuberculose pulmonar confirmada por baciloscopia e entre a quarta e décima segunda semana de tratamento. Foram observados o tempo gasto na viagem, na espera e na consulta no pré-diagnóstico e no diagnóstico. **Resultados:** Os pacientes tinham em média 35 anos, a idade variou de 18-75 anos e 62% eram do sexo masculino. **Conclusões:** Em média, os pacientes perdem muito tempo na viagem para as instituições de saúde e na espera para consultas antes do diagnóstico de tuberculose. Os dias de trabalho perdidos por causa da doença, internação e visitas pós-diagnóstico também foram significativamente consideráveis. O agendamento de consultas deverá reduzir o tempo de espera, com a vantagem de reduzir o risco de transmissão. Outras estratégias devem ser avaliadas para diminuição deste tempo, como o aumento do número de instituições de saúde no Estado do RJ.

Apoio: CIHR, ICORTHA, FAPERJ, CNPq-UGF, McGill University

Descritores: Custos; Indiretos; Tuberculose

Mobilização Social

MSO.001 COMPARAÇÃO DOS CONHECIMENTOS GERAIS SOBRE TUBERCULOSE DA POPULAÇÃO PRESENTE NA REGIÃO DA RODOVIÁRIA DE RIBEIRÃO PRETO (SP) NO DIA MUNDIAL DE COMBATE À TUBERCULOSE DE 2007 E 2008

VALENTIM CONSTANCE SELLA; GUILHERME CONSTANCE PREIS SELLA; JULIANA AUGUSTA SELLA; LUIZA PREVATO TREVISAN; HARNOLDO COLARES COELHO; ANNA CHRISTINA TOJAL SILVA

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DO PULMÃO. EMAIL: VALENTIMSELLA@HOTMAIL.COM

Introdução: Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* e que a cada ano surgem mais de 100 mil novos casos de Tuberculose (TB) no Brasil, com cerca de seis mil óbitos anuais. Isto coloca o país na décima sexta posição mundial em número de casos, entre os 22 países responsáveis por 80% da TB mundial. TB Multidroga-Resistente, HIV associado ao TB e estados de imunossupressão são os mais recentes fatores que estão associados com uma alta incidência. No Brasil, é tratada pelo Governo Federal como prioridade, uma vez que ainda é uma das doenças que mais preocupam os profissionais da saúde pública; entretanto, a moléstia ainda é desconhecida pela população. **Objetivo:** O presente trabalho teve como objetivo investigar o grau de conhecimento e levar informação à população a respeito da tuberculose. **Metodologia:** Estudantes de medicina da Associação Médica e Acadêmica para Informação e Saúde (AMAIIS) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto abordaram pessoas que transitavam pela rodoviária desta cidade durante a manhã do Dia Mundial de Combate à Tuberculose nos anos de 2007 e 2008. Após a aplicação de um questionário, foram fornecidos panfletos sobre a doença e prestados alguns esclarecimentos sobre a mesma. **Resultados:** Em 2008 foram respondidos 210 questionários com os seguintes resultados: 59% eram do sexo masculino, a média de idade dos entrevistados foi de 45 anos, e a maior prevalência da escolaridade (30%) foi com o ensino médio completo. Sobre o conhecimento da TB, 72% diziam saber o que era a doença e a maioria (87%) respondeu tratar-se de uma doença grave sendo o pulmão o local mais afetado (75%). Quanto à forma de contágio, apenas 56% afirmaram ser por contato com tuberculoso. Conforme crença popular, 79% dos questionados acharam que seus utensílios domésticos devem ser separados dos portadores de tuberculose. Embora 44% não sabiam a forma de contágio, a maioria conhecia os principais sintomas e quanto ao tratamento, 84% responderam ser uma doença curável. Em 2007 foram preenchidos 172 questionários, e as respostas às perguntas feitas para as pessoas que transitavam nesta mesma área demonstram que não houve uma alteração significativa no grau de informação de um ano para o outro. **Conclusão:** Com este estudo concluiu-se que grande parte da população ainda não tem o conhecimento de algumas características básicas sobre a tuberculose, como sintomatologia, transmissão, diagnóstico e tratamento, reforçando a ideia de que políticas públicas para disseminar informações sobre tuberculose devem ser implementadas para auxiliar no combate à mesma.

Descritores: Tuberculose; Conscientização; Informação

MSO.002 CONHECENDO AS REDES SOCIAIS DE APOIO A PESSOA COM TUBERCULOSE: REVELANDO AS INTERFACES NO CUIDAR DA PESSOA COM TUBERCULOSE

SABRINA DA SILVA DE SOUZA; DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

INSTITUIÇÃO: PCTB- SJ-SC . EMAIL: ENFERMEIRASABRINA@GMAIL.COM

Introdução: O binômio saúde e doença não têm sido centrado, unicamente, nos aspectos biológicos, mas sim relacionados às características de cada sociedade, onde tanto a concepção de saúde e doença quanto o doente são considerados dentro do contexto social (MINAYO 1991). Nos últimos anos, a tuberculose vem sendo considerada e pensada como doença crônica, fundamentalmente após o desenvolvimento do tratamento medicamentoso de longa permanência, a suscetibilidade para a doença, socialmente a pessoa que teve tuberculose fica "marcada" como "tuberculoso" mesmo tendo ficado curado da doença a imagem da tuberculose o acompanhará por longos anos em virtude do estigma social mas que também é pessoal que ainda é muito forte na tuberculose. Ao longo do processo histórico-social da humanidade, diferentes definições de saúde e doença emergiram como um processo que sofre influência das relações sociais, econômicas, individuais, políticas, filosóficas, religiosas, enfim, da cultura compartilhada pelo ser humano em dada época e espaço vividos, ao mesmo tempo em que também influencia o dinamismo dessas relações (GUALDA; BERGAMASCO, 2004). Assim, ao se buscar compreender o movimento contínuo entre a saúde e a doença permeada pelo dinamismo cultural, percebe-se que, além das condições singulares de cada indivíduo, tem-se, também, uma rede complexa de crenças, hábitos, valores, ações, conhecimentos e significados

peçoais e coletivos. Silva et al (2005) apontam que a inexistência ou limitação de apoio social é considerada pelas pessoas com doença crônica como fragilizante, aparecendo como o ponto maior de inquietação, para estas pessoas. Por outro lado, as pessoas que contam com apoio social consistente se mostram mais motivadas, mais dispostas a cuidar de sua condição de saúde e conseguem conviver de forma mais saudável com sua doença crônica. A identificação de uma rede social de apoio a pessoas com tuberculose tem um papel fundamental para a melhoria do viver dessas pessoas, na perspectiva de melhorar a adesão ao tratamento, diminuir o abandono do tratamento e ter condições de manter o tratamento sem que isto acarrete grandes perdas para a pessoa com tuberculose. Assim, pretendo compreender as diferentes formas de apoio que as pessoas com tuberculose recebem, identificar uma possível rede já formada. O estudo, portanto, visa compreender como a rede social contribui para um viver melhor com uma condição de saúde. Acredito que estudar redes de apoio às pessoas com tuberculose poderá auxiliar o re-direcionamento de concepções teóricas e filosóficas das práticas atuais, visando contribuir para a manutenção da saúde e busca de qualidade de vida das pessoas com essa condição de saúde. O estudo neste sentido se coloca como uma possibilidade de avançar na organização de serviços de saúde que compreenda os múltiplos aspectos do viver com essa condição de saúde.

Descritores: Rede social; Tuberculose; Enfermagem

MS0.003 TUBERCULOSE E MÍDIA IMPRESSA: UMA RETROSPECTIVA HISTÓRICA

ANGELA MARIA BITTENCOURT; LUZIA ARAUJO MARQUES; ALINE FERNANDES BITTENCOURT
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ. EMAIL: LUZARAJO@GMAIL.COM

Introdução: O objeto deste estudo é a propaganda acerca da Tuberculose (TB) ao longo dos anos. Abordamos a evolução da história social da enfermidade e como a sociedade se mobilizou para tomar seu controle. A questão abordou como a prevenção e luta contra a TB se deu nas últimas décadas. **Objetivo:** investigar os documentos oriundos da Mídia Impressa acerca da Tuberculose (TB) nos séculos XX e XXI. **Método:** pesquisa documental, retrospectiva e histórica que investiga os métodos de atuação, divulgação, programas de combate a Tuberculose e Campanhas publicitárias. Foi fonte de pesquisa a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS). O período de interesse foi o início do século XX até os dias atuais. Para organização e análise das informações utilizamos como eixo as teorias da comunicação, publicidade e propaganda para avaliação da transmissão da mensagem; da compreensão da informação; da opção pelo veículo de comunicação; da decodificação da linguagem pelos segmentos da sociedade e do impacto da divulgação, a partir da notificação de casos de TB. Realizamos comparação da linguagem escrita e visual, da lingüística e da tipologia utilizada na campanha. Os dados iniciais, foram agrupados de acordo com o ano de divulgação. **Resultados:** As informações se apresentavam em sites com pouco ou quase nenhum aprofundamento das mensagens. No período de 1920 a 1950, as informações eram veiculadas por meio de selos (5) postais de natal, a solicitação de compra dos mesmos ressaltava o apoio a Luta contra a TB. O número de peças (14) esteve abaixo de nossas expectativas. Um pequeno percentual (20%) apresentava informações acerca da transmissão e do tratamento da doença. Podemos relacionar este fato ao pouco conhecimento apresentado pelos pesquisadores. Entre os anos de 2000 a 2007, verificou-se maior número de campanhas de rádio, folder, cartazes e comerciais televisivos, todavia as orientações acerca da enfermidade permaneceram precárias. A cura para doença possibilitada após 1950, com a descoberta dos antimicrobianos, ainda é pouco explorada. **Conclusão:** pensamos que a divulgação da doença pode gerar aumento na notificação de casos de TB. Ressaltamos como limitações a impossibilidade de relacionar o impacto das campanhas com a notificação de casos, tratamento e cura da doença. Entendemos que as mensagens não possibilitavam a compreensão das informações necessárias para população acerca da transmissão, tratamento e cura da TB. A decodificação da linguagem, apresentada em forma de figuras ou situações pouco expressivas dificulta a sua compreensão pelos segmentos da sociedade. Passado e presente da doença se encontram, no que diz respeito ao estigma aos portadores da doença e não encontramos informações que vá de encontro a estas peculiaridades, evitando e facilitando que o paciente se mostre às unidades de saúde e a sua rede familiar sem se sentir envergonhado. Concluimos que seja imprescindível a maior disponibilização de informações acerca da TB a sociedade. Para tal, sugerimos a investigação das reais dúvidas das comunidades, para direcionarmos o briefing de acordo com as suas necessidades.

Descritores: Tuberculose; Prevenção e controle; Propaganda

MS0.004 INVESTINDO NO FUTURO: A LIGA CIENTÍFICA DE TUBERCULOSE COMO UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O CONTROLE DA DOENÇA.

CAROLINE SILVEIRA SANTOS CYRACO; ANETE TRAJMAN; ELENY GUIMARÃES TEIXEIRA; MARCIA TERESA CARREIRA TEIXEIRA BELO; LIA SELIG

INSTITUIÇÃO: LIGA CIENTÍFICA DE TUBERCULOSE. EMAIL: CAROLINE_SSC@HOTMAIL.COM

Introdução: O mundo enfrenta hoje graves consequências resultantes da negligência em relação à tuberculose (TB). Devido ao elevado índice de abandono, formas multirresistentes e com extensa resistência estão contribuindo para a crescente morbi-mortalidade pela TB. **Objetivo:** Sensibilizar, mobilizar e capacitar estudantes de diferentes áreas do saber para a participação criativa na detecção, controle e prevenção da TB no Brasil. **Método:** Em março de 2001, foi fundada a Liga Científica de Tuberculose do Estado do Rio de Janeiro, congregando estudantes de medicina de 5 instituições de ensino superior (IES) do estado. Desde então, alunos de diferentes áreas trabalham em uma liga multidisciplinar, participando de projetos de pesquisa, propondo cursos, participando de feiras de saúde e outras atividades de mobilização social em parceria com o Fórum das ONGs TB-RJ. **Resultados esperados:** Por meio da LCT, pretende-se aprofundar o conhecimento dos estudantes sobre a TB, iniciá-los na pesquisa voltada para os problemas do controle da TB, e incentivar as atividades em comunidades carentes. Para o V Simpósio da LCT-RJ, a realizar-se em 15/3/2008, discentes das áreas de comunicação, marketing e informática foram convidados para contribuir na divulgação da luta contra a doença. **Conclusões:** A sensibilização de estudantes de diferentes áreas para o grave problema da tuberculose é fundamental para dar visibilidade a esta doença hoje negligenciada em nosso país. O investimento na formação precoce de recursos humanos poderá reverter na formação de um exército de soldados sensibilizados e capacitados para o combate à tuberculose. As parcerias com os serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa e sociedade civil trarão reforços para vencer o inimigo.

Patrocínio ICOHRTA # 5 U2R TW006883-02

Descritores: Empoderamento; Mobilização social; Estudantes

MS0.005 TUBERCULOSE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL NA BAHIA

ROSÂNGELA PALHETA DE OLIVEIRA MENESES; VIRGÍNIA ISAUARA SILVA PERRUCHO; ROSANA MARIA REHEM DA SILVA FIALHO

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA-SESAB/DIVIEP. EMAIL: ROSAPALHETA@GMAIL.COM

Introdução: A Bahia é o terceiro estado em número absoluto de casos novos entre todas as unidades federadas do Brasil. As ações de prevenção, detecção e tratamento são realizadas na Atenção Básica de Saúde, asseguradas pelo Sistema Único de Saúde, com as limitações inerentes ao processo de consolidação da gestão plena do SUS. Má alimentação, precariedade de informação e educação, falta de emprego e renda, habitações em condições de promiscuidade e insalubres, descritos como determinantes sociais, predisõem à transmissão do bacilo, interferindo no efetivo controle da tuberculose, apesar do reconhecido poder de cura dos medicamentos disponíveis. As parcerias com a sociedade civil organizada na promoção da redução do estigma da tuberculose e no desenvolvimento de ações sociais favoráveis aos doentes, vem crescendo a partir de iniciativas simultâneas de diversos segmentos da sociedade civil e governo, que resultaram no Seminário sobre Tuberculose e Controle Social, promovido pelo Hospital Especializado Octávio Mangabeira em março/ 2007 e no I Encontro Estadual de Comunicação, Advocacy e Mobilização Social em Tuberculose – CAMS/TB, realizado pelo Programa Estadual de Controle da Tuberculose em Abril/2007, culminando com a primeira Reunião Pré-Fórum com as entidades interessadas em abraçar a causa da tuberculose. **Objetivos:** Articular as forças já atuantes no combate à tuberculose, estimular o processo de mobilização social em tuberculose na Bahia, atrair parcerias procedentes de áreas distintas do setor saúde e dar maior visibilidade à gravidade do problema no estado envolvendo a sociedade civil, seguindo o exemplo do Programa Nacional de DST/AIDS e do Fórum de ONG's-TB do Rio de Janeiro. **Métodos:** A realização de um grande evento foi a estratégia utilizada pelas coordenações do PCT Estadual e do PCT de Salvador para atrair Organizações da Sociedade Civil existentes na capital para o I Encontro de CAMS-TB da Bahia. A programação do evento contemplou a Situação Epidemiológica da Tuberculose na Bahia, A Experiência do Fórum de ONGS-TB do Rio de Janeiro, Experiências de Entidades Baianas e Depoimento de ex-paciente de tuberculose, culminando com a proposta de criação do Fórum Baiano de Combate à Tuberculose. **Resultados:** O Fórum Baiano de Combate à Tuberculose, conta com 52 entidades parceiras inscritas e reúne-se mensalmente, buscando, entre outras metas, atrair novas parcerias para que possa atuar mais fortemente junto à população, especialmente na divulgação de informações sobre a doença. Além disso, o movimento começa a acontecer no interior do estado, visando a criação de fóruns locais. **Conclusão:** A participação ativa da sociedade civil, uma das diretrizes do SUS, constitui-se em forte aliado do Gestor de Saúde no controle de diversas doenças e agravos e não se pode prescindir desta parceria para o fortalecimento do controle social no SUS, exercício de plena cidadania e redução do sofrimento humano causado pela tuberculose.

Descritores: Mobilização social em tuberculose; Tuberculose e participação social; Tuberculose e controle social

MS0.006 RELATO DE EXPERIÊNCIA: FORMAÇÃO DA LIGA DE ACADÊMICOS DE TUBERCULOSE DA COSTA DA MATA ATLÂNTICA DO ESTADO DE SÃO PAULO

YOURI ELIPHAS ALMEIDA; CRISTIANE NAKO TAKAMINE; JACHSON BISPO LIMA; RENATA SOARES DOS SANTOS SILVA; MARILENE MARIA SILVA; WALDINE VIANA SILVA; LUZANA MACKEVICIUS BERNARDES; MARCIA FERNANDES MELZER; IVONETE CUNTIERE; GLAUCE SANTOS; CAROLINE SILVEIRA SANTOS CYRACO; MIGUEL AIUB HIJJAR

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE CATOLICA DE SANTOS – UNISANTOS. EMAIL: YOURI.ELIPHAS@GMAIL.COM

Introdução: A Tuberculose é uma doença infecto-contagiosa que tem se disseminado, principalmente entre países subdesenvolvidos. Para sua prevenção e controle necessita-se de uma reformulação das políticas públicas de saúde, otimizar este processo é um desafio inerente a todos os profissionais de saúde. A criação de Ligas acadêmicas, que integrem este contexto é uma iniciativa que promove ações de Saúde e fortalecimento das estratégias de prevenção à Tuberculose. Nessa perspectiva foi criado a Liga de Acadêmicos de Tuberculose da Costa da Mata Atlântica – SP. **Objetivos:** Oferecer aos discentes subsídios para o desenvolvimento do senso crítico e reflexivo como cidadão e o conhecimento técnico-científico; realizar atividades de pesquisa, ensino e extensão, contribuindo assim para o controle da Tuberculose (TB), cooperar com o governo e organizações nacionais e internacionais, proporcionar e participar de programas educativos; realizar pesquisas em TB e temas afins; estabelecer e manter intercâmbio/parcerias com associações congêneres; e outras atividades que julgarem-se necessárias. **Metodologia:** A partir do Núcleo Acadêmico de Enfermagem em Saúde Coletiva – NAESC, composto por discentes do Curso de Enfermagem, onde participam de campanhas e feiras educativas relacionadas à problemática da TB, com parceria da Seção de Vigilância Epidemiológica do município de Santos – SP, percebeu-se a necessidade efetiva dos acadêmicos aprofundarem investigações sobre o controle da TB, visto que encontra-se uma incidência significativa para a região em relação ao estado de São Paulo. Com isto, em abril de 2008, com a colaboração do Fundo Global foi fundada a Liga de Acadêmicos em Tuberculose da Costa da Mata Atlântica do estado de São Paulo, congregando acadêmicos das áreas da saúde em uma liga multidisciplinar. **Resultados:** As ações esperadas pelos membros são incentivar à formação dos discentes tendo em vista a pesquisa, ensino, extensão e assistência à comunidade, através da identificação de suas dificuldades frente à realidade existente. **Conclusão:** A formação de liga multidisciplinar favorecerá o desenvolvimento de trabalhos em equipe das diferentes áreas da saúde em prol de um objetivo comum, aliado a isto a liga exerce funções importantes no ensino e nos serviços de saúde, agregando valores para formação profissional motivando-os a construir uma nova perspectiva vivenciada quanto acadêmico.

Descritores: Liga; Tuberculose; Saúde pública

Pesquisa Básica

PEB.001 CONCENTRAÇÕES SÉRICAS DE RIFAMPICINA E ISONIAZIDA EM PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DO CEARÁ

ELIZABETH CLARA BARROSO; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; MARIA ROMI CARVALHO; EDNA MARIA MOURA; CREUSA LIMA CAMPELO; ALDO ÂNGELO LIMA; MONICA CARDOSO FACANHA

INSTITUIÇÃO: SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ E UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.

EMAIL: VBARROSO@FOTONET.COM.BR

Introdução: A tuberculose multirresistente (TBM) é uma preocupação mundial. Baixos níveis sanguíneos de drogas antituberculosas podem ser causa de resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos medicamentos. **Objetivos:** Esse estudo objetivou avaliar as concentrações séricas de rifampicina (R) e isoniazida (H) e verificar a influência de características clínicas sobre esses parâmetros em pacientes com TBM. **Métodos:** Realizou-se estudo transversal no ambulatório de fisiologia do Hospital de Messejana em Fortaleza-Ceará, entre agosto de 2006 e abril de 2007. TBM foi definida como o caso de portador de bacilo resistente a pelo menos rifampicina+isoniazida de acordo com o teste de sensibilidade realizado pelo método das proporções. Foram formados dois grupos para controle: o dos portadores de tuberculose sensível (TBS) e o dos voluntários sãos (VS), emparelhados por gênero e idade. Realizaram-se exames hematológicos, bioquímicos e coleta de dados clínicos e sociais de todos os voluntários assim como foi realizada a coleta de coletado sangue duas e seis horas após a ingestão observada da R e H. Foram utilizadas cápsulas de R e H de lote com controle de qualidade aprovado pelos órgãos do Ministério da Saúde - Brasil. A técnica utilizada para a dosagem sérica de R e H foi a cromatografia líquida de alta pressão. **Resultados:** O total de componentes dos grupos com TBM, TBS e VS foi, respectivamente, 32, 28 e 30. A idade mediana/variação dos portadores de TBM foi 41,5/17-61 anos, de TBS foi 36,5/21-69 e dos VS foi 44,0/19-58 (p=0,1796). Eram do gênero masculino 46,9% (15/32) do grupo com TBM, 57,1% (16/28) com TBS e 46,7% (14/30) do grupo de VS (p=0,6760). A concentração sérica máxima de H (CHX) média $\pm$ desvio padrão foi maior no grupo com TBM (3,82 $\pm$ 1,18) em relação ao VS (2,79 $\pm$ 1,19), p<0,01, não havendo diferença entre TBS e VS nem entre TBM e TBS. Após a análise multivariada a CHX aumentou no grupo VS (3,07 $\pm$ 0,24), mas, continuou a ser maior no grupo com TBM, e agora, com diferença significativa em relação, apenas, a TBS. Houve CHX < 3 μ g/ml em 18,8% (6/32) dos casos e 56,7% (17/30) dos sadios (p<0,05), não havendo diferença entre TBS, 39,3% (11/28) e sadios. Após a análise multivariada, a média $\pm$ dp da concentração sérica máxima de R (CRX) foi menor no grupo com TBM do que nos sadios (p<0,05) e no grupo com TBS do que nos sadios (p<0,001), não havendo diferença entre TBM e TBS. Houve (CRX) < 8 μ g/ml em 90,6% (29/32) dos portadores de TBM e 66,7% (20/30) dos sadios (p<0,05) e em 82,1% (23/28) do grupo com TBS (em relação aos sadios, p<0,05). **Conclusões:** A CRX foi mais baixa em portadores de TBM e TBS do que em sadios. Houve altas proporções de níveis subterapêuticos de R e H em todos os grupos, principalmente para CRX, mas, também preocupante para CHX.

Descritores: Tuberculose multirresistente; Absorção de drogas; Rifampicina + Isoniazida

PEB.002 AVALIAÇÃO DA ABSORÇÃO INTESTINAL EM PORTADORES DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DO CEARÁ

ELIZABETH CLARA BARROSO; VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; MARIA ROMI CARVALHO; EDNA MARIA MOURA; ALDO ÂNGELO LIMA; SHEYLA FERREIRA VALE; JOSÉ ADEMAR PESSOA; MONICA CARDOSO FACANHA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ E SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ.

EMAIL: VBARROSO@FOTALLNET.COM.BR

Introdução: Má absorção intestinal pode ocasionar baixos níveis sanguíneos de drogas antituberculosas e isso pode desenvolver a resistência do *Mycobacterium tuberculosis* aos medicamentos. **Objetivos:** Os objetivos desse estudo foram avaliar a absorção intestinal transcelular e paracelular e verificar a influência de características clínicas sobre esses parâmetros em pacientes com tuberculose multirresistente (TBM). **Métodos:** Realizou-se estudo transversal no ambulatório de fisiologia do Hospital de Messejana em Fortaleza-Ceará, entre agosto de 2006 e abril de 2007. TBM foi definida como o caso de portador de bacilo resistente a pelo menos rifampicina+isoniazida de acordo com o teste de sensibilidade realizado pelo método das proporções. Foram formados dois grupos para controle: o dos portadores de tuberculose sensível (TBS) e o dos voluntários sãos (VS), emparelhados por gênero e idade. Realizaram-se exames hematológicos e bioquímicos e coleta de dados clínicos e sociais de todos os voluntários assim como foi realizada a coleta de urina de um período de cinco horas para a quantificação da lactulose (L), para avaliar absorção intestinal paracelular e do manitol (M), para avaliar absorção intestinal transcelular. A quantificação da L e do M na urina foi realizada através da técnica da cromatografia líquida de alta pressão e então calculada a relação L:M. **Resultados:** O total de componentes dos grupos com TBM, TBS e VS foi, respectivamente, 41, 33 e 41. A idade mediana/variação dos portadores de TBM foi 43,0/17-61 anos, de TBS foi 36,0/21-69 e dos VS foi 45,0/18-58 (p=0,0959). Eram do gênero masculino 51,2% (21/41) do grupo com TBM, 48,5% (16/33) com TBS e 58,55% (24/41) do grupo de VS (p=0,7081). Na análise univariada encontrou-se mediana/variação do percentual de excreção urinária da L e M menor no grupo com TBM em relação aos sadios (p<0,05). Ao se corrigir para a associação alcoolismo+tabagismo ou pelo índice de massa corporal (IMC) e déficit ponderal, desapareceu a significância da menor excreção de lactulose nos portadores de TBM. Após a análise multivariada a média $\pm$ desvio padrão do percentual de excreção urinária do M foi menor no grupo com TBM (13,18 $\pm$ 0,96) em relação ao grupo de VS (16,61 $\pm$ 1,16), p=0,0291, e em relação ao de TBS (16,03 $\pm$ 1,08), p=0,0369. A relação L/M foi semelhante entre os grupos (p=0,4747). **Conclusões:** Observou-se uma redução na absorção transcelular intestinal em pacientes com TBM versus TBS ou sadios e os dados sugerem significativa participação do alcoolismo+tabagismo ou IMC e déficit ponderal na redução do transporte paracelular em portadores de TBM. Esses dados suscitam a necessidade de avaliação de medidas para reduzir a má absorção intestinal que pode levar à má absorção de drogas para se evitar o retardo ou impossibilidade de cura, bem como o risco da multirresistência.

Descritores: Tuberculose multirresistente; Absorção intestinal; Tuberculose sensível

PEB.003 A BIODIVERSIDADE DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS - ESTUDO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DA CEPA RDRIO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CÉLIO DE BARROS BARBOSA; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; RAQUEL FERNANDES DE BARROS NOBOA; ATINÁ RIBEIRO ELIAS; LUIS CLAUDIO LAZZARINI; PHILIP NOEL SUFFYS; MILENA JUVENAL VIRGINIO; JOSE ROBERTO LAPA E SILVA; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: CELIO.BARBOSA@QUICK.COM.BR

Introdução: A biodiversidade entre cepas de *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) tem sido descrita pela epidemiologia molecular. Alterações na virulência, maior incidência de multidroga resistência e a seletividade étnica para infecção são características descritas em cepas do Mtb, e relacionadas a mutações genômicas. Nosso grupo identificou uma linhagem de Mtb,

nomeada RDRio, unicamente presente na spoligofamília Latin American-Mediterranean LAM. A cepa RDRio é caracterizada por uma deleção cromossômica com potencial para alteração em sua virulência devido a perda de genes estruturais do Mtb. **Objetivos:** - Descrever e comparar a epidemiologia molecular e os aspectos clínico-radiológicos da cepa RDRio e não RDRio de isolados clínicos coletados no estado do Rio de Janeiro. População - 109 pacientes de tuberculose confirmados por cultura, provenientes de 5 unidades de saúde do estado do Rio e que consentiram em participar do estudo. **Métodos:** Todos os pacientes tiveram seus dados clínicos, laboratoriais (HIV, PPD), microbiológicos (cultura para Mtb e BAAR, sensibilidade a drogas) e radiológicos registrados. As cepas coletadas foram genotipadas pelos métodos de spoligotyping e MIRU/VNTR, e submetidas a um painel de PCR desenvolvido para identificação da deleção RDRio. Os dados foram submetidos à análise de contingência com teste de exato de Fisher. Os resultados da tipagem molecular foram comparados aos achados de nosso trabalho anterior. **Resultados:** A análise de contingências pode ser verificada na tabela abaixo. Foram spoligotipadas 83 cepas, 43,4% pertencem a família LAM, 20,5% = T e 15,7% = Harlem, as demais spoligofamílias - X; H; S; T; U; 15_MAD2 e T5_MAD2 correspondem a 20% das cepas. Nas 76 cepas tipadas pelo MIRU/VNTR não identificamos padrão clonal. A análise da deleção RDRio nas 109 cepas cultivadas identificou 24 cepas (22%) tipadas como RDRio, 81 cepas (74%) Wild Type e 4 cepas com padrão misto. **Conclusões:** A prevalência da cepa RDRio foi de 22%, e esta permanece restrita a família LAM. Uma única cepa foi tipada como família U, e este padrão de spoligotyping sugere convergência evolutiva. A família LAM foi a mais frequente, em concordância com o banco de dados mundial SpolDB4 no qual a prevalência da família LAM é de (~ 50%) nas Américas. Comportamentos biológicos próprios da cepa RDRio são sugeridos pela amostra populacional avaliada e devem continuar a ser considerados.

Descritores: Epidemiologia molecular; Spoligotyping; RDRio

PEB.004 RECIDIVA DE TUBERCULOSE EM PACIENTES INFECTADOS POR DIFERENTES FAMÍLIAS DE M. TUBERCULOSIS E VIRAGEM TUBERCULÍNICA EM SEUS CONTACTANTES

JOSE ROBERTO LAPA E SILVA; RAQUEL FERNANDES DE BARROS NOBOA; CÉLIO DE BARROS BARBOSA; LUIS CLAUDIO LAZZARINI; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; PHILIP NOEL SUFFYS; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: HUCFF/UFRJ. EMAIL: RAQUELFBARROS@HOTMAIL.COM

Introdução: A recorrência de tuberculose (TB) é definida como um novo episódio da doença após cura do primeiro episódio com tratamento adequado. Estudos recentes demonstraram que a incidência da recorrência de TB após 2 anos de tratamento completo alcança taxas entre 0-27%. Através dos métodos de tipagem molecular foi evidenciado que frequentemente o segundo episódio decorre de reinfeção exógena e não de reativação endógena em locais com alta incidência da doença. **Objetivos:** Avaliar se a infecção por uma determinada família de *M. Tuberculosis* (Mtb), como determinado pelo método do Spoligotyping, está associada a uma maior incidência de recidiva ou se existe uma maior viragem tuberculínica nos contactantes, sugerindo uma maior transmissibilidade. **Métodos:** Coorte de 117 pacientes com TB pulmonar comprovada por cultura (caso índice) e seus 223 contactantes intradomiciliares, atendidos no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ) entre 2002 e 2003. Todas as culturas foram genotipadas pelo método do Spoligotyping. Foram avaliados os seguintes fatores de risco para recidiva: infecção pelo HIV, adesão ao tratamento e infecção por determinada Spoligofamília. Para detecção de recidivas, os pacientes foram seguidos por 2 anos após a cura. Em relação aos contactantes, foi avaliado a presença de reatividade ao teste cutâneo (PPD), definido como induração $\geq$ 10 mm e considerado como viragem tuberculínica. **Resultados:** entre os 117 pacientes com TB pulmonar, as Spoligofamílias predominantes foram LAM com 42,7% (50/117) e Harlem com 11,9% (14/117). Nenhuma cepa da família Beijing foi encontrada. Ocorreram 7 episódios de recidiva (5,9% dos pacientes): 6 (85,7%) eram HIV positivos, sendo que 2 estavam infectados pela família Harlem (33,3%) e 1 pela família LAM (16,6%). Entre os pacientes que abandonaram o tratamento, 38,4% eram HIV positivos (5/13). A taxa de recidiva entre os pacientes que abandonaram o tratamento foi de 23% (3/13), sendo que estes três também eram HIV positivos. Entre os contactantes, apenas 130 (dos 223) tinham dados válidos, sendo que 50,7% (66/130) apresentavam PPD $\geq$ 10 mm. A taxa de PPD positivo foi maior entre os contactantes da família LAM com 34,8% (23/66) e Harlem 7,6% (5/66). **Conclusão:** embora preliminar, os resultados mostraram que ocorreu mais recidivas em pacientes HIV positivos e infectados pela cepa da família Harlem, talvez associado ao fato de terem abandonado o tratamento. Foi confirmado um caso de reinfeção exógena pela cepa da família T, em paciente previamente infectado pela família Harlem. Uma atenção melhor poderia beneficiar pacientes que, no pós-tratamento, apresentassem um destes fatores de risco para detecção precoce de recidivas. O maior achado de PPD reator nos contactantes de pacientes infectados pela cepa da família LAM sugere que ela esteja associada a uma maior transmissibilidade e isto poderia, em parte, explicar a maior frequência desta família em todas as regiões brasileiras.

Descritores: Tuberculose; Recidiva; Viragem tuberculínica

PEB.005 VARIANTES ALÉLICAS DO GENE DA LECTINA DE LIGAÇÃO A MANOSE (LLM) ASSOCIADA À TUBERCULOSE

ELISANGELA DE SOUZA CUNHA; JOCELA CANDIDO DA SILVA SIMIÃO DA SILVA; ADRIANA DA SILVA REZENDE MOREIRA; ANNA CRISTINA CALÇADA CARVALHO; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; MARTA MARIA OLIVEIRA; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: UFRJ. EMAIL: ELIANGELASZ@YAHOO.COM.BR

Introdução: A Lectina de Ligação a Manose (LLM) é uma proteína do soro que desempenha um importante papel na resposta imune inata, interage diretamente com receptores de superfície das células apresentadoras de antígeno, e favorece a opsonização/fagocitose de agentes infecciosos como *Mycobacterium tuberculosis* (M.tb). Associação de variabilidade dos níveis séricos da LLM e polimorfismos do gene que codifica esta proteína foram descritas em diversas populações, porém são escassas tais informações em pacientes com tuberculose. **Objetivos:** Descrever as frequências genotípicas e alélicas encontradas no códon 54 (alelo B), códon 57 (alelo C) e códon 52 (alelo D), localizados no éxon 1 do gene LLM2 em contatos adultos de pacientes com tuberculose pulmonar (TBP) e avaliar a possível associação destas mutações com infecção e o adoecimento por M.tb. **Método:**

Foram avaliados 1702 contatos adultos de 606 pacientes com TBP confirmada bacteriológicamente acompanhados no Programa de Controle de TB do Hospital Universitário da UFRJ de outubro de 1998 a março 2004, destes 525 contatos de 291 pacientes foram genotipados para as mutações no éxon 1 por PCR-RFLP. Resultados: Quinhentos e vinte cinco participantes com idade mediana de 41,2 (18-91) anos; 65,5% eram do sexo feminino; 44,4% foram classificados como brancos e 75,4% eram naturais do Rio de Janeiro. Quatrocentos setenta e quatro (90,6%) contatos eram familiares do caso índice e 87% destes relataram ter contato diário contínuo. Quanto à prova tuberculínica (PT), 265 (50,5%) foram classificados como não reator, 48 (9,2%) como reator fraco e 211 (40,3%) como reator forte. Dentre os contatos estudados, 23 (13,1%) converteram à PT e 44 (12,1%) adoeeceram por TB. Avaliamos a associação das mutações nos alelos B, C e D com PT total (1º PT > 10 mm + booster + viragem), viragem da PT e adocimento por TB. Para as análises no alelo C (códon 57) observamos uma associação do mutante heterozigoto CT com o grupo dos indivíduos que converteram a PT ($p=0,04$; OR: 2,91; IC: 1,01-8,79). Para a análise do alelo D (códon 52), observamos um aumento na frequência alélica no grupo dos contatos adultos com PT < 10 mm ($p=0,03$; OR: 0,64; IC: 0,43-0,96), assim como no grupo que não converteu a PT ($p=0,0008$; OR: 0,26; IC: 0,11-0,61). Nenhuma associação significativa foi encontrada para o alelo B nas análises avaliadas. Conclusões: Nossos dados sugerem a participação dicotômica da LLM na TB. A heterozigose no alelo C está associada à susceptibilidade a infecção por M.tb, enquanto a frequência alélica no alelo D estaria associada a sua proteção.

Descritores: Tuberculose; Polimorfismos; Lectina de Ligação a Manose

PEB.006 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O VIVER COM TUBERCULOSE

SABRINA DA SILVA DE SOUZA; DENISE MARIA GUERREIRO VIEIRA DA SILVA

INSTITUIÇÃO: PCTB- SJ-SC. EMAIL: ENFERMEIRASABRINA@GMAIL.COM

Introdução: Trata-se de um estudo qualitativo do tipo convergente assistencial, que teve como objetivos: Compreender as representações da tuberculose de pessoas atendidas em um serviço de referência de um município de Santa Catarina acerca de sua condição de saúde; Compreender como as pessoas com tuberculose constroem a experiência de viver com essa doença; Compreender como as pessoas com tuberculose constroem a experiência de viver com essa condição de saúde. Foi utilizada como referencial a teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici (1961). A coleta de dados ocorreu através de grupos de convivência e de entrevistas individuais com 25 pessoas com tuberculose integrantes de um Programa de Controle de Tuberculose. A análise das falas nos levou a compreender que há um tema central que expressa como representam a tuberculose: viver com tuberculose é sofrido. Esta representação está apoiada em três categorias: o tratamento é difícil, a tuberculose afasta as pessoas, a tuberculose muda a percepção de si. Podemos observar que as pessoas que fizeram parte do estudo elaboram suas representações segundo seu universo vivido e experimentado, tratando-se de um conhecimento prático do senso comum, que orienta suas ações de cuidado. As pessoas com tuberculose também sofrem preconceitos devido a doença e isto faz com que mantenham segredo do diagnóstico para evitarem sofrer discriminação social. Os achados do estudo oferecem subsídios para a construção de uma proposta educativa que considera a pessoa com tuberculose em seu ambiente físico e social, visando sua reinserção social.

Descritores: Representação Social; Tuberculose; Enfermagem

PEB.007 PAPEL DOS ECTOSSOMOS DE NEUTRÓFILOS SOBRE A CAPACIDADE ANTIMICOBACTERIANA DE MACRÓFAGOS

TONYA AZEVEDO DUARTE; JOILDA SILVA NERY; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; SÉRGIO ARRUDA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA. EMAIL: TONYA.DUARTE@GMAIL.COM

Introdução: Diferentes manifestações de infecção com micobactérias refletem o balanço entre patógeno e mecanismos de defesa, no qual a resposta imune celular é essencial em prevenir o desenvolvimento da doença. Polimorfonucleares e mononucleares são fagócitos que desempenham papel crucial na defesa do hospedeiro contra infecção por M. tuberculosis. Numerosos estudos têm sugerido que macrófagos adquirem enzimas de neutrófilos regulando sua atividade antimicrobiana. Quando estimulados, neutrófilos humanos, por ectocitose, liberam microvesículas que possuem funções específicas. As vesículas liberadas pelos neutrófilos possuem muitas atividades biológicas e sua possível interação com macrófagos infectados pode modular a resposta inflamatória. Deste modo, a caracterização do papel de ectossomos durante a resposta imune pode prover um melhor entendimento sobre as interações entre patógenos intracelulares e célula hospedeira. **Objetivos:** Demonstrar a produção de micropartículas oriundas de neutrófilos estimulados por infecção com Mycobacterium bovis e por temperatura, bem como avaliar o papel dessas como agentes moduladores da atividade micobactericida de macrófagos. **Métodos:** Os neutrófilos humanos foram separados inicialmente por Dextran T-500 e fracionados por gradiente de Ficoll-Hypaque. Os monócitos obtidos de Buffy-Coats foram separados por Ficoll-Percoll. Para diferenciação em macrófagos, monócitos foram incubados a 37°C/5% CO₂ por sete dias. Os ectossomos de neutrófilos estimulados por infecção com M. bovis ou temperatura foram obtidos do sobrenadante da cultura após centrifugação. Os ectossomos marcados com PKH26 foram mensurados por FACS. A cepa de M. bovis obtida do INCQS foi utilizada para estimular neutrófilos e infectar macrófagos em uma proporção de 10 CFU/cel. As unidades formadoras de colônias foram cultivadas em 7H10 sob 37°C em atmosfera aeróbica e quantificadas até 40 dias de cultivo. Os resultados foram analisados utilizando o 0,05. programa Graph Pad e a significância estatística aceita quando $p < 0,05$. **Resultados:** Os neutrófilos estimulados por infecção com M. bovis ou temperatura liberaram ectossomos em iguais proporções. Os ectossomos quando adicionados em cultura de macrófagos infectados com M. bovis apresentaram atividade regulatória sobre a atividade micobacteriostática. Nenhuma significância estatística foi observada entre atividade regulatória dos ectossomos liberados após diferentes condições. No entanto, percebe-se uma maior inclinação inibitória sobre a atividade antimicobacteriana nos ectossomos liberados após estímulo por temperatura. **Conclusão:** Os neutrófilos liberam ectossomos após diferentes estímulos e estas microvesículas podem regular atividades microbianas por comunicação intercelular. Concluímos que patógenos intracelulares subvertem o metabolismo intracelular de macrófagos por diferentes mecanismos e que presença de ectossomos de neutrófilos podem regular a interação patógenos versus célula hospedeira.

Descritores: Tuberculose; Macrófago; Neutrófilo

PEB.008 METABOLISMO OXIDATIVO, APOPTOSE E ATIVIDADE MICOBACTERIÓSTÁTICA DE NEUTRÓFILOS E MONÓCITOS DURANTE TUBERCULOSE EXPERIMENTAL

TONYA AZEVEDO DUARTE; JOILDA SILVA NERY; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; SÉRGIO ARRUDA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA. EMAIL: TONYA.DUARTE@GMAIL.COM

Introdução: Polimorfonucleares neutrófilos (PMN) e monócitos (MO) constituem componentes da resposta imune natural contra a invasão por diversos microrganismos. Em contato com microrganismos, PMN e MO são ativados e ocorre intenso consumo celular de energia e oxigênio. Contudo, as reações químicas geram substâncias altamente oxidantes, como superóxido com alto poder bactericida, viricida e fungicida. Na tuberculose TB, a função exata de PMN e MO não é bem conhecida, no entanto, sugere-se um papel efetivo destas células na contenção da infecção. **Objetivos:** Investigar o papel do metabolismo oxidativo de PMN e MO sobre contenção da TB e avaliar a frequência de apoptose destas células infectadas. **MÉTODOS:** Para obtenção de neutrófilos humanos, células presentes no sangue heparinizado foram separadas inicialmente por Dextran, fracionadas em gradiente de Ficoll-Hypaque e submetidas à lise rápida hipotônica das hemácias residuais. Os neutrófilos foram ressuspensos em RPMI em uma concentração de 105cel/ml. Os monócitos foram obtidos de Buffy-Coat, as células foram fracionadas em gradiente de Ficoll-Percoll. As células foram incubadas em RPMI completo em uma concentração de 105cel/ml. Cepas de Mycobacterium bovis (ATCC19724), obtidas da coleção do INCQS, foram utilizadas para infecção de neutrófilos e monócitos pré-incubados em uma proporção de 1:1. Os níveis de superóxido foram determinados após 10 horas de infecção. Foi utilizado como marcador lucigenina e leitura no quimioluminômetro. A apoptose de neutrófilos e monócitos infectados foi medida por protocolo Anexina V (FACS) após 12 horas de infecção. As unidades formadoras de colônias (CFU) foram quantificadas após infecção com neutrófilos e monócitos no tempo zero, oito e 12 horas. Os bacilos foram cultivados em 7H10, incubados em atmosfera aeróbica, à 37°C e as CFU quantificadas entre dez a 30 dias de cultivo. **Resultados:** Após 8 horas de infecção com M. bovis, PMN e MO apresentaram maiores níveis de produção de superóxido. No entanto, em monócitos, esse aumento foi mais expressivo. Após 12 horas da infecção de PMN e MO com M. bovis foi medida apoptose destas células. Em ambos os tipos celulares, a infecção desencadeou a inibição da morte celular por apoptose. Neutrófilos reduziram o índice de apoptose de 50,7% para 1%, enquanto monócitos apresentaram uma redução da taxa de 20% para 1%. Os bacilos viáveis foram cultivados em 7H10, 37°C, 5% de CO₂. Os monócitos apresentaram maior atividade micobacteriostática quando comparados com neutrófilos. **Conclusão:** Concluímos que monócitos são mais eficientes que neutrófilos para conter o bacilo e que infecção com M. bovis regula apoptose em neutrófilos e monócitos inibindo esse tipo de morte celular. Investigação sobre relação entre patógeno e hospedeiro tem contribuído para formulação de estratégias mais eficientes de prevenção e controle da tuberculose.

Descritores: Tuberculose; Apoptose; Metabolismo Oxidativo

PEB.009 PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE EM NOVO HAMBURGO/RS:

SOLANGE FATIMA SHAMA; MARIA LUIZA MACHADO

INSTITUIÇÃO: SEMSA-NH FEEVALE. EMAIL: MLSPERLI@GMAIL.COM

Introdução: A tuberculose é uma doença de distribuição universal e um dos problemas de saúde pública prioritários no Brasil. Sua maior frequência é nas áreas mais populosas e com precárias condições econômicas e sanitárias. Este trabalho tem como objetivo conhecer a prevalência e incidência da tuberculose em moradores de Novo Hamburgo/RS de 2000 a 2007. O município com 224 Km², situado na região metropolitana de Porto Alegre, possuía em 2000 uma população de 236.037 habitantes e as estimativas do IBGE apontam uma população de 258.754 em 2006 e de 262.164 habitantes em 2007. A densidade populacional está em torno de 1.205 KM² e predominantemente urbana com vários núcleos de sub-habitações nos bairros mais populosos. A crise de emprego na indústria de calçados, base da economia local aumenta a demanda por serviços públicos e equipamentos sociais como unidades de saúde, creches, habitação, saneamento básico, áreas de lazer, entre outras, sendo maior do que os recursos disponibilizados pelo poder público. **Objetivos:** Avaliar a tendência da evolução da TB no município de Novo Hamburgo de 2000 a 2007. **Metodologia:** Estudo do tipo epidemiológico, descritivo, exploratório com enfoque quantitativo. O delineamento é do tipo transversal. A população é de moradores da cidade de Novo Hamburgo, pacientes ambulatoriais com diagnóstico confirmatório de tuberculose estabelecido no Serviço de Tisiologia do município, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2007. Foram registrados no Livro de Registro e Controle dos Casos de Tuberculose e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). **Resultados:** A comparação do número de casos novos de tuberculose nos anos de 2000 a 2007, demonstra oscilações no comportamento da série histórica. A prevalência de tuberculose varia 57,2/100.000 em 2000, decaindo atualmente para 40,1/100.000. **Conclusões:** No município de Novo Hamburgo, uma das cidades prioritárias para o controle da tuberculose no Rio Grande do Sul, está ocorrendo um declínio da doença nos últimos seis anos.

Descritores: Tuberculose; Prevalência; Novo Hamburgo

PEB.010 AVALIAÇÃO DA RESPOSTA IMUNE CELULAR AO ESAT-6 EM PACIENTES COM TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE

ROBERTA OLMO PINHEIRO; GLAUCESANTOS; ELIANE B OLIVEIRA; JORGE ALEXANDRE SANDES MILAGRES; ROSE MARGARETH BRANDÃO TELES; MARGARETH PRETTI DALCOLMO; ELIZABETH PEREIRA SAMPAIO

INSTITUIÇÃO: LABORATÓRIO DE HANSENÍASE-IOC-FIOCRUZ. EMAIL: GLAUCESANTOS@HOTMAIL.COM

Introdução: A tuberculose continua a ser um grave problema de saúde pública no Brasil, merecendo destaque a tuberculose multirresistente (TBM), especialmente por ser uma das formas mais graves da doença. Um dos grandes desafios está na aplicação e adesão adequada aos regimes terapêuticos que permitam conduzir a cura da doença. Outra preocupação crescente é a doença pulmonar causada por Micobactérias não-tuberculosas (MNTB) que surge como uma ameaça adicional principalmente pelo difícil diagnóstico devido à similaridade de sinais e sintomas facilmente confundidos com a tuberculose. **Objetivo:** Avaliar os mecanismos imunológicos envolvidos na resposta específica ao ESAT-6 em pacientes com TBM em comparação com pacientes com tuberculose não-resistente (NRTB) e com doença pulmonar causada por MNTB. **Métodos:** A resposta imune celular ao ESAT-6 foi avaliada por citometria de fluxo e por ELISA.

Em resumo, células mononucleares de sangue periférico (PBMCs) de pacientes com TBMR, TBNR, MNTB e controles saudáveis foram estimuladas com ESAT-6 por 72h. Após esse período as células foram recolhidas e a expressão de marcadores de superfície (CD25 e CD69), IFN- γ e FoxP3 foi avaliada por citometria de fluxo. A produção de citocinas foi avaliada nos sobrenadantes das culturas por ELISA. Em paralelo, os níveis séricos de IL-10 e TGF- β foram avaliados por ELISA. **Resultados:** A análise do fenótipo celular demonstrou que PBMCs de pacientes TBMR e TBNR apresentam menor expressão de IFN- γ do que PBMCs de indivíduos saudáveis. Entretanto, após a estimulação com ESAT-6 o percentual de aumentou em PBMCs de pacientes TBNR, mas não em PBMCs/células IFN- γ -gama de pacientes com TBMR, quando comparado aos controles e pacientes MNTB. Foi observado que células de pacientes TBMR não produzem IFN- γ em resposta ao ESAT-6 in vitro. As células de pacientes TBMR produziram níveis elevados de IL-10 em resposta ao ESAT-6 quando comparados aos controles e aos pacientes TBNR e MNTB e os níveis séricos de IL-10 estavam aumentados em pacientes com TBMR quando comparados com os demais grupos. Como esperado, as células de pacientes com MNTB não responderam ao ESAT-6 in vitro. Foi observado um discreto aumento nos níveis séricos de TGF- β em ambos os pacientes TBNR e TBMR, quando comparados aos controles saudáveis. Em pacientes MNTB foram observados níveis séricos elevados de TGF- β quando comparados aos controles saudáveis, o que sugere que o TGF- β pode estar envolvido na patogênese das doenças causadas por essas micobactérias ambientais. A produção de IL-10 específica ao ESAT-6 em células de pacientes TBMR foi correlacionada com a elevada frequência de células CD4CD25FoxP3+ que podem ser responsáveis pela diminuída resposta de IFN- γ -gama específica ao ESAT-6. Conclusão: A diminuída resposta de IFN- γ -gama ao ESAT-6 em células de pacientes TBMR parece estar relacionada ao aumento da citocina IL-10 e da população celular CD4CD25FoxP3+.

Descritores: Tuberculose multiresistente; Resposta imune; ESAT-6

PEB.011 GENE MUTATIONS AND SPOLIGOTYPE LINEAGES OF ISONIAZID RESISTANT M. TUBERCULOSIS ISOLATES

ELIS REGINA DALLA COSTA; MÁRCIA SUSSANA N. SILVA; DIANA C. ROSTIROLLA; MARTA OSORIO RIBEIRO; PATRICIA I. CAFRONE; MARIA ALICE SILVA TELLES; MARIA LÚCIA R. ROSSETTI; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: FEPPS. EMAIL: ERDALLACOSTA@YAHOO.COM.BR

Setting: Transmission of INH resistant M. tuberculosis strains with a mutation at amino-acid position 315 of katG appears to transmit as efficiently drug-susceptible strains. Few studies have evaluated spoligotype lineages associated with this mutation. **Objective:** We evaluated 249 INH resistant M. tuberculosis isolates from South America for mutations in the katG, ahpC and inhA genes and correlated these mutations with minimal inhibitory concentrations tested by in vitro drug susceptibility assay, and spoligofamilies. **Methods:** Minimum inhibitory concentration (MIC) test was performed as described by Palomino et al. (2002); Chromosomal DNA was extracted from cultures on Löwenstein-Jensen medium, using the CTAB method as described by van Embden et al. (1993). Sequence analysis were amplified with katG, ahpC, inhA primers, in accordance with Silva et al. (2003); After purification, the amplification products were sequenced by using the Big Dye Term. Cycle Seq. Kit, in the ABI Prism 3100 DNA Sequencer (Applied Biosystems); Spoligotyping was performed as described by Kamerbeek et al. (1997); the double repetitive element (DRE) PCR was performed in accordance to Friedman et al. (1995). **Results:** Mutations in katG were observed in 184 (73.9%) of the isolates and 181 (72.7%) presented at codon 315. Besides mutations in katG, alterations were observed also in oxyR-ahpC in 21 (8.4%) isolates; in the inhA regulatory region in 30 (12.0%) isolates and in inhA in 3 (1.2%) isolates. Among the 153 isolates presenting a minimal inhibitory concentration (MIC) of ≥ 2.0 μ g/mL of INH, 127 (83.0%) had the S315T mutation ($p < 0.01$). The S315T katG mutation was significantly more frequent in isolates belonging to the Haarlem family when compared to other genotypes [35 (89.7%) Haarlem isolates, 81 (70.4%) LAM, 21 (59.6%) T] ($p < 0.01$). Association with ahpC or inhA mutation and different genotypes was not found. **Conclusions:** The data indicate that a screening for the presence of the S315T katG mutation may be useful in South America to establish appropriate anti-TB therapy, to monitor the drug resistance pattern and, possibly to be used as a marker for higher transmissibility of INH resistant M. tuberculosis strains.

Descritores: Tuberculose; Resistência; Genotipagem

PEB.012 NÍVEIS AUMENTADOS DE IL-10 NO ESCARRO NO FINAL DO TRATAMENTO ANTI-TUBERCULOSE É UM MARCADOR DA RECIDIVA

PATRICIA MARTINS LAGO; LUIS CLAUDIO LAZZARINI; AFRANIO LINEU KRITSKI; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; JOSE ROBERTO LAPA E SILVA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: LAGOPM@HUCFF.UFRJ.BR

Introdução: Pessoas com Tuberculose prévia têm grande chance de apresentar segundo episódio. Durante a TB ativa, concentrações pulmonares de citocinas anti-inflamatórias e receptores estão aumentadas. Fatores genéticos do hospedeiro e a micobactéria virulenta se associam para resultar em TB ativa. **Objetivo:** Investigar os níveis de IL-10 e IFN- γ nos pulmões no momento do diagnóstico de TB e durante o tratamento anti-Tuberculose, e correlacionar estes níveis com as taxas de recidiva após um longo período de acompanhamento. **Métodos:** 21 pacientes com TB comprovada bacteriologicamente completaram o protocolo. No momento do diagnóstico de TB e com 15, 30, 60 e 180 dias de quimioterapia anti-Tuberculose, eles tiveram indução de escarro, o material foi tratado com DTT (Dithiothreitol), e os sobrenadantes foram congelados para análise posterior de citocina pelo método de ELISA. Informações clínicas de 20/21 pacientes foram obtidas durante um período de acompanhamento de 3 a 5 anos. **Resultados:** IL-10 e IFN- γ foram vistos em todos os tempos. No momento do diagnóstico, os níveis de IL-10 e IFN- γ foram altos, porém, os níveis de IFN- γ caíram e permaneceram baixos até o final do tratamento. Níveis de IL-10 encontraram-se paralelos à curva de negatização do escarro até o tempo de 30 dias. No tempo de 180 dias, 2 padrões diferentes foram vistos: no padrão 1 ($n = 7$), os níveis de IL-10 aumentaram novamente; no padrão 2 ($n = 13$), os níveis de IL-10 diminuíram comparados ao tempo de 60 dias ou permaneceram estáveis. Durante o período de acompanhamento, 5/7 casos do padrão 1 tiveram pelo menos um episódio de recidiva de TB, comparado a 1/13 casos do padrão 2 [OR: 30.0 (2.19 - 411.3), $P = 0.0072$, teste exato de Fisher]. **Conclusão:** Os resultados favorecem a hipótese de que a IL-10 está envolvida na patogênese da TB pulmonar. A presença de altos níveis de IL-10 no final do tratamento poderia funcionar como um fator de risco para recidivas da TB.

Descritores: Tuberculose; Interleucina-10; Recidiva

PEB.013 DOES THE DIFFERENT MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS CLINICAL STRAINS ELICIT DIFFERENT IMMUNE RESPONSE IN HEALTHY VOLUNTEERS? A PILOT STUDY

MARIA HELENA FERES SAAD; VINICIUS RIBEIRO CABRAL; CLAUDIA FERREIRA DE SOUZA

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ. EMAIL: SAAD@IOC.FIOCRUZ.BR

The control of an infection with Mycobacterium tuberculosis requires multiples interactions of immune response cells that result in the generation of protective CD4+ T cells, interferon- γ production, and inhibition of mycobacterial growth. Studies have suggested that various strains may differ in their transmission potential, have distinct interaction with host and induce divergent immune response. We access the ability of different strains, determined by insertion sequence (IS) 6110 copy number and drug resistance profile, to induce the protective immunity in healthy volunteer (6 TST+ and 5 TST-). Nine genotypic and phenotypic different strains were used to prime peripheral blood mononuclear cells from the same volunteers. CD4+ and CD8+ cells were quantified by flow cytometry and Th1 cytokine (IFN- γ) elicited by the strains were compared. Heterogeneity of results for cell number and expression of surface markers in TST+ and TST- volunteers was observed. Significant difference was obtained in PBMC stimulated with low IS6110 copies number (strain 238) and with 10-11 bands. In absence of antigenic stimulation (Control), detectable levels of IFN- γ were secreted by PBMC of TST+ and TST-, however higher secretion was obtained in TST+ and low to moderate level in TST-. These suggest that some healthy individuals, although TST-, were not naive to M. tuberculosis strains. All TST+ and 33% of TST- volunteers produced IFN- γ after stimulation with strain 046 (10bd, cluster and Multidrug resistant). By the other side, all, except one volunteer, was not able to produce IFN- γ after stimulation with strain 238 (2 bd, cluster and isoniazide resistant). This may suggest that some strains are not recognized by host immune system and may have implication in vaccination. The mean IFN- γ level secreted by PBMCs stimulated with drug resistant strains was lower than drug-susceptible strains; although the difference was not significant. However, these results suggest that drug resistant strains may down regulate host immune response. Further studies must be done with low IS6110 copies number and resistant strains analyzing other cytokine, including type 2, to better understand the Th1 down regulation response elicited by some clinical strains.

Descritores: M. tuberculosis; Tuberculosis; Immune response

PEB.014 AUSÊNCIA DE RELAÇÃO ENTRE EXPOSIÇÃO A MYCOBACTERIA E RESPOSTA ALÉRGICA ENTRE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE EM SALVADOR (BAHIA, BRASIL)

FELIPE FURTADO LEITE; SÉRGIO ARRUDA; THEOLIS COSTA BARBOSA; MANOEL BARRAL NETTO

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ - CPQGM. EMAIL: FELPLEITE@HOTMAIL.COM

Introdução: Uma associação negativa foi encontrada por alguns autores entre a vacinação com o BCG (Bacilo de Calmette-Guérin) ou reatividade ao teste tuberculino (TST) e a frequência de alergias respiratórias. **Métodos:** Para investigar esta questão, voluntários foram recrutados entre os estudantes universitários da área de saúde submetidos ao TST. Dados demográficos e clínicos foram obtidos empregando-se um questionário padrão para os voluntários. Uma coorte de estudantes universitários, com TST negativo, submetidos ou não à revacinação com o BCG foi avaliada utilizando o questionário padrão ISAAC e teste alérgico cutâneo Prick Test (PT). Níveis de citocinas produzidas em toda cultura de sangue dos indivíduos acima estimulados, in vitro, com antígenos micobacterianos ou alérgenos comuns (Dermatophagoides pteronyssinus) foram mensurados por citometria de fluxo, e a influência da revacinação com o BCG e a resposta, in vitro, a ambos os antígenos foram avaliadas. Alérgenos testados foram: epitélio de gato (EG), epitélio de cachorro (EC), fungo V (FV), pólen IV (PIV), Blatella germânica (BG), Periplaneta americana (PA), Blomia tropicalis (BT) e D. pteronyssinus (DerP). **Resultados:** 798 indivíduos foram avaliados. Não houve associação entre responsividade ao TST e asma referida, bronquite alérgica ou possuir algum tipo de alergia. Entre os voluntários TST negativo a responsividade ao PT ao DerP (56.2%) e BT (20.0%) foram mais frequentes. Responsividade ao DerP foi significativamente associada com asma referida. Não houve diferença significativa nos níveis de IFN- γ produzida, in vitro, após estimulação com antígenos de DerP, nem antes nem depois da revacinação. Os mesmos indivíduos apresentaram aumento da resposta IFN- γ à estimulação com antígenos micobacterianos (Mtb). **Conclusão:** Não houve relação entre a resposta ao TST e asma referida ou bronquite alérgica. Isso pode ser devido ao fato que uma significante parcela dos indivíduos avaliados apresentou asma ou bronquite alérgica durante a infância, previamente ao contato com Mycobacteria ou então vacinação com BCG. Revacinação com BCG não alterou, in vitro, a resposta IFN- γ ao maior alérgeno (DerP), enquanto que a resposta a antígenos micobacterianos foi alterada significativamente.

Descritores: BCG; Teste tuberculino; Alergia

PEB.015 CELLULAR RESPONSES TO MPT-51, GLCB AND ESAT-6 AMONG MDR-TB AND ACTIVE TUBERCULOSIS (TB) INDIVIDUALS IN A CENTRAL STATE OF BRAZIL

JOÃO ALVES ARAÚJO-FILHO; ARIOLDO CARVALHO VASCONCELOS JR.; EDUARDO MARTINS SOUSA; ANDRÉ KIPNIS; ELISANGELA RIBEIRO; ANA PAULA JUNQUEIRA-KIPNIS

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS. EMAIL: ARAUJOFILHO63@CLICK21.COM.BR

Introduction: Multidrug-resistant pulmonary tuberculosis (MDR-TB) may result from either insufficiency of the host cellular immune response or mycobacterial mechanisms of resistance. Mycobacterium tuberculosis-specific CD8+ and CD4+ T lymphocytes from MDR-TB patients are poorly studied. **Objectives:** The aim of this study was to evaluate CD4+IFN- γ +, CD4+IL-10+, CD8+IFN- γ +, and CD8+IL-10+ cell populations in non-resistant TB and multi-drug resistant tuberculosis (MDR-TB) patients from mid-central Brazil in comparison to tuberculin skin test negative (TST) healthy individuals. **Methods:** Heparin treated venous blood was drawn from subjects (MDR-TB: 5 subjects; non-resistant TB: 22 subjects; controls: 22 subjects) into sterile blood collection tubes, and PBMC were isolated. The cell suspensions were plated on 96 wells plates. Cells were then stimulated with rMPT-51 antigen (100 μ g/ml-1 μ g/well), rGLC-B (100 μ g/ml-1 μ g/well), rESAT-6 (100 μ g/ml-1 μ g/well), or phytohemagglutinin (PHA, 100 μ g/ml; Sigma), and incubated at 37°C in a 5% CO2 humidified air atmosphere for the optimized period of 96 hours. The presence of CD4+IFN- γ +,

CD4+IL-10+, CD8+IFN- γ and CD8+IL-10+ cell populations were evaluate by flow cytometry. Results: Non-resistant TB patients present specific cellular responses (CD4 and CD8, both IFN- γ and IL-10) to GlcB, MPT-51 and ESAT-6; while MDR-TB patients present only CD8+IFN- γ responses to ESAT-6 and CD8+IL-10+ responses to GlcB and ESAT-6. Conclusions: The results show that MDR-TB patients present impaired specific CD4 IFN- γ and IL-10 responses and increased/normal specific CD8 IFN- γ and IL-10 responses. This suggests an important role for CD8 function in these patients. Descritores: Multidrug-resistant tuberculosis; Immunology; Flow cytometry

PEB.016 O USO DE DNA EXTRAÍDO DE LÂMINAS POSITIVAS (BAAR +) PARA IDENTIFICAÇÃO MOLECULAR DOS AGENTES ETIOLÓGICOS DA TUBERCULOSE PULMONAR.

SIDRA EZIDIO GONÇALVES VASCONCELLOS; PAULO CESAR DE SOUSA CALDAS; MARIA DE LOURDE LEITE; HARRISON MAGDINIER GOMES; ADALBERTO REZENDE SANTOS; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; PHILIP NOEL SUFFYS

INSTITUIÇÃO: HUCFF-UFRJ/FIOCRUZ. EMAIL: SIDRA@IOC.FIOCRUZ.BR

O presente estudo foi baseado na utilização do Spoligotyping na genotipagem de DNA extraído de lâminas previamente analisadas e definidas como positivas (+, ++, +++) em relação à presença de bacilos álcool-ácido-resistentes, submetidas a exame microscópico para o diagnóstico de tuberculose pulmonar de pacientes atendidos no Hospital Municipal Rafael de Paula (HMRPS) ou em outras unidades de saúde, que tiveram o seu material clínico enviado para o HMRPS para o diagnóstico bacteriológico da TB. Para verificar a capacidade de tipificação através de spoligotyping neste tipo de material, submetemos a este protocolo inicialmente 87 lâminas (4 lâminas negativas, 50 lâminas classificadas como BAAR+, 18 lâminas classificadas como BAAR++ e 15 lâminas classificadas como BAAR+++ e usamos como controle DNA de *M. tuberculosis* H37Rv e *M. bovis*. Para investigar a reprodutibilidade do Spoligotyping, foram elaborados testes em duplicata de todas as 87 lâminas, totalizando 174 testes. Entre as 83 lâminas positiva, 80 (96,4%) apresentaram um padrão de Spoligotyping que consideramos completo enquanto uma lâmina não apresentou sinal de hibridação (1,2%) e duas apresentaram padrões incompletos (2,4%). Padrão reprodutível (nenhuma discrepância entre os padrões obtidos) foi observado para as 80 lâminas positivas e todas as lâminas negativas apresentaram ausência de sinal após hibridação. Isto mostra que a técnica de tipagem é reprodutível e não apresenta resultados falsos positivos. Para determinar os genótipos, comparamos os perfis obtidos com o Banco de dados SpolDB4.0 (<http://www.pasteur-guadeloupe.fr>). O perfil mais frequente foi o tipo 53 pertencente à família T, classe I (T1), seguidos pelos tipos 1475, 393, 771 também pertencentes à família T classe I, representando 59,5 % de todos as espécies estudadas, foi observado apenas dois isolados com o tipo 42 e um tipo 81 classificados como pertencentes a família LAM classe 9 (LAM9). Os resultados iniciais mostraram que as metodologias de escolha (extração e tipagem) são viáveis para detecção e tipagem de MTBCs. Tanto dados da literatura (Suresh et al 2007) quanto nossos resultados mostram que o método de extração de DNA direto de lâminas é rápido, barato, de fácil execução, adequado para ser utilizado para uma grande quantidade de amostras, reduzido risco de contaminação cruzada, em função dos diversos microorganismos manipulados também confere uma maior segurança ao operador, evitando a exposição manipulação do material clínico e cepas cultivadas.

Descritores: Tuberculose; BAAR +; Spoligotyping

PEB.017 PERFIL LIPÍDICO EM PACIENTES PORTADORES DE TB PULMONAR ATENDIDOS EM DOIS HOSPITAIS DE REFERENCIA NO RIO DE JANEIRO.

KARINA NEVES DELOGO; DANIELA MARIA DE PAULA RAMALHO; RAILA EMMEL MONTEIRO; HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA; FERNANDO CARLOS VETROMILIE RIBEIRO; ELIENE DENITES DUARTE MESQUITA; LICIENE TELLES BASTOS; JULIANNE RIFAM DE ALMEIDA; ANTONIO CLAUDIO GOULART DUARTE; ANTONIO RUFFINO-NETO; AFRANIO LINEU KRITSKI; MARTA MARIA OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: UFRJ. EMAIL: KADELOGO@HOTMAIL.COM

Introdução: Apesar de escassas informações na literatura, em alguns estudos observou-se que a hipolipidemia é comum em pacientes com tuberculose pulmonar (TB). Este fato pode estar associado ao nível socioeconômico e ao aumento do catabolismo durante a fase ativa da TB, o que poderia prejudicar a resposta imunológica e consequente agravamento da doença. **Objetivo:** Descrever o perfil lipídico e antropométrico em pacientes portadores de TB pulmonar. **Metodologia:** Foram avaliados 38 pacientes com TB pulmonar internados em dois hospitais de referência no Rio de Janeiro. Para investigação do perfil lipídico, foram avaliados os níveis séricos de colesterol total (Ct), triglicerídeos, HDL, LDL e VLDL. Foi utilizado como ponto de corte para Ct, 200mg/dL; Tg, 130mg/dL; HDL, 40mg/dL; LDL, 100mg/dL e VLDL, 40mg/dL. Como marcador inflamatório foi utilizada a proteína C reativa (PCR) maior que 0,3mg/L. Estes exames foram coletados em tempos distintos: no início do tratamento (T0), 1 mês (T30) e 2 meses (T60) após o tratamento. Utilizou-se o teste de Spearman para avaliar a correlação, adotando um nível de significância de $p < 0,05$. O índice de massa corporal (IMC) foi calculado e classificado de acordo com a OMS (1998) e os resultados da avaliação antropométrica obtidos pela circunferência do braço (CB) e prega cutânea tricipital (PCT) foram comparados aos de referência de acordo com Frisancho (1981). **Resultados:** De acordo com os exames laboratoriais, no T0 foi observada inadequação de 81,57% de Ct, 75% de HDL, 63% de LDL, 47% de VLDL e 45% de Tg. Há aumento do perfil lipídico durante tempo T30 e T60, porém as médias dos níveis não apresentaram um aumento significativo. Houve correlação positiva significativa entre Ct e PCT no T0 e T30, com valor de $p = 0,004$ e $p = 0,05$. Todos os pacientes apresentaram PCR elevada. Quando associamos PCR com LDL, VLDL e Tg, não ocorreu correlação significativa, porém ela foi significativamente negativa entre e PCR e HDL nos 3 tempos ($p = 0,0001$; $0,001$; $0,05$) e entre Ct e PCR ($p = 0,0001$; $p = 0,003$ e $p = 0,018$), respectivamente. Quanto ao IMC, não houve correlação quando comparado a PCR no T0, porém, houve uma tendência de correlação no T30 ($p = 0,06$). **Conclusão:** De acordo com os achados, observamos um déficit lipídico, principalmente nos níveis de Ct e HDL, os quais estiveram fortemente correlacionados com a PCR. Os altos níveis de PCR indicam que estes indivíduos se encontram em resposta de fase aguda. A diminuição de Ct, pode levar a inadequação do funcionamento do sistema imune, por prejudicar a formação da membrana celular dos macrófagos, diminuindo sua atividade. Os altos níveis de PCR se associaram com baixos níveis de HDL, demonstrando que, se não revertido, estes pacientes se

tornam mais susceptíveis à resposta inadequada do hospedeiro a TB. Estes achados sugerem que o monitoramento da dieta nesse caso pode contribuir para um melhor manejo da terapêutica medicamentosa ou não da TB e, possível menor tempo de permanência hospitalar. Descritores: Hipocolésterolemia; TB pulmonar; Perfil lipídico

PEB.018 MUTAÇÕES NO GENE GIDB PODEM ESTAR RELACIONADAS COM A RESISTÊNCIA EM NÍVEL BAIXO À ESTREPTOMICINA EM ISOLADOS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

FERNANDA SÁ SPIES; LIA GONÇALVES POSSUELO; MARTA OSORIO RIBEIRO; PEDRO ALMEIDA DA SILVA; MARIA LÚCIA R. ROSSETTI; ARNALDO ZAHA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL - UFRGS. EMAIL: NANDABIOLÓGIA@YAHOO.COM.BR

Introdução: A estreptomicina foi o primeiro antibiótico usado no controle da tuberculose, ele atua na subunidade ribossomal 30S e inibe a síntese proteica. Mutações em rpsL e rrs, que codificam respectivamente, a proteína ribossomal S12 e o rRNA 16S, são os principais responsáveis pela resistência em nível alto à estreptomicina. Entretanto, um nível baixo de resistência é encontrado em um terço dos isolados clínicos resistentes à estreptomicina e sem mutações nesses genes. Recentemente foi descrito por Okamoto e colaboradores (2007) um gene (gidB), que codifica uma 7-metilguanosina metiltransferase específica para o 16S rRNA, como associado com a resistência em nível baixo à estreptomicina. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi avaliar a participação de mutações em gidB na resistência à estreptomicina em isolados clínicos de *Mycobacterium tuberculosis* do Rio Grande do Sul. **Métodos:** Foram estudados 79 isolados clínicos de *M. tuberculosis* do Rio Grande do Sul que já possuíam a Concentração Inibitória Mínima para estreptomicina determinada e os outros genes envolvidos com a resistência à estreptomicina sequenciados (rpsL e rrs). Primeiramente foi feito o desenho dos primers para amplificar um fragmento de 675 pb do gene gidB (número de acesso no geneBank AAK48404) e posteriormente a padronização da PCR e sequenciamento utilizando o MegaBACE 1000 DNA Analysis System (GE Healthcare Life Sciences, USA). **Resultados:** Mutações nesse gene foram encontradas em 58 (73%) isolados, ocorrendo em isolados resistentes e sensíveis, com ou sem mutações em rpsL e/ou rrs. A maioria dos isolados (49%, 39/79) apresenta a substituição (CCT>CGT; L16>R), essa substituição é encontrada tanto em isolados resistentes quanto sensíveis e por isso não foi considerada como relacionada com a resistência. Em 5% (4/79) dos isolados com um nível baixo de resistência à estreptomicina, foram detectadas mutações em gidB, mas não nos outros genes estudados (rpsL e rrs). **Conclusão:** Mutações em gidB são frequentes entre isolados clínicos de *M. tuberculosis* e possivelmente estejam relacionadas com um nível baixo de resistência à estreptomicina. O sequenciamento de mais amostras é necessário para um melhor entendimento de quais mutações estariam relacionadas com essa resistência.

Descritores: Estreptomicina; Resistência; GidB

PEB.019 O PAPEL DE MEDIADORES INFLAMATORIOS: OCORRÊNCIA DE TUBERCULOSE PULMONAR GRAVE E DESNUTRIÇÃO.

ALESSANDRA DIAS RIBEIRO; DANIELA MARIA DE PAULA RAMALHO; ANTONIO CLAUDIO GOULART DUARTE; FERNANDO CARLOS VETROMILIE RIBEIRO; ELIENE DENITES DUARTE MESQUITA; ANTONIO RUFFINO-NETO; AFRANIO LINEU KRITSKI; MARTA MARIA OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. EMAIL: ANYANCABR@HOTMAIL.COM

Introdução: A tuberculose pulmonar (TBP) permanece como uma das maiores causas de mortalidade por doenças infecciosas em nível mundial, particularmente nos países em desenvolvimento. Alguns fatores como desnutrição, HIV, condições sociais precárias são associadas como fatores de risco para o desenvolvimento da TB. A desnutrição afeta profundamente a imunidade mediada por célula (CMI), e a CMI é o principal mecanismo de resposta imune do hospedeiro contra a TB. A resposta imune e desnutrição podem exercer atividades cruciais na resposta inata e adquirida à infecção por *M. tuberculosis*. **Objetivo:** analisar as variações séricas de glicose, proteína C reativa, albumina e estresse oxidativo em pacientes com TB pulmonar, com diferentes graus de desnutrição, internados em dois hospitais de referência para TB no Rio de Janeiro. **Metodologia:** Os pacientes incluídos foram classificados em eutróficos, desnutridos leve, moderado e grave e avaliados nos tempos 0 (inclusão no estudo), 30 dias e 60 dias após a inclusão. Foi realizada avaliação clínica com utilização de questionário padronizado, realizado raio X de tórax, baciloscopia e cultura para micobactéria e avaliação bioquímica. **Resultados:** Dezenove pacientes foram incluídos (7 eutróficos, 5 com desnutrição leve, 3 com desnutrição moderada e 4 com desnutrição grave). Observou-se queda nos níveis de glicose e aumento de proteína C reativa nos pacientes desnutridos quando comparados aos eutróficos. Houve queda significativa no estresse oxidativo entre os pacientes eutróficos, não observada entre os pacientes com desnutrição. Não foi observada diferença nas taxas de albumina entre os diferentes grupos avaliados. **Conclusão:** Os dados preliminares sugerem que marcadores como estresse oxidativo e proteína C reativa poderiam ser considerados como indicadores de gravidade clínica em pacientes com TB desnutridos.

Descritores: Desnutrição; Inflamação; Gravidade

PEB.020 TUBERCULOSE E DESNUTRIÇÃO: POSSÍVEL PAPEL DE POLIMORFISMO NO GENE DO TNF- α NA RESPOSTA INFLAMATÓRIA. RESULTADOS PRELIMINARES

ALESSANDRA DIAS RIBEIRO; DANIELA MARIA DE PAULA RAMALHO; PAULA FERNANDA GONÇALVES DOS SANTOS; HEDI MARINHO DE MELO GUEDES DE OLIVEIRA; FERNANDO CARLOS VETROMILIE RIBEIRO; ELIENE DENITES DUARTE MESQUITA; LICIENE TELLES BASTOS; JULIANNE RIFAM DE ALMEIDA; ANTONIO CLAUDIO GOULART DUARTE; ANTONIO RUFFINO-NETO; AFRANIO LINEU KRITSKI; MARTA MARIA OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. EMAIL: ANYANCABR@HOTMAIL.COM

Introdução: A tuberculose (TB) humana permanece como uma das principais causas de morte por doença infecciosa no mundo e alguns fatores tem sido associados a esta condição como HIV, desnutrição, e aparecimento de cepas multi droga resistentes. A desnutrição observada em alguns pacientes com TB pode ser um fator predisponente para a ocorrência de forma grave e maior morbimortalidade. A inflamação sistêmica nestes pacientes se dá por meio da ativação do sistema imune, pela produção de citocinas, como o TNF- α e mediadores pró-inflamatórios como a proteína C reativa (PCR), observados em altas concentrações nos

pacientes com infecções como a TB. **Objetivos:** analisar as variações dos níveis séricos da PCR, e de TNF- α , assim como descrever a presença de polimorfismos genéticos no gene que codifica para TNF- α na posição -238 em pacientes internados em dois hospitais de referência para TB no Rio de Janeiro com diferentes graus de desnutrição. **Metodologia:** Nos pacientes incluídos foi medido o grau de desnutrição pela circunferência muscular do braço, que indica perda de massa magra e proteína. Medidas foram feitas nos tempos 0 (inclusão no estudo), 30 dias e 60 dias após a inclusão. As genotipagens dos genes alvos foram realizadas através da técnica de PCR-ARMS A dosagem da citocina foi realizada por um kit de ELISA. **Resultados:** Dezenove pacientes foram incluídos no estudo (dezoito com desnutrição grave e um com desnutrição leve). Observamos níveis aumentados de PCR em todos os pacientes no tempo 0 cuja média foi 7,52 mg/dL, nos tempos 30 e 60 houve uma diminuição e as médias ficaram em torno de 4,8 e 2,66 mg/dL respectivamente; todas acima do valor de referência de 0,3mg/dL. Os níveis de TNF- α observados para todos os pacientes nos três tempos analisados não ultrapassou a 62,5 pg/ml. Analisando o perfil genético observou-se que 17 indivíduos apresentavam mutação na posição -238 do gene TNF. **Conclusão:** Apesar de todos os pacientes do estudo apresentar um quadro de inflamação aguda observada pelos níveis elevados de PCR, a resposta inflamatória aqui analisada pelo TNF estava possivelmente atenuada pela presença de polimorfismo do gene que são responsáveis por uma menor expressão da citocina.

Descritores: Polimorfismo; Imunogenética; Desnutrição

PEB.021 POLIMORFISMO NA REGIÃO PROMOTORA DA INTERLEUCINA 10 EM PACIENTES COM TUBERCULOSE INTERNADOS EM HOSPITAIS DE REFERÊNCIA NO BRASIL E NA ITÁLIA.

PAULA FERNANDA GONÇALVES DOS SANTOS; ANNA CRISTINA CALÇADA CARVALHO; ALESSANDRA DIAS RIBEIRO; AFRANIO LINEU KRITSKI; MARTA MARIA OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. EMAIL: PAULAGS2001@YAHOO.COM.BR

Introdução: Segundo a Organização Mundial de Saúde, um terço da população mundial está infectada por *Mycobacterium tuberculosis* agente etiológico da Tuberculose (TB), contudo apenas 5-10% da população infectada apresenta as manifestações clínicas da doença. Recentemente, têm-se sugerido que fatores étnicos do hospedeiro podem apresentar um importante papel na susceptibilidade e gravidade na ocorrência de TB. Entre eles, a mutação nos genes que codificam para interleucina 10 nas posições (-1082/-819/-592) estão associadas à menor produção de IL-10 e menor susceptibilidade a TB. **Objetivo:** Descrever a presença de polimorfismos presentes nas regiões promotoras dos genes que codificam IL-10 (-1082/-819/-592) em pacientes com TB no Brasil e na Itália. **Métodos:** Foram incluídos no estudo pacientes com TB ativa, com confirmação bacteriológica, internados em dois hospitais no Rio de Janeiro/Brasil (soronegativos para HIV e 90% com forma pulmonar isolada) e em um hospital de doenças infecciosas em Brescia/Itália (onde a maioria é de origem do norte da África, soronegativos para HIV e 52% com formas disseminadas de TB). As genotipagens dos genes alvos foram realizadas por meio da técnica de PCR-RFLP. **Resultados:** Foram avaliados 120 pacientes com TB internados nos hospitais Santa Maria e Hospital Universitário Clementino Fraga Filho no Rio de Janeiro (Brasil) e 161 pacientes do Hospital de Doenças Infecciosas e Tropicais de Brescia (Itália). Ao analisarmos os resultados obtidos entre os pacientes com TB atendidos no Brasil e na Itália, observamos o seguinte: a) para análise da mutação na posição -592, aumento significativo na frequência do alelo mutante no grupo de pacientes do Brasil ($p<0,001$; OR= 0,16; IC= 0,1-0,24), b) para análise da mutação na posição -819, uma associação borderline de aumento da frequência alélica no grupo de pacientes do Brasil ($p=0,058$; OR=0,71 IC=0,48-1,03), c) para análise da mutação na posição -1082, inversamente observamos um aumento significativo da frequência alélica selvagem entre os pacientes provenientes da Itália ($p=0,038$; OR=1,5, IC=1,0-2,24). Estratificando por forma clínica, observamos que em pacientes da Itália não houve diferença estatisticamente significativa para nenhum dos genótipos ou frequência alélica. Para os pacientes brasileiros observamos um aumento do genótipo selvagem (CC) na posição -819 do gene IL-10 no grupo de pacientes com forma grave ($p=0,002$; OR=0,19; IC=0,03-1,17). Não observamos associação para as mutações na posição -592 e -1082. **Conclusões:** Nossos resultados preliminares sugerem que mutação nos genes que codificam para IL-10 pode estar associada com menor susceptibilidade de TB, porém um estudo com maior número amostral será necessário.

Descritores: Polimorfismo; Interleucina 10; Imunogenética

PEB.022 ASSOCIAÇÃO DOS POLIMORFISMOS BSM1 E FOKI LOCALIZADOS NO RECEPTOR DA VITAMINA D COM SUSCETIBILIDADE A TUBERCULOSE NO RIO DE JANEIRO, BRASIL.

ADALBERTO REZENDE SANTOS; LUCIA HELENA AMIM; AFRANIO LINEU KRITSKI; JOSE ROBERTO LAPA E SILVA; FERNANDA QUEIROZ MELLO; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: LUCIAMIM@BOL.COM.BR

Introdução: A susceptibilidade da doença depois da infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* pode ser influenciada por fatores ambientais e genéticos. O metabólito da vitamina D conduz a ativação de macrófagos e restringe o crescimento intracelular do *Mycobacterium tuberculosis*. Embora estudos de associação de polimorfismos no gene de VDR com a tuberculose (TB) tenham mostrado uma influência na susceptibilidade do hospedeiro com a TB, os resultados são conflitantes e podem ser explicados pelas diferentes etnias em estudos de população. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é identificar se este efeito deve ser influenciado por polimorfismos localizados em alguns sítios no receptor do gene da vitamina D (VDR). **Métodos:** Numa população do Rio de Janeiro, um estudo caso-controle foi conduzido para avaliar a possível associação dos polimorfismos Bsm1 e FokI no gene de VDR com a ocorrência e severidade com TB. Após aprovação do termo de consentimento, o DNA de 253 pacientes com TB (TB pulmonar n=100 e TB extrapulmonar n=21) e 205 contatos saudáveis com informação do teste de sensibilidade tuberculínica (TST) sendo encontrados TST positivos n=103 e TST negativos n=76, foram genotipados, utilizando-se a técnica restriction fragment length polymorphism (RFLP) com as enzimas de restrição endonucleases Bsm1 and FokI. **Resultados:** A associação de alelos de cada polimorfismo com a ocorrência da TB (comparação entre pacientes com TB e controle TST positivos) e severidade (TB pulmonar versus extrapulmonar) foram avaliados. Para FokI, uma frequência maior significativa do alelo f mutante foi observada em pacientes ($p<0,01$, OR=0,55) mostrando uma associação com a ocorrência da TB. Algumas análises foram feitas para o polimorfismo Bsm1 e similarmente, a

frequência do alelo mutante (alelo b) foi significativamente maior em pacientes com TB quando comparado com controles TST positivos ($p=0,003$, OR=0,43). **CONCLUSÃO:** Nossos dados demonstram que os polimorfismos Bsm1 e FokI localizados no gene de VDR estão significativamente associados com susceptibilidade a tuberculose em indivíduos que vivem no Rio de Janeiro. Estes achados devem ter implicações futuras na administração da saúde pública na infecção da tuberculose latente e no tratamento da doença ativa. Nenhuma associação foi observada com severidade em ambos os polimorfismos.

Financiado por: Pronex, CNPq/ FAPERJ

Descritores: Tuberculose; Polimorfismos; Suscetibilidade

PEB.023 SECREÇÃO DE IFN- γ POR CÉLULAS T- RD1-ESPECÍFICAS COMO MARCADOR ALTERNATIVO PARA MONITORAR A EFICÁCIA DO TRATAMENTO CONTRA A TUBERCULOSE

SAMANTHA BRUM RIBEIRO; MARCOS BARRETO CONDE; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT;

KELLY DOOLEY; SUSAN DORMAN; JUDITH HACKMAN

INSTITUIÇÃO: HUCFF-UFRJ . EMAIL: SBRSBR@BOL.COM.BR

Introdução: O teste TSPOT TB detecta células produtoras de IFN- γ que respondem a antígenos específicos de *Mycobacterium tuberculosis* (MTB). Estudos anteriores demonstram a eficácia do teste na detecção da infecção latente e TB doença. Entretanto, seu desempenho como marcador alternativo no monitoramento da eficiência do tratamento contra tuberculose, em pacientes com tuberculose ativa, ainda não está bem definido. **Objetivos:** (1) Comparar a frequência de células T- RD1-específicas nos períodos 0, 16 e 24 semanas de tratamento em pacientes com cultura positiva para *Mycobacterium tuberculosis* na 8a semana versus pacientes com cultura negativa na 8a semana; (2) determinar a taxa de declínio das células T CD4 secretoras de IFN- γ com o tratamento; (3) determinar a frequência de testes positivos após 6 meses de terapia direta observada (DOT). **Metodologia:** Estudo prospectivo de um novo teste diagnóstico para tuberculose (TB), o TSPOT TB. Faz parte de um estudo duplo-cego, randomizado, de tratamento de pacientes cultura positiva para TB pulmonar. Pacientes receberam DOT com isoniazida, rifampicina, pirazinamida e também moxifloxacina ou etambutol. Amostras de escarro foram cultivadas nos períodos 0 e 8a semanas de tratamento. O ensaio TSPOT TB foi utilizado para enumerar células T peptídios-específicas para ESAT 6 e CFP 10. Foram realizados Teste T, regressão logística e linear para análise dos resultados. **Resultados:** De 58 pacientes com TB pulmonar, 45 tiveram resultado positivo no teste TSPOT TB, demonstrando sensibilidade de 77,6% (95% CI 64,7 para 87,5%). 48 (83%) dos pacientes tiveram cultura negativa após 8 semanas de tratamento, enquanto 10 (17%) tiveram cultura positiva 8 semanas de tratamento. Pacientes Cx+ tiveram um aumento de 61de SFCs após 24 semanas de tratamento, comparada com 28 SFCs no grupo Cx- ($p=0,024$). Após ajuste para pacientes com diabetes, o grupo Cx+ foi 3,99 vezes mais provável a ter um resultado positivo no teste TSPOT TB após 24 semanas de tratamento que o grupo Cx-, mas não houve significância estatística ($p=0,29$). Após 24 semanas de tratamento, 85% dos pacientes ainda apresentaram o teste TSPOT positivo. A taxa de declínio de SFCs foi aproximadamente 1 SFCpor semana, sem diferenças entre os dois grupos ($p=0,57$). **Conclusões:** Para pacientes com TB pulmonar, a contagem de SFCs foi maior no fim de 6 meses de tratamento para aqueles com cultura positiva em 8 semanas se comparado com os de cultura negativa na oitava semana.

Descritores: Imunodiagnóstico; Tratamento; Tuberculose

PEB.024 AUMENTO DA PRODUÇÃO DE IFN-GAMMA APÓS REVACINAÇÃO COM BACILO CALMETTE-GUÉRIN (BCG) EM ESTUDANTES DA ÁREA DE SAÚDE EM SALVADOR (BAHIA, BRASIL)

EVELIN SANTOS OLIVEIRA; JAQUELINE SILVA RODRIGUES; CARLOS MAURÍCIO CARDEAL MENDES;

JAMOCYR MOURA MARINHO; MANOEL BARRAL NETTO; SÉRGIO ARRUDA; THEOLIS COSTA BARBOSA

INSTITUIÇÃO: LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA E IMUNOREGULAÇÃO-CPQGM/FIOCRUZ.

EMAIL: EVELINSOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR

Introdução: O Brasil ocupa a 16ª posição em incidência de casos de tuberculose (TB) no mundo. A transmissão ocorre via inalação do bacilo liberado por indivíduo com doença ativa. A vacina composta pelo Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) é a única utilizada para prevenção da TB. Muitos estudos apontam que a vacina BCG possui eficácia variável contra tuberculose e não é capaz de prevenir a infecção latente. Estudos epidemiológicos mostram ausência de proteção adicional por aplicação de uma segunda dose da vacina BCG em crianças em idade escolar em Salvador - Bahia. Contudo, muitos estudos imunológicos mostram que voluntários vacinados e revacinados apresentaram aumento in vitro da resposta de IFN- γ contra antígenos micobacterianos e micobactéria morta, sugerindo possível efeito protetor da vacina. É importante observar que diferenças entre as respostas dos indivíduos após vacinação com BCG podem determinar diferenças na resposta imune a novas vacinas contra tuberculose, a serem aplicadas na população já vacinada. **Objetivo:** Avaliar a evolução da resposta imune in vitro e in vivo contra antígenos de *Mycobacterium tuberculosis* em indivíduos revacinados com BCG. **Métodos:** Os voluntários foram recrutados entre estudantes universitários da área de saúde, submetidos ao teste tuberculínico em dupla testagem (TST). Após consentimento informado, os voluntários duplo negativos ao TST foram randomizados para participarem quer do grupo revacinado com BCG, quer do grupo controle (não revacinado). 20ml de sangue foram coletados nos tempos 0, 2 meses e um ano após a revacinação. Foram realizadas culturas de sangue total de 72h com e sem estímulo (10 μ g/ml de lisado total de *Mycobacterium tuberculosis* H37Rv). Foram avaliados os níveis de IFN- γ , IL-6, IL-10, IL-4, IL-2 e TNF, usando a sistema multiplex para dosagem de citocinas por citometria de fluxo. **Resultados:** O presente estudo mostrou que em indivíduos revacinados as culturas de sangue total estimuladas com antígeno Mtb apresentaram aumento dos níveis de IFN- γ , IL-10, IL-2 e IL-4 um ano após a revacinação, em comparação com o tempo zero ($p<0,05$, teste Wilcoxon pareado). Os níveis de IFN- γ foram significativamente maiores após um ano de revacinação quando comparados com o tempo 0 ($p<0,01$), enquanto que nos controles os níveis não foram significativos ($p>0,5$). Os mesmos indivíduos com maior aumento da produção de IFN- γ dois meses após a revacinação (razão dois meses: tempo zero acima da mediana) são também os que apresentam um aumento significativo de IFN- γ no tempo de 12 meses após a administração da vacina ($p<0,001$). **Conclusão:** Com base nestes dados, a produção de IFN- γ in vitro face a antígeno total de *M. tuberculosis* constitui um potencial marcador da proteção in vivo conferida pela vacina contra a micobactéria tuberculosa.

Descritores: *Mycobacterium tuberculosis*; BCG; Citocinas

PEB.025 EXPANSÃO DA SUBPOPULAÇÃO DE CÉLULAS CD8+ PRODUTORAS DE IFN- γ APÓS REVACINAÇÃO COM BCG.

EVELIN SANTOS OLIVEIRA; JAQUELINE SILVA RODRIGUES; CARLOS MAURÍCIO CARDEAL MENDES; JAMOCYR MOURA MARINHO; MANOEL BARRAL NETTO; SÉRGIO ARRUDA; THEOLIS COSTA BARBOSA

INSTITUIÇÃO: LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA E IMUNOREGULAÇÃO-CPQGM/FIOCRUZ.

EMAIL: EVELINSOLIVEIRA@YAHOO.COM.BR

Introdução: A resposta imunológica celular após a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* é mediada principalmente por interações entre macrófagos e linfócitos T. As células T são potentes ativadoras de macrófagos para matar o *M. tuberculosis*. As células T CD8+ estão envolvidas na lise e na indução de apoptose de macrófagos infectados com micobactérias. Estas células são detectadas no líquido de lavagem broncoalveolar e no sangue periférico de pacientes tuberculosos, sendo seu número associado à extensão das lesões. Células T CD8+ de indivíduos vacinados com o BCG podem ser ativadas a produzirem IFN- γ , uma citocina-chave na resposta imunológica contra o bacilo. **Objetivo:** Avaliar a proporção de células CD8+ em culturas de sangue total de voluntários revacinados ou não com a vacina BCG (cepa Moreau), estimuladas com antígenos micobacterianos, nos tempos zero, dois meses e um ano após a revacinação, a fim de verificar se ocorre a modulação da resposta nestes indivíduos. **Métodos:** Foram recrutados estudantes universitários da área de saúde cursando o primeiro ou o segundo semestre. Os indivíduos foram submetidos ao teste tuberculínico (TST) e a um questionário para avaliação de fatores de risco para infecção tuberculosa. Os indivíduos negativos ao TST foram randomizados para administração ou não da revacinação. Foram realizadas culturas de sangue total na ausência ou na presença de antígeno total lisado de *M. tuberculosis*, incubadas por 72h. A avaliação da proporção de células T CD8+ produtoras de IFN- γ foi feita por imunofenotipagem com anticorpos conjugados a fluorocromos e citometria de fluxo. **Resultados:** 35 indivíduos revacinados e 18 controles foram analisados. 18 (51%) dos revacinados compareceram a apenas uma avaliação, 4 (11%) compareceram apenas às avaliações de 2 e 12 meses, 4 (11%) compareceram às avaliações de zero e 2 meses e 3 (9%) compareceram às avaliações de zero e 12 meses. Entre os controles, 12 (67%) dos revacinados compareceram a apenas uma avaliação e 2 (11%) compareceram às avaliações de zero e 2 meses. 4 controles e 6 revacinados compareceram a todas as avaliações. Quando considerados apenas os voluntários com todas as avaliações realizadas, verifica-se uma diferença significativa na proporção de células CD8+ apenas entre os voluntários revacinados, comparando os tempos de dois meses e um ano ($P=0.0289$, teste de Friedman com $p<0.05$ pelo pós-teste de Dunn). Considerando todos os voluntários como medições independentes, observamos diferença com significância limítrofe apenas entre os revacinados, entre os tempos zero e um ano ($p=0.0507$, teste de Kruskal-Wallis; $p<0.05$ pelo pós-teste de Dunn). **Conclusões:** A revacinação induz um aumento significativo na proporção de células TCD8+ que respondem a antígeno total de *M. tuberculosis* in vitro, corroborando um possível papel protetor da vacina em indivíduos com teste tuberculínico negativo.

Descritores: *Mycobacterium Tuberculosis*; Células T CD8; Revacinação

PEB.026 ESTUDO DO DESENVOLVIMENTO DE TUBERCULOSE EM CONTATOS FAMILIARES E INTRA-DOMICILIARES NO RIO DE JANEIRO: RESULTADOS PRELIMINARES

CARLOS ROGÉRIO DE ANDRADE RIBEIRO; ALESSANDRA DIAS RIBEIRO; ANTONIO RUFFINO-NETO; AFRANIO LINEU KRITSKI; MARTA MARIA OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: CARLOSROGERIO5@HOTMAIL.COM

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença infecto contagiosa transmitida por *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb), considerada um problema de saúde pública mundial. Entre os fatores relacionados com o desenvolvimento de TB são descritos: a) susceptibilidade do hospedeiro homem, b) linhagens de Mtb; c) condições sócio-econômicas, e) outras situações, c) grau de exposição ao caso índice com TB pulmonar (TBP), i.e.: contato intra-domiciliar diário ou esporádico; d) fatores genéticos: maior ocorrência em determinadas populações e/ou famílias; e) outras situações como: desnutrição, alcoolismo, co-infecção HIV/AIDS. Stern em 1960 demonstrou que em famílias cujos casos índices foram ambos os pais, a frequência de TB pulmonar entre filhos foi de 35,7%, significativamente maior do que a observada entre os filhos de casais saudáveis (8,3%). Recentemente, o estudo de polimorfismos de base única (SNP) tem sido utilizado para a identificação de fatores associados a maior susceptibilidade ou proteção a TB. Grupos étnicos de negros africanos possuem maior susceptibilidade ao desenvolvimento da TB do que caucasianos, resultado provável de uma seleção entre seus ancestrais nos séculos passados. **Objetivos:** Descrever a proporção de adoecimento por TB entre filhos cujos casos índices foram pais ou irmãos. **Metodologia:** Estudo descritivo sobre as famílias com pacientes com TB pulmonar atendidas no Programa de Controle a tuberculose Hospitalar (PCTH) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), no período de outubro de 1998 a outubro de 2001. Foi analisada a proporção de TB doença entre os contatos do caso-índice (C.I.) consanguíneos e intra-domiciliares que adoeceram ou não. Os pacientes identificados como C.I. e contatos foram convidados a participar do estudo e submetidos a entrevistas padronizadas utilizando-se um questionário que continha informações sobre aspectos sócio-econômico/demográfico, avaliação clínica, e prova tuberculínica. **Resultados:** Foram incluídas 33 famílias no estudo. A ocorrência de TB secundária entre os contatos familiares de CIs com laços consanguíneos foi maior (15,3%) quando comparada com CIs não consanguíneos (4,2%). Entre as famílias com relato de TB secundária no seguimento, quando o CI era o genitor a proporção de TB entre seus filhos foi de 44% e quando o CI era irmão, ela foi de 10% ($p=0,04$; OR=8,0; IC=0,72-204,46). **Conclusão:** Os dados sugerem um papel fundamental da genética de família como um fator de risco para o adoecimento por TB. Inclusão de número maior de famílias é necessário para confirmar tais resultados.

Descritores: Genética-familiar; Polimorfismo; Contatos

PEB.027 OTIMIZAÇÃO DE DIFERENTES SISTEMAS BASEADOS NA REAÇÃO EM CADEIA DA POLIMERASE - PCR NA DETECÇÃO DO ALVO IS6110 ESPECÍFICO DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS

JULIANA FALCÃO DE ARAÚJO LIMA; DIOGO DA ROCHA POROCA; HEIDI LACERDA ALVES DA CRUZ; JULIANA FIGUEIRÉDO DA COSTA LIMA; ROSANA DE ALBUQUERQUE MONTENEGRO; LÍLIAN MARIA LAPA MONTENEGRO; ANDREA SANTOS LIMA; HAIANA CHARIFKER SCHINDLER

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE PESQUISA AGGUEU MAGALHÃES. EMAIL: JULIANA_FALMA@YAHOO.COM.BR

Introdução: A tuberculose (TB) continua a ser um grave problema de saúde pública. O Brasil,

segundo a Organização Mundial da Saúde, ocupa o 14º lugar entre os 23 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. O diagnóstico definitivo da tuberculose é dado pela presença do bacilo através da baciloscopia ou cultura. A cultura apresenta uma sensibilidade maior comparada a baciloscopia, porém necessita de seis a oito semanas para a multiplicação do bacilo, retardando o diagnóstico definitivo da doença. Na TB, o diagnóstico precoce é necessário para a resposta ao tratamento específico ser satisfatória. O avanço da genética molecular tem causado grande influência na pesquisa médica. A técnica de reação em cadeia da polimerase (PCR) tem sua importância baseada na habilidade de replicar o DNA in vitro sem proliferação biológica do organismo portador de tal genoma, sendo possível amplificar sequências específicas de DNA mais de um milhão de vezes nas poucas horas necessárias para a realização da técnica. A sensibilidade da PCR está diretamente relacionada com o número de cópias da sequência-alvo IS6110 contida no genoma do *M. tuberculosis* que, em média, é de 6 a 20 cópias. **Objetivos:** O estudo avaliou o desempenho de diferentes oligonucleotídeos, dirigido para o alvo IS6110 de *M. tuberculosis*, através dos métodos baseado em PCR simples e Nested-PCR, utilizando DNA genômico purificado de cepa de referência de *M. tuberculosis* (H37Rv). **Métodos:** Os oligonucleotídeos avaliados pela PCR simples foram: TJ3/TJ5, OLI5/STAN3, J/K, IS1/IS2 e IS3/IS4 que amplificam fragmentos de 409pb, 316pb, 220pb, 123pb e 81pb, respectivamente. A nested-PCR foi avaliada com os sistemas TJ5/TJ3 e OLI5/STAN3, J/K e IS1/IS2, e IS1/IS2 e IS3/IS4. Para avaliar a menor quantidade de DNA de *M. tuberculosis* detectada pelos sistemas de PCR, foi realizada uma curva de diluição de fator 10 seriada, variando de 10 ng a 0,1 ag DNA. **Resultados:** Os resultados obtidos, na PCR simples, com os oligonucleotídeos J/K, TJ5/TJ3 e OLI5/STAN3 foram de 100fg, com os oligonucleotídeos IS1/IS2 foi de 100pg e com os oligonucleotídeos IS3/IS4 foi de 1pg. O limite de detecção da nested-PCR utilizando o sistema J/K e IS1/IS2 foi de 0,1ag, com o sistema TJ5/TJ3 e OLI5/STAN3 obtivemos 0,01fg e com o sistema IS1/IS2 e IS3/IS4 foi detectado 0,1fg. **Conclusão:** As reações de PCR otimizadas demonstraram ser rápidas, específicas e sensíveis, para a detecção de DNA de *M. tuberculosis*. Não foi observada amplificação com DNA genômico humano, podem os sistemas ser utilizados em PCR diagnóstica para a detecção de *M. tuberculosis*. Para obter seu real desempenho faz-se necessário continuar à otimização do sistema utilizando amostras biológicas de pacientes com suspeita de tuberculose.

Descritores: Tuberculose; IS6110; PCR

PEB.028 EVOLUÇÃO DA CICATRIZ VACINAL EM VOLUNTÁRIOS REVACINADOS COM BCG: CORRELAÇÃO COM RESPOSTAS IMUNES SISTÊMICAS À VACINA

ELISABETE LOPES CONCEIÇÃO; EVELIN SANTOS OLIVEIRA; JAQUELINE SILVA RODRIGUES; CARLOS MAURÍCIO CARDEAL MENDES; JAMOCYR MOURA MARINHO; ANTONIO EDSON SOUZA MEIRA JÚNIOR; SÉRGIO ARRUDA; THEOLIS COSTA BARBOSA

INSTITUIÇÃO: LABORATÓRIO NB2/NB3 - CPQGM/FIOCRUZ. EMAIL: BETEJC@HOTMAIL.COM

Introdução: A vacinação pelo Bacilo Calmette-Guérin (BCG) é realizada intradermicamente. Espera-se que, com a multiplicação limitada dos bacilos na pele, ocorra uma estimulação da imunidade mediada por células. Como sinais clínicos dermatológicos observam-se eritema, túberculo, podendo haver ulceração. O resultado é uma cicatriz levemente atrófica e, mais raramente, cicatrizes hipertróficas e quelóides. Eventualmente, acontecem reações inespecíficas como urticária, eritema polimorfo, eritema nodoso, quadros hemorrágicos com artralgias, mialgias; dor abdominal e disfunção hepática. A proteção conferida pela BCG neonatal contra as várias formas de tuberculose diminui com a idade do indivíduo e é bastante variável entre as populações. **Objetivo:** Investigamos se os efeitos sistêmicos de uma revacinação em indivíduos responsivos à BCG se correlacionam com a evolução da cicatriz vacinal produzida pela revacinação (BCGcic). **Métodos:** Estudantes da área de saúde foram recrutados em Salvador (BA, Brasil). 20 indivíduos foram revacinados com BCG e avaliados após 0, 2 meses. As cicatrizes vacinais e as lesões de BCGcic foram avaliadas sempre pelo mesmo profissional, documentadas com fotografias e medidas com régua. Os voluntários foram questionados sobre uso prévio e atual de medicações, sintomas locais e gerais, patologias existentes e percepção sobre a evolução da própria cicatriz. As avaliações hematológicas foram realizadas em hemocítmetro. A dosagem de citocinas foi realizada em culturas de sangue total estimuladas com antígenos micobacterianos. **Resultados:** Em todos os indivíduos avaliados a lesão apresentou evolução normal, sem complicações ou necessidade de tratamento. Uma voluntária referiu febrícula e sintomas gripais, e sete voluntários referiram sintomas locais (dor). Cinco manipularam a lesão, mas não houve infecção secundária. Um indivíduo referiu ter tomado medicação para os sintomas pós-vacinais. Há uma aparente relação inversa entre a razão dos níveis de IFN- γ e pré-revacinação (RIFN- γ) e o tamanho da BCGcic ($p=0.08$, Spearman). Verificou-se correlação significativa (1) positiva, entre o tamanho da BCGcic e o tamanho da cicatriz da vacinação neonatal ($P=0.04$, $r2=0.54$, Spearman), e (2) negativa, entre RIFN- γ e o tamanho da cicatriz da vacinação neonatal ($P=0.02$, $r2= -0.67$, Spearman). Não houve relação entre a presença de sintomas locais e níveis de citocinas. **Conclusão:** A evolução da lesão vacinal pode estar relacionada à resposta imune sistêmica conferida pela BCG. Houve semelhança entre o resultado clínico da primeira e segunda cicatriz, o que pode ser possível determinante genético da resposta à vacina.

Descritores: Revacinação; BCG; Cicatriz vacinal

PEB.029 CASOS DE TUBERCULOSE DIAGNOSTICADOS EM UM SERVIÇO DE SAÚDE NA TRÍPLICE FRONTEIRA BRASIL - PARAGUAI - ARGENTINA

REINALDO ANTONIO DA SILVA SOBRINHO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; SIMONE PEREIRA BARROSO; PATRICIA BARBOSA LINCOLN; MARIETA FERNANDES SANTOS

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - UNIOESTE. EMAIL: REISOBRIHO@YAHOO.COM.BR

Introdução: As regiões de fronteira são espaços críticos, e é reconhecida a insuficiência de iniciativa que propõe temas prioritários de cooperação, como a tuberculose. Cada município da Tríplice Fronteira possui uma política de tratamento da doença, embora o município de Foz do Iguaçu-Brasil absorva grande parte dos doentes oriundos do Paraguai e Argentina. **Objetivo:** Analisar os casos de tuberculose diagnosticados segundo tipo de entrada e presença de agravos associados. **Métodos:** Trata-se de um estudo retrospectivo de caráter quantitativo, com análise de dados secundários obtidos através do SINAN. A população de estudo foi constituída pelos casos de tuberculose pulmonar notificados nos anos de 2004 a 2006, em Foz do Iguaçu-PR. Os dados foram analisados quantitativamente utilizando o software TABWIN-MS/DATASUS. **Resultados:** No período foram notificados 439 casos da doença. Para a variável modo de entrada dos casos no sistema de informação, foi predominate o registro de casos novos, 78,8% do total dos casos notificados. O reingresso do paciente

após abandono do tratamento correspondeu a 10,9% dos casos analisados. Aqueles classificados como recidiva perfizeram 7,1% do total. Em relação aos agravos associados a tuberculose a incompletude (ignorado/branco) dessa variável foi extremamente alta, atingindo a marca de 74,7% dos casos notificados no período. O alcoolismo configurou 7,3%, o HIV/AIDS apareceu associado a tuberculose em 6,6% dos casos, já o diabetes apareceu em 2,5% das notificações realizadas e 0,9% dos diagnósticos de tuberculose foram realizados em pacientes com alguma doença/distúrbio mental. **Conclusão:** Observou-se que foi significativa a incidência de casos novos de tuberculose na localidade do estudo, acrescenta-se ainda que um percentual importante dos pacientes reingressam ao tratamento após abandono ou por recidiva, é fundamental criar mecanismos para tratar oportunamente todos os casos diagnosticados. Mesmo com a grande incompletude dos dados para a variável agravos associados a tuberculose, foi possível confirmar que os grupos em vulnerabilidade apresentam maior possibilidade de desenvolver a tuberculose em concomitância com outra doença. Ressalta-se a necessidade de aumentar a cobertura da estratégia DOTS nesse contexto, mas uma das dificuldades é a elevada proporção de endereço inexistente fornecido por pacientes de nacionalidade Paraguaia ou Argentina, estes omitem o verdadeiro domicílio temendo não receber o atendimento no serviço de saúde brasileiro.

Descritores: Tuberculose; Diagnóstico; Vigilância em Saúde

PEB.030 DETECÇÃO DE MYCOBACTERIUM AVIUM SUBSP. PARATUBERCULOSIS EM TECIDOS FIXADOS EM FORMALINA E INSERIDOS EM PARAFINA OBTIDOS DE PACIENTES COM E SEM DOENÇA DE CROHN

ANA SILVA CAROLINA CARVALHO; CYRLA ZALTMAN; LEILA DE SOUZA FONSECA; RAFAEL SILVA DUARTE; VALÉRIA CRISTINA LOUREIRO SALGADO; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; HEITOR SIFFERT PEREIRA DE SOUZA; ANA CAROLINA RIBEIRO FEIJÃO; MARLEI GOMES SILVA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO PRAFA FILHO - UFRJ. EMAIL: ACARVALHO_99@YAHOO.COM

Introdução: A doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa idiopática (RCUI) são as formas mais comuns das chamadas doenças inflamatórias intestinais (DII). Ainda não foi elucidada a etiologia da DC. Uma das prováveis hipóteses consiste na infecção ocasionada por micobactérias, mais especificamente *Mycobacterium avium* subsp. *paratuberculosis* (MAP). MAP é o agente etiológico da paratuberculose bovina ou doença de John. **Objetivo:** Avaliar a detecção de MAP e outras micobactérias pela reação em cadeia da polimerase (PCR) utilizando quatro protocolos de extração de DNA, a partir de tecidos fixados em formalina e inseridos em parafina obtidos de pacientes com e sem doença de Crohn. **Métodos:** Para a realização do estudo caso-controle não pareado, foi analisada uma amostra de conveniência composta por 29 pacientes atendidos no HUCFF/UFRJ. O grupo de casos foi composto por pacientes com DC, e grupo controle por pacientes com RCUI e com doença intestinal não inflamatória. Foram analisadas peças cirúrgicas e biópsia obtida por colonoscopia (predominantemente cólon e reto). Como o procedimento de fixação dos tecidos não permite o isolamento de microrganismos, os tecidos apenas foram analisados pela baciloscopia (cortes de 7mm utilizando os métodos de coloração de Kinyoun e Wade) e por métodos moleculares. Para os testes moleculares foram avaliados quatro diferentes métodos de extração de DNA, cuja diferença consiste basicamente no tipo e concentração dos reagentes (utilização de diferentes concentrações de proteinase K e lisozima, utilização de reagentes como Chelex 10, NP40 e perclorato de potássio). O DNA extraído pelos quatro métodos foi avaliado pela PCR baseado na sequência de inserção específica para MAP (IS900) e pelo método PRA-hsp65. Trabalho aprovado pelo comitê de ética e pesquisa HUCFF/UFRJ. **Resultado:** O melhor método de extração de DNA foi descrito por Diaz e colaboradores, no qual quatro amostras apresentaram PCR IS900 e PRA positivo (13,8%/29). Uma amostra de paciente com RCUI foi identificada pelo PRA como *M. flavescentis* (3,4%/29). Nenhuma amostra apresentou baciloscopia positiva, exceto os blocos controles (intestino de bovino com paratuberculose). **Conclusão:** A positividade da PCR pode ter sido afetada devido ao tipo de tecido, tamanho do produto amplificado, número de cópias do gene, concentração do DNA alvo, presença de inibidores e tempo de armazenamento dos tecidos. O método descrito por Diaz e colaboradores embora seja o menos econômico e mais trabalhosos apresentou melhores resultados devido provavelmente à digestão pela proteinase K. Estudos anteriores relatam a identificação de *M. flavescentis* em amostras clínicas, entretanto nenhum estudo sugere a importância desse achado. Nossos resultados não foram capazes de confirmar o papel do MAP na DC, entretanto reforça outros achados relatados na literatura, uma vez que apenas foi detectado DNA de MAP em tecido de pacientes com DC.

Descritores: *Mycobacterium avium paratuberculosis*; Doença de Crohn; PCR

PEB.031 APLICABILIDADE DE UM ELISA IN-HOUSE PARA PARATUBERCULOSE BOVINA NO SORODIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE CROHN

FLÁVIA GABEL GUIMARÃES; ANA SILVA CAROLINA CARVALHO; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; CYRLA ZALTMAN; CARLA DRAY MARASSI; WALTER MARTIN OELEMMANN; VALÉRIA CRISTINA LOUREIRO SALGADO

INSTITUIÇÃO: DEPARTAMENTO DE IMUNOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: FLAGABEL@GMAIL.COM

Introdução: Apesar da Doença de Crohn (DC) ser considerada de origem auto-imune, algumas evidências apontam que esta pode ter uma causa infecciosa; sendo o candidato mais provável *Mycobacterium avium* subsp. *paratuberculosis* (Map) [Lancet Infect. Dis. (2003) 3: 507]. Map causa uma ilite granulomatosa crônica em animais ruminantes conhecida como Doença de John ou paratuberculose bovina que, devido à similaridade dos sinais clínicos (diarréia e perda de peso), patológicos (inflamação granulomatosa transmurial difusa), epidemiológicos (período longo de incubação e ocorrência familiar) e acoplado a testes diagnósticos positivos para Map em pacientes com DC, fez com que alguns pesquisadores propusessem o Map como o agente etiológico da DC [J. Clin. Microbiol. (2000) 38, 4373]. **Objetivos:** Avaliação de um ELISA in-house para o imunodiagnóstico da paratuberculose bovina [Braz. J. Microbiol. (2005) 36, 118-122] como ferramenta para o imunodiagnóstico de pacientes com DC. **Metodologia:** Placas de ELISA foram sensibilizadas com o antígeno protoplasmático (PPA) de Map. Soros de pacientes clinicamente confirmados ou com suspeita de DC, de pacientes clinicamente confirmados ou suspeitos de retocolite ulcerosa (RCU) (doença inflamatória do intestino relacionada com a DC) e de pessoas sadias foram testados com e sem pré-adsorção com M. phlei, em diluições seriadas de 1/25 até 1/400. Como controle foram incluídos em cada placa um soro bovino de animal sadio e um de animal com paratuberculose. Os imunocomplexos foram detectados pela adição dos conjugados

anti-IgG, -IgM e -IgA humanas, e anti-IgG bovina, ligadas a fosfatase alcalina. Após adição do substrato p-NPP em dietanolamina e incubação por 20 min a reação foi parada com NaOH e as absorbâncias medidas em $\lambda = 415\text{nm}$. **Resultados:** Dos cinco pacientes com DC confirmada, dois são fortes reatores de IgG, dois de IgG e IgM, e um somente de IgM. O paciente com RCU e a pessoa sadia são negativas para as três classes de imunoglobulinas. Dentre 10 pacientes com suspeita de DC, quatro são não reativos para todas as classes, três apresentam reatividade para IgG, dois para IgA e um para IgM. Contudo, nenhuma OD superou a obtida para IgG de soro bovino positivo. Verifica-se também que a maioria dos soros pré-adsorvidos apresenta valores um pouco mais baixos que os sem pré-adsorção, justificado pelo fato de esta etapa ser usada para aumentar a especificidade do teste. **Conclusão:** Os resultados indicam que o ELISA PPA in-house desenvolvido para o imunodiagnóstico da paratuberculose bovina pode ser adaptado para a sorologia da Doença de Crohn, e sugere que a detecção de IgG pode ser um critério discriminativo. Financiamento: CNPq Milênio/Tuberculose, Universal 2007

Descritores: Doença de Crohn; ELISA de PPA; Diagnóstico sorológico

PEB.032 CARACTERIZAÇÃO DE MICOBACTÉRIAS DE CRESCIMENTO RÁPIDO ASSOCIADAS A INFECÇÕES APÓS PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS DURANTE SURTO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (2006 - 2007)

FÁBRICE SANTANA COELHO; JORGE LUÍS MELLO SAMPAIO; ALBERTO CHEBABO; EFIGÊNIA DE LOURDES AMORIM; MARIA CRISTINA LOURENÇO; RAFAEL SILVA DUARTE

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UERJ - INSTITUTO DE MICROBIOLOGIA PROF. PAULO DE GÓES/UFRJ. EMAIL: FABRICE.COELHO@GMAIL.COM

Introdução: No Brasil, as infecções nosocomiais, ou relacionadas aos cuidados com a saúde, representam um problema emergente, porém são raras as investigações e relatos de casos e surtos por micobactérias de crescimento rápido (MCR), especialmente *Mycobacterium abscessus*, *Mycobacterium chelonae*, *Mycobacterium fortuitum* e *Mycobacterium massiliense*. Em sua maioria, os estudos de surtos apresentam evidência de procedimentos inadequados de esterilização e/ou desinfecção, criando condições favoráveis à ocorrência desses eventos. Recentemente, nos anos de 2006 e 2007, investigações por integrantes da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro confirmaram a ocorrência de infecções pós-cirúrgicas por MCR em pacientes submetidos a procedimentos invasivos, especialmente por videolaparoscopia, atingindo números de aproximadamente 1000 casos suspeitos. Concomitantemente ocorreram casos, com números menos consideráveis, associados a procedimentos estéticos como implante de prótese mamária, lipos aspiração e mesoterapia com indícios de estarem associados a espécies distintas. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho é a caracterização de cepas de MCR isoladas a partir de casos de infecção de ferida após procedimentos invasivos estéticos ocorridos durante o surto no estado do Rio de Janeiro (2006-2007). A caracterização foi realizada através de métodos moleculares e da determinação da susceptibilidade a antimicrobianos. **Métodos:** A identificação foi realizada pela técnica do PRA (amplificação do gene hsp65 seguida de análise de restrição por BstEII e HaeIII) e complementada com o sequenciamento dos genes rpoB ou hsp65 quando pertinente. Foi também realizada a determinação do perfil de susceptibilidade a antimicrobianos (CMI) por método de diluição em caldo (CLSI) para a Amicacina, Cefoxitina, Ciprofloxacina, Claritromicina e Doxyciclina. **Resultados:** Foram analisadas 12 cepas clínicas isoladas a partir de biópsia, das quais o perfil do PRA-hsp65 mais frequente foi *M. abscessus* 2 / *M. bolletii* / *M. massiliense* (MA2BM) (6, sendo 4 confirmadas como *M. massiliense* por sequenciamento) seguida de *M. fortuitum* (3) e *M. abscessus* 1 (3). Em cirurgia de mama só foram detectados o perfil MA2BM e *M. fortuitum*. A espécie *M. abscessus* 1 só foi detectada em mesoterapia (2) e lipos aspiração (1). A avaliação da susceptibilidade para MA2BM revela 100% de sensibilidade (S) a Amicacina (CMI = 8 µg/ml), perfil de intermediário (I) ou resistente (R) para Cefoxitina (CMI > 64 µg/ml), 100% de R a Ciprofloxacina (MIC 16 µg/ml), S a Claritromicina, e 100% de R para Doxyciclina (MIC 32 µg/ml). **Conclusão:** Esse é o primeiro relato da presença e predominância da espécie *M. massiliense* em cirurgias estéticas confirmando a emergência desse microrganismo como patógeno associado a infecções nosocomiais.

Descritores: Surtos hospitalares; Micobactérias de crescimento rápido; *Mycobacterium Massiliense*

PEB.033 ANÁLISE MOLECULAR PARCIAL DA REGIÃO PROMOTORA DOS GENES QUE CODIFICAM PARA IFN-GAMA E TNF-ALFA NA TUBERCULOSE

PHILIP NOEL SUFFYS; JOSE ROBERTO LAPA E SILVA; ADALBERTO REZENDE SANTOS; MÁRCIA QUINHONES PIRES LOPES; ANTÔNIO BASÍLIO DE MIRANDA

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ. EMAIL: MLOPES@YAHOO.COM.BR

Introdução: A despeito de sua origem milenar, a tuberculose (TB) continua sendo um dos maiores problemas de saúde pública mundial. Apenas 10% das pessoas infectadas com o *Mycobacterium tuberculosis* desenvolvem doença clínica e fatores genéticos do hospedeiro podem influenciar na suscetibilidade, gravidade ou resistência à ocorrência da mesma. O Interferon-gama é uma citocina importante na regulação da resposta imune (IFN-γ celular a patógenos intracelulares e o Fator de Necrose Tumoral Alfa) é fundamental na patogênese da tuberculose, principalmente? (TNF-α devido à atuação na formação e manutenção do granuloma. Neste estudo, procedemos ao mapeamento de parte da região promotora dos genes que codificam para TNF-α e IFN-γ através de sequenciamento de amostras de DNA provenientes de 500 indivíduos sendo 265 pacientes de tuberculose e 235 controles sadios não relacionados e sem histórico de TB prévia, todos residentes no Rio de Janeiro. Investigamos a possível associação dos polimorfismos encontrados com diferentes desfechos na tuberculose em 140 indivíduos com TB (TBP+TBE) e 154 controles (TST+ e TST-). Após a genotipagem 7 polimorfismos de base única (SNPs) foram identificados. Para o gene de TNF-α nas regiões de interesse dos genes de IFN-γ, 4 destes SNPs ainda não foram descritos na literatura. No estudo? IFN-γ de associação, baseado na comparação das frequências alélicas, uma? genotípicas e de haplótipos, encontramos, no gene de IFN-γ - 200T com proteção a ocorrência de TB? associação da variante IFN-γ ativa, de TBP e com um risco aumentado de infecção latente (P= 0,033, 0,043 e 0,035) respectivamente. Todos os outros SNPs identificados neste gene não apresentaram associação com nenhum dos desfechos, foi encontrada uma associação de analisados. Para o gene de TNF-α -376A e a ocorrência de TB ativa e TBE (P= risco entre a variante TNF-α 0,035 e 0,038) respectivamente. O SNP TNF-α 572G>A apresentou forte associação tanto genotípica quanto alélica com risco de ocorrência de TBE (RR 8,12, IC 5,20<10,47, P? 12,67, P = 0,0175 e RR 7,72, IC 5,69 = 0,0179) respectivamente. Não houve associação haplotípica em nenhum dos genes analisados.

Financial Support: Cornell University - CNPq Pronex/2003

Descritores: Tuberculose; Interferon-gama; TNF-alfa

PEB.034 PERFIL DA TUBERCULOSE EM ÁREA ENDÊMICA. SANTOS (SP). 2000-2004

ANDREA GOBETTI COELHO; LILIANA APARECIDA ZAMARIOLI; IVONETE CUNTIERE; ELISEU ALVES WALDMAN

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ - REGIONAL SANTOS. EMAIL: DEA_GOBETTI@HOTMAIL.COM

Introdução: Santos (SP) é considerado um dos municípios prioritários para o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) da Secretaria de Estado de Saúde, é o segundo com maior número de notificações. **Objetivo:** Descrever o perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose (TB) pulmonar, residentes em Santos (SP), entre 2000 e 2004, segundo as características sócio-demográficas, história atual e pregressa de TB, aspectos relativos ao tratamento, co-morbidades e condições. **Método:** Trata-se de estudo descritivo, utilizando dados da vigilância da TB e do Instituto Adolfo Lutz de Santos. **Resultados:** Foram estudados 2.176 casos de TB pulmonar, maiores de 15 anos, residentes no município de Santos. A taxa anual média de TB pulmonar foi de 127,9/100.000 habitantes, houve predomínio de homens (69%) e da faixa de 20 a 49 anos (69,5%). As taxas de cura, abandono e de letalidade foram, respectivamente, 71%, 12,1% e de 3,9%. A incidência não se mostrou homogênea nas diferentes regiões, variando de 72,84/100.000 hab. na região da Orla Marítima a 273,0/100.000 habitantes na região Centro/Porto. Houve predomínio de homens em idade economicamente produtiva, 72% apresentava de quatro a onze anos de escolaridade, 23,5% com história pregressa de TB, entre eles 50% haviam abandonado o tratamento anterior, 14% recebiam esquema terapêutico reforçado, para 12% havia referência a alcoolismo com predomínio entre os homens, a prevalência de HIV/AIDS situava-se em 14%, apresentando declínio no período, 8,5% eram diabéticos, 63% recebiam tratamento supervisionado. **Conclusão:** Pelas características apresentadas, a TB é hiperendêmica no município de Santos, com taxas muito elevadas entre a população em idade economicamente ativa; as taxas de cura situam-se abaixo das metas do PNCT e a elevada proporção de abandono de tratamento aumenta o custo social da doença e o risco da TBMDR, apontando a necessidade de ampliação da cobertura da DOTS.

Descritores: Tuberculose Pulmonar; Epidemiologia; Controle

PEB.035 MULTIDROGA RESISTÊNCIA EM ÁREA ENDÊMICA DE TUBERCULOSE. SANTOS (SP). 2000-2004

ANDREA GOBETTI COELHO; LILIANA APARECIDA ZAMARIOLI; CLEMIRA MARTINS PEREIRA; ELISEU ALVES WALDMAN; MARIA ALICE SILVA TELLES

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ - REGIONAL SANTOS. EMAIL: DEA_GOBETTI@HOTMAIL.COM

Introdução: A elevada incidência de tuberculose (TB) e alta proporção de retratamentos por abandono tornam o município de Santos vulnerável à disseminação TBMDR, sendo importante o monitoramento da magnitude e dos fatores associados a esses casos. **Objetivo:** Estimar a magnitude e o perfil de resistência do M. tuberculosis às drogas antituberculoze, no município de Santos - SP, entre 2000 e 2004 e analisar os critérios de triagem de pacientes com TB, para a indicação de teste de sensibilidade (TSA). **Método:** Estudo observacional do tipo corte retrospectivo, utilizando dados da Divisão Regional de Saúde (IV) e do Instituto Adolfo Lutz - Central e Regional de Santos. A associação entre os critérios de triagem para realização do TSA e a MDR foi investigada pela regressão logística multivariada não condicional. **Resultados:** Dos 2.176 casos de TB pulmonar ocorridos no período, 616 (28%) cumpriam os critérios para realização do TSA normalizados pelo PNCT, destes 34,6% (213/616) foram submetidos ao teste; 56/213 (26,3%) eram resistentes a ao menos uma droga e 32/213 (15,0%) eram TBMDR. Desses 213 pacientes, 95/213 (44,6%) eram casos novos e os 55,4% restantes apresentavam história de tratamento anterior. Dos casos novos, 23/95 (24,2%) eram resistentes a ao menos uma droga e 11/95 (11,6%) eram TBMDR primária. Dos casos com tratamento anterior, 33/118 (28,0%) eram resistentes a ao menos uma droga e 21/118 (17,8%) eram TBMDR adquirida. Dos 56/213 (26,3%) pacientes que apresentaram resistência a pelo menos um medicamento: 20/56 (35,7%) mostravam-se resistentes a um único fármaco; 13/56 (23,2%) a dois fármacos; 12/56 (21,4%) a três fármacos; 10/56 (17,9%) a quatro fármacos e 1/56 (1,8%) a todos os fármacos analisados. A taxa anual média de TBMDR foi de 1,9/100.000 habitantes. Os critérios de indicação do TSA que se mostraram independentemente associadas à TBMDR foram: Mudança esquema terapêutico (OR=15,2); TB no passado (OR=1,7); Internação durante o tratamento (OR=1,2); Diabetes (OR=1,8), alcoolismo (OR=1,4) e infecção pelo HIV (OR=0,05). **Conclusões:** Os resultados apontam que a elevada taxa de TBMDR em Santos está subestimada em virtude de parcela expressiva dos pacientes que cumprem os critérios de indicação do TSA e que não o realizam e sugere a necessidade de rediscussão da manutenção da infecção pelo HIV como critério de indicação desse teste.

Descritores: Tuberculose pulmonar; Multidroga; Fatores associados

PEB.036 PERFORMANCE DAS BACILOSCOPIAS DA TUBERCULOSE REALIZADAS NOS LABORATÓRIOS DOS 3 MUNICÍPIOS DO ESTADO DA BAHIA DO PROJETO FUNDO GLOBAL - BRASIL 2007

ALISSON DE SOUZA VARGAS; HELENILDA RIBEIRO MACHADO BACELAR

INSTITUIÇÃO: LACEN - BA. EMAIL: ALISSONVARGAS@HOTMAIL.COM

Introdução: O sistema da garantia da qualidade foi elaborado para garantir a confiabilidade e eficácia dos serviços de laboratório, de forma continuada. Em 2007, a CGLAB e OMS elaboraram Protocolo de Controle Externo da Qualidade da Baciloscopia da Tuberculose (PCEQBTB) conforme Consenso Global. Neste mesmo ano, houve implantação de um piloto nos 59 laboratórios públicos, conveniados com o SUS, privados e filantrópicos de 03 municípios do Estado da Bahia participantes do Projeto do Fundo Global, sendo a capital e duas regiões metropolitanas que representa 38,6% da doença na Bahia. **Objetivo:** Avaliar a implantação e os resultados obtidos do PCEQBTB nos 3 municípios do Estado da Bahia do Projeto do Fundo Global. **Métodos:** Treinou-se em Julho de 2007 um profissional desse Estado para a execução e implantação do PCEQBTB. Este foi orientado quanto à seleção e releitura das lâminas. O presente trabalho trata-se de um estudo de corte transversal, onde foram realizadas leituras de 660 baciloscopias em duplo-cego, utilizando-se como banco de dados o software Excell para serem avaliadas concordâncias/discordâncias das baciloscopias. **Resultados:** Do total de 59 laboratórios participantes do PCEQBTB, fez-se o Controle de Qualidade Externo das lâminas de 9 laboratórios. No que diz respeito à qualidade macroscópica e microscópica das lâminas, apenas 44,4% dos laboratórios obtiveram escore e coloração satisfatórios. Do total de 660 lâminas feitas a releitura, 0,9% apresentaram resultados falso-

negativos (FN) e não houve falso-positivo (FP). Dos laboratórios avaliados, 07 pertencem a capital, onde apresentou maior número de casos falso-negativos. Nenhum dos laboratórios apresentou concordância/discordância menor que 95%. **Conclusão:** Na análise da situação encontrada, observou-se um elevado número de resultados falso-negativos. Diante disso, foi realizada visita técnica em todos os laboratórios com discordância e capacitação dos técnicos. Observou-se a necessidade do monitoramento/supervisão constante das Unidades Laboratoriais contribuindo assim, na melhoria da qualidade do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Descritores:** Baciloscopia; Controle de qualidade; Concordância/Discordância

PEB.037 REDE DE LABORATÓRIOS DE TUBERCULOSE DOS 03 MUNICÍPIOS DA BAHIA INCLuíDOS NO PROJETO DO FUNDO GLOBAL - BRASIL 2007

ALISSON DE SOUZA VARGAS; HELENILDA RIBEIRO MACHADO BACELAR

INSTITUIÇÃO: LACEN - BA. EMAIL: ALISSONVARGAS@HOTMAIL.COM

Introdução: O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) tem no Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (SISLAB) o alicerce de suas atividades laboratoriais. O SISLAB é um conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em rub-redes de forma hierarquizada. A sub-rede com atividades específicas para Tuberculose é composta por Unidades Laboratoriais (UL), organizadas e com competências definidas vinculada a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica. **Justificativa:** Conhecimento da situação da rede laboratorial que realiza diagnóstico da tuberculose nos três municípios do Estado da Bahia com o Projeto do Fundo Global a fim de buscar estratégias para o planejamento de ações futuras. **Objetivo:** Conhecer e avaliar aspectos referentes aos métodos de diagnóstico, infra-estrutura, biossegurança, recursos humanos, da rede de laboratórios de tuberculose dos 03 municípios da Bahia incluídos no Projeto do Fundo Global. **Métodos:** Foi elaborado e aplicado um questionário referindo-se a identificação, atividades e características do laboratório (equipamentos, laudos, tempo de liberação de resultados, biossegurança) e quantidade de baciloscopias e/ou culturas para Bacilo de Koch (BK) realizadas mensalmente em cada laboratório supervisionado. Utilizou-se para análise de dados o software Excell. **Resultados:** Responderam ao inquérito 59 laboratórios. 42,3% destes estão sob a gestão pública, 37,3% privados, 6,8% filantrópico e 13,6% conveniados com o SUS. Quanto à realização dos exames 100% realizam baciloscopia e 35,6% cultura para BK, sendo este último realizado apenas nos laboratórios da capital. Todos os municípios cumprem a meta de ter uma UL para cada 100 mil habitantes. Do total de laboratórios 28,8% registram as informações dos exames no Livro de Registro de Baciloscopia e Cultura (Livro Branco), sendo que apenas 1,7% não pertence à rede pública. 76,3% da rede de laboratórios emitem os resultados de baciloscopia em até 48h e 23,7% liberam com 3 dias ou mais. Neste período apenas 22% dos laboratórios enviaram lâminas para Controle de Qualidade Externo (CQE) no LACEN/BA. Dos equipamentos necessários para a realização da baciloscopia e cultura 61,1% não possuía Cabine de Segurança Biológica Classe II B2 e 25,4% não possuía autoclave. Quanto ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) 52,5% possuíam pelo menos bico de Bunsen, máscara N95 e luvas. **Conclusão:** Todos os municípios envolvidos responderam ao questionário. A maioria dos laboratórios que realizam exames para tuberculose é de gestão pública. Existe necessidade de equipamentos para realização da baciloscopia e cultura para BK, assim como reforço na utilização do Livro Branco. Para tanto, sugere-se estimular a realização do CQE e da supervisão nas UL.

Descritores: Tuberculose; Rede de Laboratórios; Baciloscopia/Cultura para BK

PEB.038 SEQUENCIAMENTO DO GENE HSP65 PARA A IDENTIFICAÇÃO E ANÁLISE FILOGENÉTICA DE MICOBACTÉRIAS NÃO ASSOCIADAS À TUBERCULOSE ISOLADAS DO AMBIENTE E DE CLÍNICA AMOSTRAS CLÍNICAS NO RIO DE JANEIRO

SIMONE GONÇALVES SENNA; RAFAEL SILVA DUARTE; PHILIP NOEL SUFFYS; JAQUELINE BATTILANA; MARLEI GOMES SILVA; LEILA DE SOUZA FONSECA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: SIMONESENNA@HOTMAIL.COM

Introdução: As micobactérias estão distribuídas no meio ambiente e espécies consideradas saprófitas estão associadas a infecções em humanos, incluindo parasitas obrigatórios que causam doenças graves e agentes patogênicos oportunistas. As atividades humanas podem influenciar a distribuição e a prevalência de micobactérias não associadas a tuberculose (MNT) que são capazes de induzir formação de biofilme se adaptando ao meio ambiente artificial criado pelo homem. A análise do gene para a codificação de 65 kDa proteína de choque térmico (hsp65) se mostra eficaz para a identificação das espécies de MNT e para análises filogenéticas que proporcionam melhor entendimento das relações entre as espécies ambientais e clínicas. A proteína de 65 kDa contém epítotos que são comuns a várias espécies de MNT. **Objetivo:** Este estudo avaliou a biodiversidade de amostras clínicas (escarro e escarro induzido) e ambientais (água, solo, fezes bovinas e abate clandestino de suínos) de MNT utilizando a sequência parcial de 441 pares de base (pb) do gene hsp65, com o objetivo de contribuir para a melhor compreensão da diversidade genética e da utilidade deste gene como marcador. **Métodos:** Foram analisadas de 20 amostras (10 clínicas e 10 ambientais) do estado do Rio de Janeiro, identificadas pelos métodos bioquímicos, sequenciadas na região de 441pb do gene hsp65. **Resultados:** O sequenciamento das 20 amostras de MNT foi comparado com 118 espécies de referência de sequências recuperadas do GenBank. A diversidade nucleotídica (Pi) entre as amostras clínicas (0,06508) foi semelhante à encontrada entre os isolados do ambiente (0,06221). **Conclusão:** As análises filogenéticas indicaram uma diversidade interespecífica significativa, mostrando agrupamentos distintos entre as espécies, mas sugerindo relação entre amostras clínicas e ambientais.

Descritores: Sequenciamento; Micobactérias; Gene HSP65

PEB.039 TOLERÂNCIA/NÃO SUSCEPTIBILIDADE DE AMOSTRAS CLÍNICAS DE/ MYCOBACTERIUM MASSILIENSE/ ISOLADAS DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO APÓS VIDEOLAPAROSCOPIA/EM SOLUÇÃO DE GLUTARALDEÍDO A 2%

NADIA SUELY DE OLIVEIRA LORENA; MARCOS BETTINI PITOMBO; MARLEI GOMES SILVA; OTÍLIA LUPÍ; FÁBRICE SANTANA COELHO; ELIZABETH DE ANDRADE MARQUES; EFIGÊNIA DE LOURDES AMORIM; NEIDE HIROMI MIYASAKI; ANA SILVA CAROLINA CARVALHO; RAFAEL SILVA DUARTE

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. EMAIL: NASLY2@YAHOO.COM.BR

Introdução: Nos anos de 2006 e 2007 foram notificados às secretarias de saúde do estado do Rio de Janeiro (RJ) 1051 casos de infecção em sítio cirúrgico por micobactéria de crescimento rápido (MCR), relacionados principalmente a procedimentos videocirúrgicos

como colecistectomia videlaparoscópica. Uma atividade comum na prática pré-cirúrgica é a utilização da solução de glutaraldeído (GA) a 2% por até 30 min no preparo dos instrumentais, com o intuito de realizar a desinfecção de alto nível. Dentre as hipóteses sugeridas como justificativa do surto, seria a associação dessa prática com a disseminação dos agentes etiológicos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária, como medida para interrupção do surto, elaborou recomendações que incluíam a transição do processo de desinfecção de alto nível para a esterilização por métodos como a exposição dos instrumentais ao GA por 10 horas. **Objetivos:** No intuito de melhor avaliar a ação micobactericida do desinfetante, foi realizado um estudo experimental avaliando a ação do GA de diferentes marcas comerciais sobre 7 isolados clínicos de *Mycobacterium massiliense*, principal agente etiológico do surto no estado do RJ, em tempos de exposição variáveis. **Métodos:** Os isolados foram provenientes de 3 hospitais onde foram detectados casos e foram submetidos ao teste de suspensão para a avaliação da tolerância desses microrganismos. Para comparação foram utilizadas amostras de micobactérias padrão recomendadas por protocolos oficiais [*M. smegmatis* PRD 1(00061) e *M. bovis* Moreau (00062) e cepas de MCR de referência da coleção ATCC. Os períodos de exposição foram definidos em 30 minutos, mimetizando a desinfecção de alto nível, e 10 horas para esterilização, conforme orientação dos fabricantes. **Resultados:** As cepas padrão de *M. smegmatis*, *M. bovis*, *M. abscessus* e *M. chelonae* não apresentaram crescimento com um período de exposição de 30 minutos. Contudo, os isolados de *M. massiliense* provenientes do surto foram recuperados após exposição a todos os tempos indicados para desinfecção de alto nível ou esterilização, indicando alta tolerância/não susceptibilidade destas cepas a solução de GA a 2%. **Conclusão:** Este resultado sugere que a utilização de GA a 2% na desinfecção/esterilização do instrumental cirúrgico consiste em uma prática ineficaz à prevenção de infecções de sítio cirúrgico relacionadas a MCR.

Descritores: Micobactéria de crescimento rápido; *M. massiliense*; Glutaraldeído

PEB.040 ROLE OF PROGRAMMED CELL DEATH OF THE MACROPHAGE IN THE MYCOBACTERIAL INFECTION

FABRÍCIO MOREIRA ALMEIDA; SIMONE CRESPO MORAIS RIBEIRO; ELENA LASSOUNSKAIA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO NORTE FLUMINENSE - UENF. EMAIL: BIOVERDAN@GMAIL.COM

Introduction: Tuberculosis continues to be a predominant cause of human mortality, especially in the case of infection provoked by multi-drug resistant mycobacteria and/or co-infection with HIV. Pathogenesis of tuberculosis is associated with the ability of *M. tuberculosis* to prevent the fusion of the mycobacteria-containing fagosome with lysosomes promoting by this the bacterial survival. Programmed cell death type I (apoptotic) and type II (autofagic) of infected macrophages were suggested to be a strategy of the host to eliminate mycobacteria, in contrast to the necrotic death. **Aim:** To evaluate the effect of the apoptosis and autophagy induction in infected macrophages on intracellular mycobacteria survival. **Methodology and Results:** Murine Raw 264.7 macrophages were infected with *Mycobacterium bovis* BCG in a proportion of 10 bacteria per macrophage, and induced to apoptosis through the treatment with standard inductors: cisplatin, hydrogen peroxide (H₂O₂) and exogenous adenosine triphosphate (ATP). To induce autophagy, the macrophages were treated with IFN- γ . The obtained results demonstrate the reduction of mycobacterial viability in the macrophages induced to apoptosis suggesting that the apoptotic cell death contributes to mycobacterial elimination. Treatment of macrophages with IFN- γ significantly reduced BCG viability as well, through the two mechanisms at least: induction of the autophagy and production of nitric oxide (NO). **Conclusions:** BCG induces apoptosis in macrophages, the induction of apoptosis in macrophages reduces the viability of mycobacteria intracellular and Treatment with IFN- γ was able to induce three overlapping events in infected macrophages: autophagy, synthesis of NO and reduction of cell viability. The same treatment reduces the viability of BCG by the induction of autophagy and later through induction of NO.

Descritores: Programmed cell death; Macrophage; *Mycobacterium bovis* BCG

PEB.041 ANÁLISE MOLECULAR E EPIDEMIOLÓGICA DE CEPAS DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ISOLADAS EM RIO GRANDE, ATRAVÉS DOS MÉTODOS DE MIRU-VNTR E SPOLIGOTYPING.

PEDRO ALMEIDA DA SILVA; CAROLINA FELIX; ANDREA VON GROLL; PEDRO PRATA; GÜNTHER HONSCHA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE. EMAIL: KKFELIX@POST.COM

Introdução: A genotipagem tem sido extensamente utilizada para melhor compreender a epidemiologia da tuberculose em uma população. MIRU (mycobacterial interspersed repetitive units) e Spoligotyping são metodologias frequentemente utilizadas para a genotipagem de cepas de *Mycobacterium tuberculosis* por apresentarem um alto poder discriminatório quando analisados em conjunto. O objetivo desse estudo foi caracterizar molecularmente isolados clínicos de *M. tuberculosis* obtidos a partir de pacientes do município Rio Grande. **Métodos:** Foram determinados os genótipos de 50 cepas clínicas isoladas no município de Rio Grande, pertencentes ao Laboratório de Micobactérias. A genotipagem foi realizada pelos métodos MIRU-VNTR (12 loci) e Spoligotyping. A análise dos genótipos foi realizada com o programa Bionumerics 4.1[®] o qual permitiu a identificação de clusters, comparação do poder discriminatório dos métodos e análise da distribuição geográfica dos genótipos. **Resultados:** A partir da análise utilizando as informações da genotipagem por MIRU se obteve um total de 42 diferentes perfis genotípicos sendo 33 perfis únicos e 7 clusters com 2 a 3 perfis. Pela técnica de Spoligotyping foi possível distinguir 26 perfis, sendo 16 únicos e 8 clusters com dois a seis perfis idênticos. Analizando os dois métodos em combinação foi possível diferenciar 44 perfis, sendo 38 perfis únicos e 6 clusters com 2 perfis. O índice discriminatório Hunter-Gastin (HGD) para essa última análise foi de 0.995. O HGD para MIRU-VNTR foi 0.992 e, para Spoligotyping, 0.959. As cepas apresentaram alto grau de polimorfismo para os loci 10, 26, 31 e 40 do MIRU. Os pacientes dos quais foram isoladas as cepas foram situados espacialmente. **Conclusão:** Através da integração entre dados demográficos dos pacientes, aplicação de métodos de genotipagem e ferramentas de bioinformática foi possível qualificar os estudos sobre a dinâmica de transmissão e epidemiologia da tuberculose na população de Rio Grande.

Agradecimentos: Capes, CNPq, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Descritores: Genotipagem; *Mycobacterium tuberculosis*; Epidemiologia

PEB.042 ESTABLISHMENT OF AN ANIMAL MODEL TO SCREEN PATHOGENIC MYCOBACTERIA

ELENA LASSOUNSKAIA; EDUARDO PINHEIRO AMARAL; EULÓGIO CARLOS QUEIRÓZ DE CARVALHO; THEREZA LIBERMAN KIPNIS

INSTITUIÇÃO: LABORATÓRIO DE BIOLOGIA DO RECONHECER/UENF. EMAIL: EDUARDOPINHEIROAMARAL@YA

Introduction: Tuberculosis incidence continued to be high in the State of Rio de Janeiro, Brazil. Evaluation of the virulence of circulating mycobacterial strains is of paramount importance. Experimental animal models for the fast bacterial screening are still lacking. **Objective:** To create an animal model suitable for the screening of pathogenic mycobacteria virulence employing the mice deficient in the expression of genes that are relevant for antimycobacterial protection. **Methods and Results:** TLR2-/-, CD14-/-, MyD88-/-, IFN γ -/- and C57BL/6wt mice, were i.v. infected with 5x10⁶ forms of *Mycobacterium avium* 104TL, and the lung histopathology were analyzed. IFN γ -/- mice, in comparison with the other groups, exhibited more pronounced histopathologic alterations. Development of the infection was further analyzed in groups of IFN γ -/- mice i.t. infected with 2.5x10⁶, 4.5x10⁵ or 4.5x10³ bacilli. The severity of infection was evaluated within 90 days by the number of CFU, expression of relative mRNA of TNF α , iNOS, IL12, IL17, IL10 and IL4 and histopathology. Except the first group in which CFU number increased during the analyzed period (90 days), in the other two groups CFU counts declined after 60 days. Histopathology analysis of lungs presented hyperplastic, abundant multinucleated giant cells, atypical granuloma and severe neutrophilic reaction. Spleen showed pronounced germinal centers, splenomegaly, multifocal intrafollicular granuloma with a large number of epithelioid cells and necrotic areas. Liver presented multifocal granuloma. In all collected organs conspicuous presence of BAAR bacilli was observed. Using this animal model, we compared two *M. avium* strains 104TL and 27TL. Higher bacterial growth rate was observed in mice infected with 27TL. Nevertheless, this strain induced higher and earlier level of immune cytokines mRNA expression that contributed to bacterial growth restriction starting 60 days after infection, suggesting better immunogenic properties of 27TL strain. Additionally, the growth characteristics of these strains were compared in vitro model of macrophage infection. Bone marrow-derived macrophages obtained from TLR2-/-, CD14-/-, MyD88-/-, IFN γ -/- and C57BL/6wt mice were infected with *M. avium*. Higher number of CFU was recovered from the cells of all animal groups infected with 27TL. The enhanced bacterial growth coinciding with higher cell death rate was observed in TLR2-/- and MyD88-/- macrophage cultures, indicating the great importance of these molecules in protection from infection. Neither mycobacterial strain induced NO production in any studied macrophage culture. **Conclusion:** C57BL/6 IFN γ -/- mice is the best model to screen the virulence of mycobacterial strains. The growth characteristics of mycobacterial strains could be evaluated both in vivo and in vitro infection models.

Descritores: Animal models; Intracellular pathogens; TLR

Recursos Humanos

REH.001 REDE DE CUIDADOS DE TUBERCULOSE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CLEMAX COUTO SANT ANNA; ANA ALICE PEREIRA BEVILAQUA; LISIA RAYMUNDO DE FREITAS; SIDNEI FERREIRA; RAFAELA BARONI AURÍLIO; ALICE HASSANO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: MLSPERLI@GMAIL.COM

Introdução: A situação da tuberculose (TB) no Estado do Rio de Janeiro é grave. A incidência de casos é de 99/100.000 habitantes, maior do que a média nacional; foram notificados 17.000 casos novos em 2004. A taxa de mortalidade foi de 5,7/100.000 habitantes em 2003. O percentual de casos em menores de 15 anos corresponde a cerca de 4% do total. **Objetivos:** organizar uma rede assistencial para atendimento de crianças e adolescentes com tuberculose (TB), com atendimento inicial em rede básica, para casos não complicados e criação de centros de referência nos municípios, para casos que necessitem de maior investigação. Com isto, busca-se diagnóstico e tratamento precoces, visando redução de morbidade. **Métodos:** capacitação de pediatras através de treinamentos teórico-práticos para atuarem nas Unidades Básicas de Saúde e nas unidades de referência, atuando como multiplicadores nos seus Municípios. As UCB deverão realizar exames iniciais para o diagnóstico da TB (PPD, radiografia de tórax e BAAR no escarro) ou garantir sua realização em outros serviços. Unidades de referência nos municípios serão criadas, funcionando em conjunto, com livre acesso entre eles, para receber casos em que uma maior investigação diagnóstica seja necessária. Nelles, está previsto a atuação de pediatras treinados a atuarem como pneumologistas pediátricos, pneumologistas pediátricos ou pneumologistas habilitados no atendimento de crianças. Além disso, participarão da rede, mas não necessariamente no mesmo centro: dermatologistas, ortopedistas, gastroenterologistas, neurologistas, infectologistas, oftalmologistas, nefrologistas e cirurgiões. O paciente será encaminhado, quando indicado, para realização de exames de maior complexidade, como: broncoscopia (para realização de lavado broncoalveolar e biópsia), cultura para *Mycobacterium tuberculosis* e teste de sensibilidade aos antimicrobianos, tomografia computadorizada, ecocardiograma e sorologias (HIV, histoplasmoses e paracoccidiodomicose). O centro cirúrgico para realização de biópsia ganglionar ou outras, bem como laboratório para exame anatomopatológico integrarão a rede. A dispensação de medicamentos segue o disposto pelo Ministério da Saúde. **Resultados parciais:** em 2007, nos meses de julho e dezembro houve a realização de dois cursos de capacitação para pediatras das redes municipais do Estado no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (UFRJ). Posteriormente, durante reunião entre os coordenadores e as referências foi estabelecido fluxograma de atendimento, que ainda está em fase de adaptação. O processo está em andamento. **Conclusões:** Esta nota prévia visa divulgar as ações da parceria entre a UFRJ, a Secretaria de Estado de Saúde, a Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro e a Fundação Oswaldo Cruz, no enfrentamento da TB na infância no Rio de Janeiro.

Descritores: Tuberculose; Recursos humanos; Criança

REH.002 UTILIZAÇÃO DO OSCE (OBJECTIVE STRUCTURED CLINICAL EXAMINATION) NA AVALIAÇÃO FORMATIVA EM TUBERCULOSE DE ALUNOS DO CURSO DE MEDICINA - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; TANIA REGINA BRÍGIDO OLIVEIRA; ÍTALO JAMES PEIXOTO; MACIEL; DANIELLE MARIE CARDOSO; IRENE LOPES MELLO; RAUL FAVA ALENCAR; ELCINEIDE SOARES DE CASTRO

INSTITUIÇÃO: DEPTO MEDICINA CLÍNICA. DISCIPLINA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA. UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. E-MAIL: VALERIA.GOES@TERRA.COM.BR

Introdução: O ensino da Tuberculose (TB) no currículo dos Cursos de Medicina orientado pelas Diretrizes da ABEM/MEC exige o treinamento de habilidades clínicas e de comunicação de forma estruturada dentro do processo formativo. Novas estratégias para apresentação e avaliação do conteúdo programático foram desenvolvidas na UFC. Entre formas de avaliação, destacamos o OSCE (Objective Structured Clinical Examination). Em seu formato original o aluno roda num circuito de estações preparadas para avaliação de competências específicas. Pacientes reais ou simulados são utilizados para avaliação de habilidades clínicas, de comunicação (elaboração de anamnese, abordagem do alcoolismo, co-morbidades, controle de comunicantes), psicomotoras e de atitudes como respeito e atenção ao paciente, com a vantagem de uniformizar a avaliação prática. **Objetivo:** Apresentar uma estação do OSCE como instrumento de avaliação prática formativa dos alunos da Disciplina de Pneumologia e Cirurgia Torácica quanto a sua competência clínica no atendimento à paciente com TB. **Metodologia:** Foram avaliados alunos do quinto semestre do Curso de Medicina. A estação do OSCE foi montada com paciente simulado treinado com roteiro clínico definido e resultados de exames confirmando o diagnóstico de TB bacilífera. Cada aluno recebia instruções para entrevistar paciente e orientar o caso em 3 minutos. O desempenho foi avaliado por observador através de checklist abordando comunicação do diagnóstico; transmissão; importância do tratamento regular e da assiduidade; uso da medicação e efeitos colaterais; cessação de fumo e álcool e importância do exame dos comunicantes. Filmetes foram gravados para feedback. O OSCE foi avaliado ao final da estação pelos alunos (n=37) **Resultados:** 77,7% dos alunos concordaram que o OSCE possibilita a avaliação do aprendizado e que o enunciado estava claro e objetivo. 55,5% concordaram com tempo o disponibilizado para a tarefa. O desempenho foi considerado adequado pelo observador para 78,3% dos alunos e regular em 21,6%. **Conclusão:** O OSCE mostrou-se alternativa eficiente de avaliação de competências na disciplina de Pneumologia e Cirurgia Torácica, contando com a aprovação de estudantes Observamos através do OSCE, a necessidade de enfatizar a restrição ao álcool e o controle dos comunicantes no ensino da TB em nosso módulo. Este método de avaliação poderá ser estruturado de forma a contemplar todos os objetivos de aprendizagem em TB tanto no ensino de graduação como no treinamento em serviço de profissionais.

Descritores: Ensino da tuberculose; Graduação; OSCE/avaliação de estudantes

REH.003 CONHECIMENTO E PRÁTICAS SOBRE A TRANSMISSÃO DA TUBERCULOSE ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ELENY GUIMARÃES TEIXEIRA; AFRANIO LINEU KRITSKI; ANTONIO RUFFINO-NETO; ANETE TRAJMAN

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE GAMA FILHO - UGF - RJ E-MAIL: ELENYGT@GLOBO.COM

Introdução: A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública no mundo e no Brasil. O Estado do Rio de Janeiro possui a maior taxa de incidência da doença no país. A transmissão nosocomial da TB para profissionais de saúde, incluindo os estudantes de Medicina, é um desafio a ser vencido. O conhecimento, a atitude e as práticas dos profissionais de saúde são um instrumento valioso no controle da TB. **Objetivos:** Descrever o conhecimento, as práticas e os fatores associados para prevenir a transmissão da TB entre os estudantes de Medicina no Estado do Rio de Janeiro. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal entre estudantes da graduação nos ciclos básico, clínico e internato, de 5 escolas em 3 municípios. Um questionário auto-aplicável foi utilizado para obter informações sobre o perfil sócio-demográfico, aulas sobre TB, conhecimento sobre a transmissão da TB, exposição à pacientes com TB pulmonar e o uso de máscaras respiratórias. **Resultados:** Dentre 1094 estudantes incluídos, 575 (52,6%) responderam corretamente que a TB é transmitida pela tosse, pela fala e pelo espirro. O ciclo clínico [ORa=4,0 (3,0-5,5)] e o internato [ORa=4,2 (3,1-5,8)] estiveram associados às respostas corretas, mas ter tido aula sobre a TB não. Dentre os que assistiram à aula sobre TB, a taxa de acerto subiu de 42,1% para 61,6%. Dentre os 332 que informaram exposição à paciente com TB, 194 (58,4%) não usaram máscaras. O internato esteve associado [ORa=2,9 (1,4;6,1)] ao uso de máscaras, mas o conhecimento esteve inversamente associado [ORa=0,4 (0,2;0,6)]. **Conclusões:** Muitos estudantes de Medicina desconhecem as formas de transmissão da TB. Ter aulas sobre a TB não foi suficiente para mudar as práticas. Os estudantes se engajam em atividades de risco: cerca de dois terços não usaram máscaras quando examinaram pacientes com TB. Sugérimos atividades inovadoras para mudar este cenário. **Patrocínio:** CNPq (62.00055/01-4 RedeTB), ICIDR Program/Fogarty International Center, NIH (D43TWO5574-04) e ICOHRTA (FIC/NIH # 5U2 R TW006883-03).

Descritores: Conhecimento, Atitudes e práticas; Tuberculose; Estudantes de Medicina

REH.004 A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTROLE DA TUBERCULOSE: UM OLHAR SOBRE A EQUIPE

JAQUELINE GARCIA ALMEIDA; LAÍS MARA CAETANO DA SILVA; SIMONE TEREZINHA PROTTI; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; PEDRO FREDEMIR PALHA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO. E-MAIL: JAQUE_CO@YAHOO.COM.BR

Introdução: O conceito de educação em saúde, assim como sua aplicabilidade, vem ganhando espaço e reorientações ao longo das últimas décadas. Segundo Albuquerque e Stotz (2004) toda a ação em saúde é uma ação educativa; tanto profissionais quanto os usuários se interrelacionam no processo educativo, assim, o profissional de saúde deve sentir-se como um educador (L'ABBATE, 1994). O controle da tuberculose (TB) é um desafio para os serviços, autoridades e profissionais de saúde, sendo necessária a implementação de novas estratégias e ações significativas. É necessário superar ações que convergem para modelos tradicionais da educação em saúde rumo à ação participativa ancorada nos moldes da Educação Permanente. **Objetivos:** Compreender como ocorre a educação em saúde no Programa de Controle da Tuberculose em um Centro de Referência do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa. Foram utilizadas entrevistas semi-

estruturadas e observação participante como método de coleta de dados. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo modalidade Temática (MINAYO, 2004). Participaram oito sujeitos, integrantes da equipe do Ambulatório de Moléstias Infecciosas de uma Unidade Básica Distrital de Saúde do município de Ribeirão Preto/SP. **Resultados:** As unidades temáticas que emergiram das falas dos entrevistados foram: "Educação em Saúde: uma concepção restrita" - A concepção restrita é percebida pelas ações de alguns profissionais, que repassam a informação de forma protocolada nas fases do diagnóstico e do Tratamento Supervisionado (TS) da tuberculose, não evidenciando preocupação com o momento em que se encontra o doente, tanto em relação ao processo terapêutico quanto às relações intrafamiliares e do seu entorno; "Educação em Saúde: pouca articulação à clínica" - Na atenção ao doente da TB revelam-se resquícios de uma prática de educação em saúde centrada no modelo biomédico, racionalizadora e pouco articulada a uma clínica ampliada; "Educação em Saúde: aproximação ao contexto do doente e família" - Evidenciam-se práticas assistenciais vinculadas à preocupação com o contexto sociocultural do doente, da família e do seu entorno. Vincula as demandas e necessidades dos doentes e famílias, tanto para as questões de saúde, como de outros aspectos sociais que mantêm relação com o processo de saúde-doença. **Conclusão:** Existem indícios, por parte de alguns profissionais, que a educação em saúde tem caminhado ao encontro de ações que buscam ressignificar as práticas assistenciais. No entanto, ainda se presencia no contexto da educação em saúde, no controle da TB, necessidades de capacitação dos profissionais de saúde para trazer à prática assistencial aspectos do contexto social do doente e da família. Estes são fatores essenciais para ressignificar o encontro terapêutico, compreendido aqui como um dos elementos fundamentais para o sucesso prático (AYRES, 2007) que transforma e se transforma na relação entre equipe, profissional, doente e familiar.

Descritores: Educação em Saúde; Tuberculose; Recursos Humanos

REH.005 O CONTROLE DA TUBERCULOSE SOB A ÓTICA DOS GERENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO

LAÍS MARA CAETANO DA SILVA; SIMONE TEREZINHA PROTTI; PEDRO FREDEMIR PALHA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; LÚCIA MARINA SCATENA; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; JAQUELINE GARCIA ALMEIDA; ANTONIO RUFFINO-NETO

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO. E-MAIL: LAISMARA@EERP.USP.BR

Introdução: A Tuberculose, "calamidade negligenciada" e doença esquecida das políticas de saúde causa atualmente 1,9 milhões de mortes no mundo. O Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 países em que se concentram 80% dos casos de Tuberculose no globo. O cenário do estudo é um município prioritário para o controle da Tuberculose do estado de São Paulo. Conta com o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de forma centralizada, em cada um dos 5 distritos de saúde, onde os pacientes são encaminhados para que realizem o tratamento. **Objetivos:** O estudo analisou a situação do controle da Tuberculose sob a ótica dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde deste município. **Métodos:** A coleta de dados realizou-se por meio do instrumento Primary Care Assessment Tool (PCAT), elaborado por Starfield e Macinko (2000), adaptado e validado para o Brasil por Almeida e Macinko (2006) e adaptado para a atenção à Tuberculose por Villa e Ruffino-Netto (2007). Os dados foram analisados pelo programa Statistica 8.0 da Statsoft, e apresentado sob a forma de tabelas de frequência simples. Participaram deste estudo 18 gerentes de Unidades. **Resultados:** Dos gerentes entrevistados, 4 (22,22%), atuam há 3 anos nesta função, 1 (5,56%) há mais de 15 anos e 2 (11,11%) há 10 anos. Para 14 (77,77%) dos gerentes, a Tuberculose é vista como doença prioritária no quadro sanitário do município, ao passo que 8 (44,44%), referiram nunca ou quase nunca participar da discussão e definição de ações para o controle da enfermidade e 12 (66,66%), nunca participaram de discussões para a aplicação de recursos para o controle da doença. A distribuição de recursos é realizada de acordo com as necessidades da população para 8 (44,44%), e quase sempre para 5 (27,8%). A distribuição destes é sempre realizada para 9 (50%) sujeitos, mas para 2 (11,11%) , incentivos nunca são disponibilizados, e 5 (27,8%) não o sabem. Quanto a manutenção na regularidade da distribuição, para 5 (27,8%) esta é sempre mantida, 3 (16,7%) disseram nunca haver manutenção na distribuição e 5 (27,8%) não sabiam. Com relação à disponibilidade, 9 (50%) disseram ser suficientes, para 4 (22,22%) quase sempre são suficientes e o mesmo número não soube responder. A aplicação de recursos para outros programas ou necessidades é feita às vezes para 4 (22,22%) gerentes. **Conclusão:** As opiniões dos gerentes divergem em relação ao Programa de Controle da Tuberculose no município estudado. Percebe-se que a gerência tem sido norteadora por aspectos burocráticos na gestão do referido programa e com pouca articulação política que possa sustentar a visibilidade da problemática da Tuberculose, corroborando para que a doença permaneça com seu caráter negligenciado. Espera-se que por meio da divulgação dos resultados esses atores sejam sensibilizados quanto à importância da participação efetiva em discussões e formulações de políticas adequadas para o controle da doença.

Descritores: Tuberculose; Gerência; Recursos Humanos

Tratamento Tuberculose Ativa**TTA.001 AVALIAÇÃO DO RESULTADO DO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE EM UM CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DE BELÉM-PA**

NINAROSA CALZAVARA CARDOSO; ANTONIA MARGARETH MOITA SÁ

INSTITUIÇÃO: CSEMARCO/UEPA. E-MAIL: NINAROSA@AMAZON.COM.BR

Introdução: A magnitude da TB no Brasil e no Pará aliadas à baixa efetividade do PCT nesse estado, traduzida em índices insatisfatórios de cura e abandono (73% e 10%, respectivamente), mostram necessidade de revisão das estratégias de condução do programa em suas esferas de decisão, principalmente no nível local, para mudar o quadro atual. O Centro de Saúde Escola do Marco é administrado pela UEPA e desenvolve ações de atenção básica e secundária, onde se encontra uma referência estadual em Pneumologia criada em abril de 1997. Essa unidade desenvolve o PCT em dois níveis de complexidade: na atenção básica a unidade segue o preconizado pelo Manual de Normas Técnicas e na atenção secundária atua como referência para esclarecimento dos casos de difícil diagnóstico e manejo terapêutico (co-morbidades, intolerância aos esquemas, avaliação de casos de falência aos esquemas, etc). **Objetivo:** Avaliar e comparar os resultados do PCT alcançados em DOT (tratamento supervisionado) e TAA (tratamento auto-administrado). **Método:** Foram avaliados os prontuários, os livros de registro e demais instrumentos

de controle do tratamento de 785 casos diagnosticados no Centro de Saúde Escola do Marco, no período de setembro/2002 a agosto/2006. Os dados foram analisados com auxílio do software EPI INFO 6.04D, compreendendo as distribuições de frequência do desfecho cura comparado aos outros desfechos (abandono, óbito e falência) nos dois regimes de tratamento. Na análise estatística foi usado o Teste de Quiquadrado, considerando-se como significativo o valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Foram diagnosticados 785 pacientes procedentes de demanda espontânea e referenciada. Foram transferidos para suas unidades de origem para continuidade de tratamento 55,8% (438/785); 2,4% (19/785) tiveram mudança de diagnóstico e 41,8% (328/785) foram tratados no CSE Marco, sendo 38,4% (126/328) em DOT e 61,6% (202/328) em TAA. Desfecho em DOT - cura: 95,2% (120/126); abandono: 2,4% (3/126); óbito: 1,6% (2/126); falência: 0,8% (1/126), a qual curou com E-III. Desfecho em TAA - cura: 92,5% (187/202); abandono: 1,5% (3/202); óbito: 6,0% (12/202). Pelo teste do χ^2 verificou-se não haver diferença significativa entre os desfechos nos dois regimes de tratamento avaliados. **Conclusões:** O serviço avaliado alcançou e superou os índices de cura e abandono preconizados, principalmente com investimento em qualificação de recursos humanos e na organização e provisão de recursos materiais necessários. A mortalidade mantém taxas acima da média nacional.

Descritores: Tratamento; Tuberculose; Saúde pública

TTA.002 QUEIXA DE DISPNEIA E DISFUNÇÃO VENTILATÓRIA EM PACIENTES POS-TRATAMENTO DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO PARÁ

NINAROSA CALZAVARA CARDOSO; WANDYRA ARAUJO BARROS; TEREZINHA DI BASTIANI; SANDRA SOUZA LIMA

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO/HUJBB - UFPA. EMAIL: NINAROSA@AMAZON.COM.BR

Introdução: A tuberculose (TB) pode comprometer as vias aéreas, com diminuição do fluxo aéreo. A fibrose cicatricial leva à diminuição da capacidade pulmonar total. Quanto mais tardio o diagnóstico da TB, piores serão os danos pulmonares. A Tuberculose Multirresistente (TBM) no Brasil é fruto de irregularidade/abandono de tratamento, com maior tempo de doença e extenso dano pulmonar. Aqueles que alcançam a cura podem ter como seqüela disfunção respiratória, com prejuízo da qualidade de vida. **Objetivos:** Descrever o perfil funcional de pacientes com seqüela de TBM e correlacioná-lo com o número de tratamentos anteriores e a queixa de dispnéia ao final do tratamento. **Métodos:** Estudo descritivo longitudinal prospectivo em portadores de TBM acompanhados no HJBB, com alta favorável após esquema padronizado, no período de março/1997 a março/2008. Foram considerados sexo, idade, n° de tratamentos anteriores ao esquema TBM, queixa de dispnéia e espirometria ao final do tratamento. A avaliação funcional foi feita através da espirometria pelo aparelho Espirotat IV e considerados os achados de acordo com as Diretrizes para Testes de Função Pulmonar 2002. Os dados foram analisados com auxílio do software EPI INFO 6.04D, compreendendo as distribuições de frequência das variáveis estudadas. Na análise estatística foi usado o Teste de Quiquadrado, considerando-se como significativo o valor de $p < 0,05$. **Resultados:** Um total de 120 pacientes recebeu alta favorável após esquema TBM e realizou espirometria. Foi observado um n° maior de homens, 65/120 (54%) que de mulheres, 55/120 (46%). A faixa etária predominante foi de 25 a 34 anos, 35/120 (29,2%). Considerando-se o número de tratamentos anteriores ao esquema TBM, 60/120 (50%) fizeram entre 1 e 2 tratamentos (G1), 51/120 (42,5%) fizeram entre 3 e 4 tratamentos (G2) e 9/120 (7,5%) fizeram entre 5 e mais tratamentos (G3). Disfunção ventilatória foi encontrada em 103/120 (85,8%) dos pacientes. Distúrbio ventilatório restritivo (DVR) ocorreu em 13/103 (12,6%), seguido por distúrbio ventilatório obstrutivo (DVO) em 40/103 (38,8%) e distúrbio ventilatório combinado (DVC) em 50/103 (48,6%). Disfunção ventilatória ocorreu em 77% do G1, 94% do G2 e em 100% do G3. Pelo teste do χ^2 verificou-se haver diferença significativa entre o número de tratamentos anteriores e a presença de disfunção ventilatória ($p = 0,01$). Da mesma forma houve significância estatística entre a presença de dispnéia e o padrão de disfunção ventilatória ($p = 0,01$). **Conclusão** - O número de tratamentos anteriores influenciou significativamente a presença de disfunção ventilatória. O DVC foi significativamente relacionado à queixa de dispnéia, enquanto que entre os não queixosos DVO foi mais presente.

Descritores: TBM; Tratamento; Disfunção ventilatória

TTA.003 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL PELO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA DE PORTADORES DE TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE EM USO DE ESQUEMA ALTERNATIVO

NINAROSA CALZAVARA CARDOSO; WANDYRA ARAUJO BARROS; TEREZINHA DI BASTIANI; FÁBIO COSTA DE VASCONCELOS

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO/HUJBB - UFPA. EMAIL: NINAROSA@AMAZON.COM.BR

Introdução: A Tuberculose Multirresistente (TBM) no Brasil está fundamentalmente associada a mau tratamento prévio ou abandono. Esses pacientes, com longo tempo da doença, costumam apresentar acentuado comprometimento orgânico e piora do estado nutricional. **Objetivo:** Avaliar o estado nutricional, através do índice de massa corpórea, em pacientes portadores de TBM nas fases pré e pós tratamento alternativo. **Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo longitudinal prospectivo, em pacientes acompanhados no Programa de Assistência a Portadores de TBM do Hospital Universitário João de Barros Barreto, no período de setembro de 1995 a março de 2008. Aferiu-se peso e altura em balança antropométrica tipo plataforma, com precisão de 0,1kg e 5cm, respectivamente, para obtenção do índice de massa corpórea nas fases inicial e final do esquema alternativo para a doença, sendo adotados os critérios de classificação da Organização Mundial da Saúde (1998). **Resultados:** Foram analisados 149 pacientes, sendo 59% do sexo masculino e 41% do sexo feminino. A idade variou de 18 a 81 anos. Detectou-se que no início do tratamento 32,8%, 46% e 18,4% dos homens estavam em quadro de desnutrição, eutrofia e sobrepeso, respectivamente; e no final houve uma diminuição do quadro de desnutrição para 18,4% e aumento de indivíduos eutróficos (50%) e de sobrepeso (23,6%). As mulheres também tiveram a mesma característica dos homens, isto é, 35,3%, 50,9%, e 13,8% apresentavam desnutrição, eutrofia e sobrepeso, respectivamente, no início do esquema. Na fase final observou-se diminuição das pacientes desnutridas para 15,7% e aumento das eutróficas (56,9%) e sobrepeso (25,5%). **Conclusão:** A prevalência de desnutrição é alta no início do tratamento, que se deve provavelmente ao catabolismo da doença, além de mudanças na ingestão alimentar. Com o tratamento alternativo observou-se que não houve aumento na depleção de massa corpórea dos pacientes, sendo um método clínico a ser adotado. Porém, uma avaliação mais detalhada é necessária para o diagnóstico nutricional dos pacientes.

Descritores: Tuberculose Multirresistente; Desnutrição; Tratamento

TTA.004 PERFIL DOS CASOS DE ABANDONO DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DO PARÁ

NINAROSA CALZAVARA CARDOSO; WANDYRA ARAUJO BARROS; TEREZINHA DI BASTIANI

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO/HUJBB - UFPA. EMAIL: NINAROSA@AMAZON.COM.BR

Introdução: O Pará ocupa a quarta posição na casuística nacional de casos de Tuberculose Multirresistente (TBM). No período de 1995 a 2006 184 pessoas iniciaram tratamento para TBM no estado do Pará. Destas, 4,3% (8 pessoas) tiveram abandono de tratamento. **Objetivo:** Identificar o perfil dos pacientes que abandonaram o tratamento da TBM no período de 1995 a 2006 no estado do Pará. **Métodos:** corte transversal retrospectivo. A amostra foi composta por todos os casos de TBM notificados no período de 1995 a 2006 ao Sistema Informativo TBM - MSH/MS para realização de tratamento e que tiveram com encerramento do caso o abandono de tratamento. **Resultados** - Os 8 casos de abandono de tratamento detectados neste período apresentaram o seguinte perfil: sexo (masculino 75%, feminino 25%); idade mediana de 30 anos (variação de 18 a 48 anos); raça/cor (parda 75%, branca 25%); escolaridade em anos de estudo (1 a 3 - 12,5%; 4 a 7 - 75%; 8 a 11 - 12,5%); ocupação (ambulante 12,5%; desempregado 12,5% e outros 75% incluindo agricultor, guardador de carros, servente, estudante e do lar); renda familiar (sem renda fixa 25%; 12,5% para as rendas de 1 salário mínimo, 1 e meio salário mínimo, 2 e meio salários mínimos e 3 e meio salários mínimos); tempo de doença entre o primeiro diagnóstico de tuberculose (TB) e o diagnóstico de TBM - 1 a 3 anos, com mediana de 2 anos; padrão de comprometimento pulmonar bilateral cavitário em 100%; perfil de resistência aos fármacos (isoniazida 100%; rifampicina 87,5%; estreptomicina 75%; pirazinamida 37,5%; etambutol e etionamida 25%); co-morbidades presentes em 37,5% (uso de drogas ilícitas, alcoolismo e AIDS em um caso cada); histórico de abandono de tratamento anterior presente em 87,5%; aderência à supervisão do esquema TBM ausente em 87,5%. O abandono do tratamento TBM deu-se em média no oitavo mês de tratamento (variando do terceiro ao décimo quinto mês). **Conclusão:** O perfil observado é de homens em idade produtiva, de baixa escolaridade, desenvolvendo atividades na economia informal e com baixa renda familiar. Soma-se o histórico de abandono de tratamento, comprometimento pulmonar extenso, amplo perfil de resistência aos fármacos antibacteriais e dificuldade de adesão ao tratamento supervisionado da TBM. Os dados apontam para a necessidade do envolvimento de outros setores além do Programa de Controle da Tuberculose para o enfrentamento do problema do abandono de tratamento da TB no estado do Pará.

Descritores: TBM; Tratamento; Abandono

TTA.005 PERFIL DOS CASOS DE FALÊNCIA DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO ESTADO DO PARÁ

NINAROSA CALZAVARA CARDOSO; WANDYRA ARAUJO BARROS; TEREZINHA DI BASTIANI

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO/HUJBB - UFPA. EMAIL: NINAROSA@AMAZON.COM.BR

Introdução: O Pará ocupa o quarto lugar em casos de tuberculose multirresistente (TBM) no Brasil. No período de 1995 a 2006 184 pessoas iniciaram tratamento para TBM no estado do Pará. Destas, 7,1% (13 pessoas) tiveram como desfecho a falência de tratamento. **Objetivo:** Descrever o perfil dos pacientes que apresentaram falência ao tratamento da TBM no período de 1995 a 2006 no estado do Pará. **Métodos:** Corte transversal retrospectivo. A amostra foram todos os casos de TBM notificados no período de 1995 a 2006 ao Sistema Informativo TBM - MSH/MS para realização de tratamento, e que tiveram a falência como desfecho. **Resultados:** Os 13 casos de falência ao tratamento da TBM detectados neste período apresentaram o seguinte perfil: sexo (masculino 61,5%; feminino 38,5%); idade mediana de 39 anos (variação de 18 a 70 anos); tempo de doença entre o primeiro diagnóstico de tuberculose (TB) e o diagnóstico de TBM - 1 a 10 anos, com mediana de 5 anos; número de tratamentos para TB anteriores ao diagnóstico de TBM variou de 2 a 6, com mediana de 4 tratamentos; histórico de abandono de tratamento presente em 46% e ausente em 54%; padrão de comprometimento pulmonar bilateral cavitário em 85% e unilateral cavitário em 15%; padrão de resistência bacilar a mais de três fármacos padronizados no país em 54%; re-utilização do esquema III em 31%; perfil de resistência aos fármacos (isoniazida 100%; rifampicina 92%; estreptomicina 54%; etambutol 54%; pirazinamida 46% e etionamida 38%); comportamento da cultura para micobactérias em espécime clínico durante o tratamento - sem negação em 54% e com negação seguida de nova positividade em 46%. **Conclusão:** O perfil observado é de homens chegando à meia idade, com longo tempo de doença e numerosos tratamentos para TB anteriores ao diagnóstico de TBM. Soma-se o extenso comprometimento pulmonar, o amplo padrão de resistência aos fármacos antibacteriais e a re-utilização do esquema 3. Os dados apontam para a importância do diagnóstico precoce da multirresistência, aumentando as chances de êxito no tratamento da TBM no Pará.

Descritores: TBM; Tratamento; Falência

TTA.006 CAUSAS DE ÓBITO NOS PORTADORES DE TB EM TRATAMENTO EM UM CENTRO ESCOLA

ANTONIA MARGARETH MOITA SÁ; NINAROSA CALZAVARA CARDOSO

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DO MARCO - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PARÁ - UEPA.

EMAIL: NINAROSA@AMAZON.COM.BR

Introdução: A introdução da quimioterapia no controle da tuberculose modificou substancialmente a história natural dessa doença, com ênfase na redução da letalidade. Entretanto o Brasil detém altos índices de mortalidade em portadores de TB e sua redução em 2/3 do atual índice de 3/100 mil habitantes é uma das metas pactuadas entre governo e organismos internacionais. **Objetivo** - descrever o perfil dos óbitos entre pacientes com TB segundo o tratamento realizado em regime supervisionado (DOT) e auto-administrado (TAA). **Método:** Foram avaliados os prontuários, declarações de óbito e acessado o SIM (quando necessário), de 14 pacientes que faleceram durante tratamento para TB no Centro de Saúde Escola do Marco, no período de setembro de 2002 a agosto de 2006. Utilizou-se a estatística descritiva para compor o perfil dos pacientes, analisar as causas dos óbitos e comparar o desfecho nas duas modalidades de tratamento. **Resultados:** No período estudado o CSE Marco notificou e tratou 328 pessoas portadoras de TB, dos quais 14 faleceram, 8 do sexo masculino (57,2%) e 6 do sexo feminino (42,8%). Predominou a faixa etária de 20 a 59 anos com 8 pessoas (57,1%), seguida da faixa de 60 anos e mais, com 5 pessoas (35,7%). A forma clínica predominante foi a pulmonar - 6 casos (42,8%), seguida pela pleural - 3 casos

(21,4%), miliar - 2 casos (14,3%), mista - 2 casos (14,3%) e ganglionar - 1 caso (7,1%). Esquema 1 foi usado em 11 pessoas (78,6%), E-1 modificado em 2 (14,2%) e 1 E-IR em 1 (7,2%). Seis pessoas (42,8%) apresentavam HIV +; 5 pessoas apresentavam nefropatia, hepatopatia, diabetes, neoplasia, hipertensão grave, entre outras (35,7%) e 3 pessoas não apresentavam comorbidades (21,4%). A entrada no PCT deu-se por demanda espontânea em 3 casos (21,4%) e por demanda referenciada em 11 casos (78,6%). DOT foi usado em 2 pessoas (14,3%) TAA em 12 (85,7%). Destes últimos, 4 trataram sob regime de internação até o desfecho. O tempo de tratamento variou de menos de 1 a 16 semanas. Em 6 pessoas (42,8%) o óbito não apresentou relação com a TB (AVC, TEP, falência de múltiplos órgãos por CA, complicação de procedimento cirúrgico em idosa, choque séptico e sepse); 3 pessoas (21,4%) tiveram a SIDA como causa principal e 2 pessoas (14,3%) como causa secundária; em 2 pessoas (14,3%) a TB foi a causa principal e 1 pessoa (7,2%) não teve causa informada em nenhum documento disponível. A taxa média de óbito foi de 4,3% (14/328), sendo 1,6% em DOT (2/126) 6,0% em TAA (12/2002). Conclusões: A taxa de óbito no CSE Marco é alta. Por ser referência secundária recebe pacientes em situação de difícil manejo e pessoas diagnosticadas por outros serviços, sob regime de internação, que precisam ser notificadas para terem acesso aos medicamentos. Em 3 de 4 casos o serviço não teve contato com essas pessoas, que faleceram na vigência da internação.

Descritores: Tuberculose; Mortalidade; Causa básica de morte

TTA.007 TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE (ILT) NO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE HOSPITALAR (PCTH) DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

MARIA AMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; NEIO LUCIO FERNANDES BOECHAT; ROBERTA MARQUES AGUIAR; MARIA AMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA; SORAIA RIVA GONDINHO DE SOUZA; FERNANDA QUEIROZ MELLO; ANTONIO RUFFINO-NETO; MARIA DA CA AMARAL DO CARMO PINHEIRO; JANAINA APARECIDA MEDEIROS LEUNG; AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE DOENÇAS DE TÓRAX - UFRJ. EMAIL: MARMANDA@GLOBO.COM

Introdução: A identificação e o tratamento da ILTB é uma das estratégias de seu controle e uma das metas do pioneiro PCTH da UFRJ. **Objetivo:** Descrever as características epidemiológicas, reações adversas e desfechos do tratamento da ILTB nos pacientes tratados no PCTH. **Método:** Estudo descritivo retrospectivo dos indivíduos tratados no PCTH de outubro/1998 a março/2003. **Informações sobre indicação, sexo, idade, reações adversas, esquema e desfechos de tratamento** foram obtidas através de ficha padronizada; e sobre adoecimento por TB, através da consulta ao banco do SINAM/SES. **Resultados:** Dos 328 pacientes tratados, 75% (246) preencheram os critérios do manual do PCTH. Entre as indicações, 36,7% eram pacientes HIV soropositivos, 30% contatos, 15% transplantados, 15% profissionais de saúde (PS) e 3,3% imunossuprimidos (IS). Não houve predomínio de sexo e 72,4% encontravam-se entre 16-60 anos; excluindo-se os contatos, com 78,3% de crianças. A taxa de reações adversas foi de 28,5%, variando de 40,5% nos transplantados a 22,5% nos HIV soropositivos (33,3% PS, 27,8% contatos, 25% IS). A taxa de adesão ao tratamento foi de 87%, com maiores percentagens nos contatos (90,5%), transplantados (89,2%) e HIV soropositivos (88,9%); a de abandono foi de 11,8%, com maior ocorrência nos IS (25%) e PS (21,6%); e a de efetividade foi 98%. **Conclusões:** O tratamento com isoniazida foi bem tolerado mesmo na presença de co-morbidades. O bom índice de adesão ao tratamento aponta para uma ação efetiva do PCTH. A elevada efetividade evidencia a exequibilidade do tratamento de ILTB, em condições de rotina, numa unidade de atendimento do SUS.

Descritores: Tuberculose; TB latente; Imunossuprimidos; Isoniazida

TTA.008 PERFIL DOS PACIENTES EM TRATAMENTO PARA TUBERCULOSE EM UNIDADE DE SAÚDE COM EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ROBERTO LUIZ TARGA FERREIRA; CASSIA KIRSCH LANES; KARIN ALINE RAUBER

INSTITUIÇÃO: GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. EMAIL: RTARGA@VIA-RS.NET

Introdução: Atualmente o Brasil encontra-se no 14º lugar entre os 20 países responsáveis por 80% do total de casos no mundo, com uma incidência de 46 casos novos anuais por 100.000 habitantes. A Unidade de Saúde Divina Providência (USDP), integrante do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, localiza-se na Vila Jardim, bairro de classe média baixa da zona norte de Porto Alegre, RS. A referida Unidade de Saúde é referência para tratamento da tuberculose (TB) na área em que está inserida, que compreende um território com cerca de 6 mil habitantes. Desde 2006 tem ações contra a TB pioneiramente inseridas nas atividades de APS. São esperados cerca de 6 casos novos de TB/ano nesta população coberta pela USDP, considerando a série histórica e a incidência em Porto de Alegre que hoje é de 100/100.000. A USDP faz parte de um grupo de 12 US que tem características similares de funcionamento, porém com áreas de abrangência e populações distintas. **Objetivo:** Descrever o perfil dos portadores de tuberculose atendidos na US através de levantamento de dados epidemiológicos sobre incidência, forma de tuberculose, associação com HIV, faixa etária, sexo e adesão ao tratamento. **Métodos:** revisão de todos os registros existentes dos casos de TB nos impressos da Unidade e também através da revisão dos prontuários de família (ou das ESF). **Resultados:** Entre fevereiro de 2007 e fevereiro de 2008, foram registrados 14 casos de tuberculose na área de abrangência da Unidade com idades entre 13 e 67 anos (média 37,5 / mediana 38). Destes, 8 eram homens (57%) e 6 eram mulheres (43%). Para os homens, a média de idade foi 38,6 anos (entre 13 e 67 anos / mediana 37,5 anos) e para as mulheres foi 35,6 anos (entre 24 e 50 anos, mediana 38 anos). Treze pacientes fizeram teste anti-HIV e 1 paciente negou-se a realizar o exame. Cinco eram soropositivos para HIV (38%), 4 homens e 1 mulher. As formas de tuberculose foram: 10 casos exclusivos de TB pulmonar (5 homens/5 mulheres) e 4 casos de TB extra-pulmonar (1 ganglionar, 1 pulmonar e meníngea e 2 pleural) sendo 3 homens e 1 mulher. Os 14 casos foram tratados com Esquema 1 (RHZ). Dos pacientes tratados, 6 tiveram alta por cura (42%), 1 alta por abandono (7%), 1 óbito (7%) e 6 permaneceram em tratamento regular no encerramento da coleta de dados (46,6%). **Conclusão:** A alta incidência de tuberculose, o dobro da esperada, no território da Unidade de Saúde Divina Providência indica que estas taxas necessitam ser revistas e comparadas às outras US que atuam da mesma forma. A captação de novos casos através da busca de sintomas respiratórios bem como a vigilância dos casos em tratamento estão permitindo bons índices de detecção e de cura com boa adesão ao tratamento em Unidade de APS. Isto pode ser verificado na USDP durante o período analisado.

Descritores: Tratamento em APS; Incidência; Epidemiologia

TTA.009 CARACTERÍSTICAS DA TUBERCULOSE MULTIRRESISTENTE NO BRASIL - 1994 A 2006

MIGUEL AIUB HIJJAR; MARGARETH PRETTI DALCOLMO; MARIA JOSÉ PROCÓPIO; JOEL KERAVER; LUÍS GUSTAVO BASTOS; JORGE LUIZ DA ROCHA; LYNDA SUE DINIZ; ESTEFÂNIA QUILMA PENNA; MARIA DAS GRAÇAS MARQUES; REGINA COUTINHO; LUIZ ANTONIO BASTOS CAMACHO

INSTITUIÇÃO: CENTRO DE REFERÊNCIA PROFESSOR HÉLIO FRAGA - CRPHF. EMAIL: JOCA23@IG.COM.BR

Introdução: Atualmente, no Brasil, pacientes com diagnóstico de TBMR são notificados no Sistema de Vigilância Epidemiológica (Sistema TBMR) que está disponível "on-line" e permite realizar pesquisas de dados, gerenciar e acompanhar casos até o desfecho, controlar a solicitação, envio, recebimento e estoque dos medicamentos específicos e gerar relatórios epidemiológicos. **Objetivo:** Descrever e analisar as principais informações registradas no Sistema TBMR referentes ao período de 1994 a 2006. **Métodos:** Para gerar os relatórios epidemiológicos foram utilizadas as ferramentas regulares disponíveis no Sistema TBMR. Com elas as informações específicas são extraídas das fichas de notificação e acompanhamento de casos cadastradas no sistema, consolidadas por categorias e exibidas em tabelas e gráficos padronizados. **Resultados:** De janeiro de 1994 a dezembro de 2006 foram notificados 2616 pacientes com primeiro tratamento (casos novos) e 161 pacientes com retratamento para TBMR no Brasil. O número é maior no estado do Rio de Janeiro (39%) seguido por São Paulo, Bahia, Pará e Ceará. Destes casos, 65,6% são homens, 54,4% têm entre 25 e 44 anos de idade, 98,5% apresentam forma clínica pulmonar, 66,3% apresentam lesão radiológica bilateral cavitária e 98,2% realizaram sorologia para HIV com 7% de positivos. A distribuição dos casos por faixa etária, gênero e status HIV apresenta-se semelhante aos casos com TB sensível notificados ao SINAN-TB no mesmo período. A partir de 2000 houve estabilização no número de casos novos de TBMR (aproximadamente 330 por ano) que correspondem a 0,44% dos casos novos de TB sensível notificados por ano. Dos 1573 casos notificados entre 2000 e 2004, 20,9% não apresentavam informações de acompanhamento após dois anos do início do tratamento. Excluindo-se esses casos sem informação o resultado do primeiro tratamento mostrou taxa média de cura de 53,7%, falência de 15,8%, abandono de 7,5%, óbito de 22,2% e mudança de esquema de 0,8%. Analisando o desfecho dos casos por ano, houve aumento progressivo da taxa de cura, redução do óbito e manutenção das taxas de falência e abandono. Todas as informações foram acessadas no banco de dados do Sistema TBMR em 27/04/2007. **Conclusões:** A padronização do tratamento dos casos TBMR no Brasil, a partir de 1999, mostrou tendência de melhora dos resultados de tratamento com diminuição evidente do óbito. O abandono necessita de melhor monitoramento pelas unidades de referência em TBMR, assim como, a ênfase nos dados que alimentam o sistema. A análise dos dados indica a evolução do sistema de vigilância e a consolidação da estrutura de atenção e acompanhamento dessa forma de TB. Em que pese a evidente necessidade e oportunidade de melhora na qualidade da informação, o sistema na forma atual permitiu gerar informações valiosas sobre o desempenho do programa de controle e apontar análises adicionais que especifiquem mudanças necessárias. **Financiamento:** USAID e CRPHF.

Descritores: Tuberculose; Multirresistente; Sistema de informação

TTA.010 ANÁLISE DA DISPONIBILIDADE DO TESTE DE SENSIBILIDADE DE PACIENTES EM RETRATAMENTO DA TUBERCULOSE INTERNADOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

BRUNO HORTA ANDRADE; MARIA TEREZA COSTA OLIVEIRA; NATALIA PRISCILA LACERDA; DIRCEU BARTOLOMEU GRECO; RICARDO AMORIM CORREA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG. EMAIL: BRUNO-HORTA@LYCOS.COM

Introdução: A partir das II Diretrizes Brasileiras para tuberculose surgiu a recomendação da realização de teste de sensibilidade para os casos com indicação de retratamento. Adotando essas recomendações, o serviço de pneumologia do Hospital Julia Kubitschek (HJK), centro de referência para o tratamento de tuberculose no Estado de Minas Gerais localizado em Belo Horizonte, solicita, rotineiramente, desde o início do ano de 2004 estes exames. **Objetivos:** O objetivo foi avaliar a disponibilidade do resultado do teste de sensibilidade ao Mycobacterium tuberculosis no serviço. **Métodos:** Foram revistos todos os prontuários de pacientes internados no HJK para retratamento de tuberculose pulmonar com esquema IR no período de 2004 a 2007. O isolamento do Mycobacterium tuberculosis, como na maioria dos laboratórios Centrais, foi realizado em meio de cultura Löwenstein-Jensen (LJ) e a análise de sua sensibilidade e resistência pelo teste de sensibilidade (TS) através do método das proporções. Todos os exames foram realizados pelo Laboratório Central do Estado (Fundação Ezequiel Dias - Funed). O resultado deste exame seguiu fluxo rotineiro de envio ao serviço de prontuário do HJK. O tempo necessário à disponibilização do exame foi calculado entre a data de solicitação do exame pelo médico assistente e a data de assinatura da liberação do exame pelo responsável técnico do laboratório. Em dois casos não houve informação do dia da solicitação do exame. Nesses casos convençamos utilizar o dia 01 para solicitação e o dia 15 para o resultado, visando permitir a análise desses dados. **Resultados:** Foram analisados 156 retratamentos de 137 pacientes no período estudado; 13 pessoas foram retratadas duas vezes e uma delas quatro vezes. O resultado da cultura e teste de sensibilidade foi disponível em 106 (67,9%) dos 156 retratamentos. Dentre estes, em apenas 73, o resultado definitivo do exame que incluía informações sobre a data de coleta, da liberação e seu resultado esteve disponível no prontuário. Os demais foram obtidos por meios informais de comunicação. O intervalo entre a coleta e o resultado foi em média 2,85 meses, mínimo de meio mês e máximo de 8,9 meses. Para 19 pessoas (26%) o resultado só esteve disponível após o quarto ou mais meses da coleta. **Conclusão:** O estudo permite concluir que as informações fornecidas pelo resultado do teste de sensibilidade, na realidade de um Centro de Referência Estadual para tratamento de tuberculose, não foram disponíveis em cerca de 1/3 dos casos de retratamento. O tempo de sua disponibilização foi longo e em 26% dos pacientes foi maior que o período clínico para definição de falência. Assim, concluímos que o teste de sensibilidade da maneira que vem sendo realizado é um exame demorado, e que em algumas situações pode não oferecer resultado oportuno à condução clínica. Técnicas laboratoriais que permitam resultados mais ágeis e reprodutíveis podem ser úteis na condução clínica desses pacientes.

Descritores: Tuberculose; Retratamento; Teste sensibilidade

TTA.011 PREVALÊNCIA DE RESISTÊNCIA ÀS DROGAS UTILIZADAS NO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE NO HUCFF/UFRJ

FABIO SILVA AGUIAR; MARIA AMANDA MONTEIRO DA SILVA VIEIRA; LEILA DE SOUZA FONSECA; AFRANIO LINEU KRITSKI; GUILHERME LOUREIRO WERNECK; FERNANDA QUEIROZ MELLO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ. EMAIL: AGUIARMD@GMAIL.COM

Introdução: A emergência de resistência às drogas utilizadas no tratamento da tuberculose (TB) é uma ameaça ao controle da TB. A monitorização da susceptibilidade do *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) às drogas é essencial. Nos países em desenvolvimento poucos dados estão disponíveis. No Brasil, dados de pacientes de unidades básicas mostram resistência em 10,6% e TB multirresistente (TBMR) em 2,2% dos casos. Taxas maiores já foram descritas em hospitais. **Objetivos:** Estimar a prevalência de resistência às drogas utilizadas no tratamento da TB e identificar fatores associados. **Métodos:** Estudo transversal. Dados clínicos e laboratoriais foram coletados retrospectivamente de 2001 a 2005. Dados demográficos, fatores de risco para resistência, sorologia para HIV e passado de TB foram coletados e analisados pelos testes de Qui-Quadrado, Mann-Whitney e Poisson. **Resultados:** Foram analisados 350 tratamentos, 62 dos quais realizados em pacientes com passado de TB. A sorologia para o HIV foi positiva em 31,2%. Foi encontrada resistência em 15,7% e TBMR em 4,3% dos casos. A resistência primária foi encontrada em 10,0% e a TBMR primária em 3,0% dos casos. Resistência adquirida foi encontrada em 41,9% e TBMR adquirida em 22,6%. O tratamento prévio para TB esteve associado à resistência à qualquer droga e TBMR. A recaída em menos de dois anos do episódio anterior de TB esteve associada à resistência à qualquer droga. A TB pulmonar cavitária esteve associada com a TBMR. Nenhuma associação entre resistência e ser profissional da área de saúde foi encontrada. **Conclusão:** A prevalência de resistência às drogas utilizadas no tratamento da TB foi menor que às taxas descritas em hospitais em países em desenvolvimento. Para a TBMR, as taxas encontradas foram semelhantes. A resistência primária foi semelhante à unidades básicas e menor que a descrita em outros hospitais. Estes dados sugerem um bom controle da TB no hospital. É necessário se suspeitar de TB resistente nos pacientes com TB em unidades hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, principalmente naqueles com passado de tratamento anterior para a doença. A implantação de um programa hospitalar de controle da TB eficaz pode prevenir a transmissão da doença. **Financiamento:** Fogarty/NIH 3 D43 TW000018-16S3/5 U2R TW006883-02 **Descritores:** Resistência; TBMR; Programa de controle de tuberculose hospitalar

TTA.012 DESCRIÇÃO DO PERFIL E DO NÍVEL DE SATISFAÇÃO DO ATENDIMENTO DE PACIENTES COM TUBERCULOSE EM TRATAMENTO EM UM CENTRO DE SAÚDE EM FORTALEZA

ERIKA LIZETTE SILVEIRA DA SILVA; APARECIDA TIEMI NAGAO DIAS; ANA PAULA SOARES GONDIM; MARIA AUGUSTA DRAGO DIAS; MARIA ROSIVÂNIA VIRGINO; ANAIARA SILVA MACHADO

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC - CE. EMAIL: ERIKA.LIZ@GMAIL.COM

Introdução: No período de 2006, 1.518 mil casos de TB foram notificados em Fortaleza, resultando em uma incidência de 62,8 casos por 100.000 habitantes. No mesmo período, os índices de mortalidade foram de 3,4%, a taxa de cura de 67,7% e a taxa de abandono, de 11,2%. A Regional I, onde se situa o centro de saúde avaliado no presente estudo, registrou o maior índice do Município, ou seja, de 72,1 casos por 100.000 habitantes (SMS, relatório de gestão, 2006). As taxas de cura estão ainda abaixo do desejável, de acordo com as sugestões da OMS. Sabe-se que entre as causas responsáveis da baixa taxa de cura e altas taxas de abandono estão um seguimento inadequado do paciente, decorrentes, por exemplo, de uma falta da qualidade no atendimento do mesmo. O presente trabalho apresenta alguns dados preliminares do estudo de diagnóstico situacional de pacientes em tratamento no Centro de Saúde Carlos Ribeiro. **Objetivos:** Avaliar o perfil e nível de satisfação do atendimento de pacientes com tuberculose em tratamento no Centro de Saúde Carlos Ribeiro, Fortaleza. **Métodos:** Foram entrevistados 83 pacientes atendidos no C.S. Carlos Ribeiro, Regional I, inscritos ou não no programa de tratamento supervisionado de TB, após terem tomado conhecimento sobre o projeto e assinatura do termo de consentimento. Foi realizado uma visita domiciliar aos pacientes, tendo sido aplicado um questionário. **Resultados:** Entre os pacientes entrevistados, 32,5 % eram do sexo feminino e 67,5% do sexo masculino. As idades variaram de 12-81 anos, ou seja, 12 a 25 anos (30,1%); 26 a 45 anos (42%); 46 a 65 anos (20,4%) e acima de 66 anos (7,5%). O nível de escolaridade 28,9% apresentavam 1 a 3 anos de estudo; 25,3 % 4 a 7 anos; 30,1% 8 anos ou mais; e 15,7% eram . Quando questionados sobre o tempo de espera no atendimento e diagnóstico, 71% Acharam que foi rápido; 14,51% demoraram e 14,51% acharam que demorou muito. Sobre a qualidade de atendimento, 69,4% consideraram bom, 17,7% ótimo e 12,9% consideraram ruim. Quanto à influência das palestras de TB sobre o tratamento, 17,7 % consideraram que não houve acréscimo algum; 58,6 % informaram que elas ajudaram no mesmo. Questionados quanto à ida de algum profissional do posto de saúde em sua residência depois de diagnosticados, apenas 13,1% afirmaram que houve a visita. Por fim, foi sugerida a atribuição de uma nota para a qualidade de atendimento da enfermeira responsável, que foram nota 10 (60,6 % dos entrevistados), notas 8/9 (21,3%), notas 5/7 (18,1%) e ao médico responsável, que foram nota 10 (35,9%), notas 5/7 (20,9%), notas 0/4 (14,9%). **Conclusão:** Os resultados parciais permitem concluir que a percepção do nível de satisfação dos pacientes com tuberculose em tratamento é imprescindível para orientar a direção em devem ser concentrados os esforços no sentido de se obter uma maior aderência ao tratamento e, portanto, uma maior eficiência do mesmo, tendo como prováveis consequências, uma menor taxa de abandono e maior taxa de cura. **Descritores:** Satisfação; Centro de Saúde; Pacientes Com TB

TTA.013 AS DEMANDAS DE AÇÕES INTERPROGRAMÁTICAS E INTERSETORIAIS DE PACIENTES TUBERCULOSOS HOSPITALIZADOS

CARLA CRISTINA DA ROCHA DAMAS; FATIMA MATIAS CARVALHO; MARCIA DE GIOVANNI PACHE DE FARIA

INSTITUIÇÃO:HOSPITAL ESTADUAL SANTA MARIA/SESDC -RJ . EMAIL: DAMAS1@OI.COM.BR

Introdução: A Integralidade é entendida como "um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, (...)" (SUS, 1990), mas para isso é necessário ações integradas entre variados programas de saúde e com outros setores públicos que garantam a construção de uma rede integrada de serviços que já está prevista nos sistemas de saúde e de assistência social, bem como recomendada pela OMS. Entretanto

a construção dessas condições vem caminhando mais lentamente do que o necessário e, no que diz respeito ao controle da Tuberculose, significa uma taxa persistente de baixa adesão ao tratamento e o aparecimento da multirresistência. Nessa direção, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) passou a recomendar ações integradas com os Programas de DST/AIDS e de Saúde da Família, mas o controle da doença demanda outras ações integradas, que podem ser evidenciadas a partir do levantamento realizado com pacientes internados no Hospital Estadual Santa Maria (HESM). Justamente por se tratar de uma clientela que, por variados fatores não conseguiu curar a doença dentro da rede de atenção básica, torna-se exemplar das demandas de ações interprogramáticas e intersetoriais. **Objetivos:** Evidenciar a necessidade de ações integradas com outros programas de saúde e com outros setores públicos, na atenção de pacientes pouco aderentes ao tratamento de tuberculose, internados no Hospital Estadual Santa Maria. **Método:** Foi realizado um levantamento de dados coletados dos prontuários de 100% dos pacientes que estiveram internados no Hospital Estadual Santa Maria/RJ (HESM) durante todo o mês de dezembro de 2007, o que totalizou 72 documentos. Esse levantamento contou com o patrocínio do ICOHRTA. Foram levantados dados sobre: escolaridade e formação profissional; estrutura familiar/rede social de apoio; fonte de renda atual; vínculo previdenciário; moradia; presença de co-morbidades crônicas, de limitações físicas/mentais e de uso abusivo de álcool/drogas; história de baixa adesão ao tratamento de TB; e história de comprometimento com a justiça. **Resultados:** Dos 72 pacientes, 58% tinham história anterior de baixa adesão ao tratamento e 89% apresentavam co-morbidades crônicas anteriores ao aparecimento da TB, com destaque para a AIDS (13,8%) e Diabetes (13,8%). Dos 72 pacientes, 67% relatam uso abusivo de alguma droga (excluindo o tabaco), com destaque para o álcool (61%), e 16,6% apresentavam algum tipo de deficiência. Física ou mental. De todos os pacientes, 72,2% têm escolaridade menor do que o Ensino fundamental. Apenas 54% têm alguma formação profissional e, destes, 89% foi profissionalizado informalmente. Como consequência, 86% não têm nenhum vínculo previdenciário, 10% têm ou tiveram problemas com a justiça, e 26% chegaram na condição de população de rua. Embora a maioria possa contar com algum apoio familiar, 7% conta apenas com suporte social comunitário e 14% não conta com nenhum tipo de apoio. **Conclusão:** Os resultados revelam a necessidade de ações integradas não apenas com o Programa de DST/AIDS e PSF mas também com outros serviços de saúde, com destaque para os Serviços de Saúde Mental, bem como com os Setores de Assistência Social e Justiça. **Descritores:** Tuberculose; Integridade; Saúde mental

TTA.014 DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DO PCT PARA AS USF, COMO MELHORIA DE TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

MÔNICA DE AZEVEDO JAMBÔR

INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE MARICÁ-SUSC . EMAIL: MAJAMBOR@YAHOO.COM.BR

Introdução: A presença significativa da Tuberculose em nosso País (somos o 15º no mundo) tem gerado a necessidade de desenvolver novas e eficazes estratégias de combate à doença. Neste sentido, Maricá precisa avançar no ambiente das suas unidades de saúde para que o paciente receba atendimento permanente e incorporado à rotina de atividades de todos os profissionais de saúde. Foram realizadas várias capacitações, encontros regionais, feiras de saúde em associação de moradores, ações de saúde em datas comemorativas, seminário, escolha do nosso logotipo, palestras educativas em escolas da rede pública, divulgação das ações nos veículos de comunicação (rádios comunitárias, jornais locais e internet), ações essas ministradas com parcerias do PCT-SES, outras secretarias municipais e entidades privadas. As ações do PCT-Maricá também são marcadas pelo desafio de combater os problemas associados à doença como miséria sem higiene, alcoolismo, abandono do tratamento, a epidemia de AIDS e todos os problemas e dificuldades que a rede municipal de saúde enfrenta na luta que resultem na melhora do perfil epidemiológico municipal. **Objetivo:** Redução da morbidade, mortalidade e transmissão da Tuberculose. **Métodos:** Aumentar a detecção de casos novos; Implantar o PCT em 100% das unidades de saúde da família (USF); Implantar o livro de SR (sintomático respiratório) em 100% das USF; Capacitar e treinar 100% dos profissionais de saúde da rede; Realizar supervisão mensal em 100% das USF; Capacitar e treinar profissionais em BCG e PPD; Garantir a realização de exames de Rx, BAAR e PPD para pacientes suspeitos, controle e contatos; Adequação do espaço físico do laboratório de baciloscopia; Garantir insumos para a realização da baciloscopia; Garantir uma caixa térmica em cada USF e uma caixa no carro que fará a coleta do material; Garantir a coleta do material da baciloscopia, instituindo rotina do transporte; Realizar ações de saúde nas datas comemorativas; Desenvolver ações de educação em saúde, comunicação e mobilização social com enfoque na Tuberculose; Alimentar o SINAN (sistema de informações de agravos); Realizar avaliações epidemiológicas trimestrais e retro alimentar os serviços com a divulgação dos resultados. **Resultados:** Através da descentralização das ações do PCT para as USF, conseguimos melhorar nossos indicadores, com isso obtivemos um melhor tratamento para os nossos pacientes. Número de casos novos P + curados entre os diagnosticados de 01/04/06 a 30/03/07 X 100. Total de casos novos pulmonares bacilíferos diagnosticados no mesmo período. 23 X 100 Resultado: 85,18 %. **Conclusão:** O planejamento das ações e articulação de medidas de controle teve um impacto positivo para redução dos nossos índices epidemiológicos, resultando assim num melhor tratamento dos pacientes gerando uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Tuberculose; PCT; Descentralização

TTA.015 TRANSPLANTE HEPÁTICO APÓS HEPATITE FULMINANTE POR ESQUEMA I: RELATO DE CASO

ANDRÉ DE BARROS GIANNETTI ; HUGO MANUEL PAZ MORALES; NATALIA NOVAES PELIZARI; RALCYON FRANCIS AZEVEDO TEIXEIRA; VIVIAN HELENA IIDA AVELINO DA SILVA; FRANCISCO OSCAR SIQUEIRA FRANÇA; ESTELA REGINA RAMOS FIGUEIRA; TELESFORO BACCHELLA; PATRICIA RODRIGUES BONAZZI; EDSON ABDALA

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE MOLÉSTIAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS DO HC DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP. EMAIL: ANDREGIANNETTI@GMAIL.COM

Introdução: Tuberculose (TB) é uma doença de grande importância, pela sua prevalência e por ser uma das maiores causas de morte entre as doenças infecciosas curáveis. Seu tratamento geralmente é realizado com o uso de isoniazida, rifampicina e pirazinamida, drogas que apresentam como efeito adverso mais grave a hepatotoxicidade. Essas alterações hepáticas podem se apresentar desde elevação enzimática assintomática até insuficiência hepática fulminante,

que pode ser fatal. O transplante (Tx) hepático tem sido uma eficiente opção de tratamento nos casos de hepatite fulminante induzida por drogas, apresentando sobrevida do enxerto após um ano de cerca de 78% nos casos de toxicidade pela isoniazida. **Objetivo:** Relatar caso de hepatite fulminante por terapia anti-TB com indicação de Tx de fígado. **Relato:** Paciente feminina, de 57 anos, com antecedente de TB ocular em tratamento com Esquema I há 4 meses, sem história de etilismo, apresentando quadro de dor abdominal, sonolência, icterícia e colúria há 15 dias. Ao exame clínico apresentava-se icterícia, lentificada, desorientada tãmporo-espacialmente com graduação de 14 na escala de coma de Glasgow e com hepatomegalia. Exames laboratoriais evidenciaram bilirrubinas totais aumentadas (44,87 mg/dL), alteração de transaminases e enzimas canalculares com diminuição progressiva até níveis próximos aos normais em cerca de 15 dias, coagulopatia progressiva (INR 3,0), Fator V diminuído (10%) e amônia elevada (151 µmol/L). A paciente apresentava sorologias para hepatite B e C negativas, para hepatite A IgG positivo e IgM negativo e auto-anticorpos negativos. A terapia anti-TB foi suspensa, indicando-se o Tx de fígado como prioridade, o qual foi realizado 8 dias após. Evoluiu com disfunção primária do enxerto, sendo submetida a novo Tx em 4 dias. Atualmente apresenta-se estável com exames laboratoriais e sinais clínicos em normalização. **Discussão:** Embora a TB seja uma doença curável, o uso de associação das drogas isoniazida, rifampicina e pirazinamida no seu tratamento é relacionado a uma taxa de incidência de hepatotoxicidade maior do que a taxa no uso isolado dessas drogas. Alterações das enzimas hepáticas são mais frequentemente descritas nos primeiros 2 meses da terapia, mas podem ocorrer mais tardiamente. Sugere-se que idade, sexo feminino, desnutrição e abuso de álcool, além de fatores genéticos, aumentem o risco para desenvolvimento de hepatotoxicidade por estas drogas, da mesma forma que a presença de doença hepática crônica em atividade, como hepatites B e C. A paciente, mesmo apresentando poucos fatores de risco conhecidos, evoluiu com hepatite fulminante, preenchendo critério para Tx hepático. Como conclusão, podemos observar que embora a associação destas drogas hepatotóxicas, necessárias no tratamento de TB, possa apresentar hepatite fulminante, temos nesses casos como opção terapêutica a realização do Tx hepático. **Descritores:** Hepatotoxicidade; Transplante Hepático; Esquema I

Tratamento Tuberculose Latente

TTL001 NOVAS INDICAÇÕES DE QUIMIOPROFILAXIA SECUNDÁRIA – PERFIL DE PACIENTE CANDIDATO AO USO DE ANTI -TNF- α NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDEO UFC

VALERIA GOES FERREIRA PINHEIRO; WALDEMAR LENE CHAVES; JOLVINO FRANKLIN JR.; MARCOS PAULO FERNANDES PATRÍCIO; ELVIS RUNY PAULINO DA SILVA; TANIA REGINA BRÍGIDO OLIVEIRA
INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC. EMAIL: VALERIA.GOES@TERRA.COM.BR

Introdução: Várias indicações de quimioprofilaxia (QP) secundária com isoniazida (INH) estão bem estabelecidas, outras situações clínicas ficam a critério médico, devendo-se avaliar o custo-benefício do risco de adoecimento X efeitos colaterais da INH. Entre as indicações mais recentes está o uso de infliximab (Remicade) um anticorpo monoclonal quimérico com uma elevada afinidade e especificidade para o TNF- α utilizado para o tratamento de patologias crônicas inflamatórias. Vários trabalhos tem demonstrado casos de a Tuberculose (TB) doença está associada com a diminuição da atividade do TNF- α o que sugere que esta citocina desempenha papel no controle da TB latente. Cada vez mais pacientes têm sido encaminhados para avaliação de QP devido ao possível uso dessa medicação. **Objetivo:** Apresentar o perfil do paciente com indicação do uso de infliximab, submetido à QP com INH e os resultados da quimioprofilaxia. **Metodologia:** Revisão dos prontuários de pacientes inscritos para QP (INH 300mg/d 9m) no Ambulatório de Tisiologia do Hospital Universitário Walter Cantídeo UFC- Fortaleza/CE (out 2006-2008) devido a indicação do uso de infliximab. **Resultados:** Foram inscritos 15 pacientes (08 homens e 07 mulheres) com média de idade de 46 anos. As patologias de base referidas foram: 08 artrite reumatóide; 06 espondilite anquilosante; 01 Doença de Chron. A grande maioria faz uso de várias medicações hepatotóxicas ou irritantes gástricas como corticóides, methotrexato, AINEs entre outras; 2/15 pacientes referiram sintomas respiratórios; 3/15 apresentaram alterações radiológicas residuais. A média do PPD foi 14,6mm; 13 pacientes negaram tratamento anterior; apenas 02 informaram contato com pacientes com TB. Em relação ao uso da QP a tolerância foi considerada boa para 10/15 pacientes avaliados; 06 concluíram o tratamento; 04 abandonaram sendo 01 devido à hepatite medicamentosa e 05 pacientes estão em tratamento regular. 05/15 pacientes iniciaram o tratamento com infliximab e estão sendo acompanhados. **Conclusões:** As normas para o acompanhamento de pacientes submetidos à QP nessa nova situação clínica, ainda não estão definidas. A maior parte dos pacientes encaminhados fazem uso de várias medicações. A duração da QP, o tempo necessário para liberação para o uso de infliximab, bem como a possibilidade do uso dessa citocina em pacientes com história de TB tratada são pontos de discussão. Urge a adoção de regras devido ao número crescente de casos encaminhados aos ambulatórios que desenvolvem atividades no PNCT.

Descritores: Quimioprofilaxia; Indicações; Infliximab

TTL002 IMPLEMENTAÇÃO DA QUIMIOPROFILAXIA NO MUNICÍPIO DE ITABORAÍ – RIO DE JANEIRO

DENISE FREITAS SILVA; MARIA JOSÉ FERNANDES PEREIRA

INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ – RJ. EMAIL: DENISEFREITASILVA@IG.COM.BR

Introdução: Introdução: A quimioprofilaxia é uma das formas de prevenção da Tuberculose utilizando uma droga específica, no Brasil, a Isoniazida (INH) é o medicamento de escolha. Alguns estudos da década de 50 e 60 evidenciaram a redução na incidência da tuberculose nos grupos tratados com INH em torno de 60-88%, estudos posteriores confirmaram a eficácia do efeito protetor da INH por 19 anos após o término da administração da droga sugerindo que sua proteção seja "vitalícia". O emprego da quimioprofilaxia está aquém do esperado, os principais problemas apontados são à falta de adesão ao tratamento e ao retardo ou não sugestão da quimioprofilaxia quando estaria indicada, esses problemas são encontradas nas nações menos desenvolvidas, acrescido dos poucos recursos econômicos disponíveis (Sant'Anna, C.C. Tuberculose na Infância e na Adolescência, 2002, pág. 199-200). Em países com alta carga de TB é relatado que a taxa de tuberculose latente entre contatos intradomiciliares se encontra em torno de 50% e que no momento da investigação inicial de contatos 10-20% tem tuberculose em atividade (Lancet, vol.6, nov. 2006). Situação: O Município de Itaboraí apresenta

alta incidência e prevalência da tuberculose o que determinou ser uma das 32 cidades prioritárias no RJ em ações de controle da tuberculose, segundo o Ministério da Saúde. **Objetivo:** Implementar a quimioprofilaxia, com qualidade, utilizando a estratégia de supervisão da tomada da medicação objetivando a melhoria da adesão. **Método:** Oficinas de capacitação e sensibilização da equipe do PCT e equipes do PSF na indicação e supervisão da tomada da quimioprofilaxia. **Capacitação** dos técnicos de enfermagem do PCT na realização e leitura do teste tuberculínico. **Implementação** do protocolo do Ministério da Saúde das indicações de quimioprofilaxia e rotina de investigação de contatos intradomiciliares de tuberculose. **Resultados e Conclusão:** A implementação das ações que se iniciaram em 2003 priorizaram uma melhor investigação dos contatos intradomiciliares dos pacientes com tuberculose, na captação dos pacientes sob alto risco de desenvolver TB e nos pacientes soropositivos. Como avaliado na tabela houve um acréscimo muito significativo do total de pacientes submetidos a quimioprofilaxia. O segundo ponto de observação se deu na aplicação da tomada da medicação de forma supervisionada para que pudéssemos garantir uma maior adesão, visto que esses pacientes não recebiam qualquer incentivo para melhoria da adesão, essa estratégia se mostrou muito eficaz garantindo um término de tratamento com uma média de 90% dos casos

Descritores: Quimioprofilaxia; Tratamento supervisionado; TB latente

TTL003 INDEX CASE-RELATED FACTORS FOR LTBI AMONG CONTACTS OF TB PATIENTS: PRELIMINARY RESULTS

ANETTE TRAJMAN; DANIELA ZYLBERBERG; MARCIO BEZERRA BARCELLOS; ANDRÉIA ALVES DE OLIVEIRA; CARLOS DUARDO TEODÓSIO DOS SANTOS; JULIE LOUISE MIRANDA SANZ

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE GAMA FILHO – UGF – RJ. EMAIL: ANDREA_ALVES7@HOTMAIL.COM

Introdução: TB transmission has been associated to poverty, crowding and index case-related factors such as delayed diagnosis TB, pulmonary cavities and sputum bacillary burden. We evaluated index case-related factors for TB transmission among 300 household and work contacts of 165 patients with active pulmonary TB. Information on duration of cough, AFB sputum smears and chest radiogram was searched for in the records of index cases. TST was performed by a trained healthcare worker. LTBI was defined by two different cut-off values for TST: 5 and 10 mm. We confirmed that delayed diagnosis increases TB transmission. In our sample, bacillary burden of the index case presented a trend for increased LTBI, but not the presence of cavity. Conversion was not tested, thus cumulative prevalence was evaluated. The study strengthens the need for more rapid diagnosis of pulmonary TB. Access to health care system and more sensitive diagnostic tests are needed. More data are being collected to confirm these results. Study supported by CIHR, ICHOHTA, FAPERJ, CNPq.

Descritores: PPD; Infecção latente; Caso índice

TTL004 A IMPORTÂNCIA DA QUIMIOPROFILAXIA NO CONTROLE DA TUBERCULOSE EM POPULAÇÕES INDÍGENAS: O CASO SURUI DE RONDÔNIA.

PAULO CESAR BASTA; LUIZ CARLOS CORRÊA ALVES; CARLOS EVERALDO ALVARES COIMBRA JR

INSTITUIÇÃO: ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA – FIOCRUZ . EMAIL: PAULOBASTA@GMAIL.COM

Introdução: Na atualidade, a tuberculose (TB) permanece como um dos principais problemas de saúde pública no Brasil. Segundo estudos recentes, seu impacto entre os povos indígenas é muito significativo e superior ao observado na população geral do país. Em particular, entre os Surui a TB representa um dos agravos de maior repercussão epidemiológica, expressa por indicadores alarmantes (incidência média 2.518,9/100.000 hab. entre 1991-2002). O grupo de pesquisa em saúde indígena do Departamento de Endemias da ENSP vem desenvolvendo pesquisas sobre a TB entre os Surui desde 2002. Por ocasião de um inquérito tuberculínico realizado em 2005, observou-se prevalência média de infecção em torno de 30% na população estudada. Nesse contexto, 23 crianças < 15 anos foram indicadas à quimioprofilaxia, pois haviam apresentado reações ao teste tuberculínico > 10 mm e encontravam-se sob risco de adoecer. **Métodos:** Para atualizar os dados sobre TB e reavaliar essas crianças, realizou-se em agosto de 2007 uma oficina de trabalho no município de Cacoal-RO, localidade onde ocorre a assistência aos Surui. Promoveu-se consulta aos dados de notificação de TB nos últimos anos, e avaliação clínico-epidemiológica das crianças indicadas à quimioprofilaxia. Houve realização de consulta médica com pneumologista, radiografia de tórax, teste tuberculínico e aplicação do sistema de pontuação para diagnóstico de TB na infância proposto pelo Ministério da Saúde (MS, 2002). **Resultados:** Entre 2003-2006 foram notificados 62 casos de TB entre os Surui, o que representa incidência média de 1.589,8/100.000 no período. Foi possível reavaliar 20 crianças (87% das indicações), das quais apenas 6 haviam concluído a quimioprofilaxia conforme indicado. Dentre as 20 crianças avaliadas, 5 desenvolveram TB e foram submetidas ao tratamento específico. Isto representa incidência de 25.000/100.000 para a população-alvo específica. As 9 crianças restantes tiveram seus dados clínico-epidemiológicos confrontados com as recomendações do MS, o que resultou na manutenção da indicação da quimioprofilaxia para 7 delas. Após contato com as autoridades locais de saúde, a quimioprofilaxia foi iniciada. **Conclusão:** Embora tenha havido redução na incidência de TB em anos recentes ($\pm$ 37%), a doença permanece causando grande impacto entre os Surui e acometendo número expressivo de crianças. Neste caso, os achados revelam que a quimioprofilaxia teve indicação precisa, e que se tivesse sido realizada em momento oportuno, 5 crianças teriam sido poupadas do adoecimento. **Descritores:** Tuberculose; Quimioprofilaxia; Índios sulamericanos

TTL005 PREVALÊNCIA DA TUBERCULOSE LATENTE EM UNIVERSITÁRIOS DA ÁREA DE SAÚDE EM SALVADOR (BAHIA-BRASIL)

ANTÔNIO EDSON SOUZA MEIRA JÚNIOR; EVELIN SANTOS OLIVEIRA; CINARA DOURADO PEREIRA CORRÊIA SANTOS; JAQUELINE SILVA RODRIGUES; CARLOS MAURÍCIO CARDEAL MENDES; THEOLIS COSTA BARBOSA; SÉRGIO ARRUDA; JAMOCYR MOURA MARINHO

INSTITUIÇÃO: ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA – EBMSP . EMAIL: JRMEIRAMED@YAHOO.COM.BR

Introdução: Em nosso meio, visto a grande incidência de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva, existe uma alta prevalência de indivíduos infectados pelo Mycobacterium tuberculosis. Os infectados, sem doença, são considerados como casos de tuberculose latente, com potencial de evoluir para a tuberculose doença. Sendo, portanto, importante conhecer a prevalência da tuberculose latente em universitários da área de saúde, por apresentarem um risco maior de exposição e adoecimento. **Objetivo:** Avaliar a prevalência da tuberculose latente em estudantes universitários da área de saúde em Salvador-BA. **Métodos:** Estudo transversal em alunos voluntários, universitários, matriculados no primeiro ano dos cursos da

área de saúde em Salvador. O Teste Tuberculínico (TT) foi utilizado para identificação dos casos. O TT foi realizado por profissional treinado e seguindo as orientações do Ministério de Saúde do Brasil, usando-se PPD Rt23 através da técnica de Mantoux. Os alunos inicialmente não reatores (0 a 4 mm), foram convidados para realização de um segundo teste, entre 7 a 15 dias, com objetivo de complementar a avaliação. Os voluntários que apresentaram resultados positivos ao TT, definidos como endurecimento > 10 mm, foram considerados com tuberculose latente. **Resultados:** Dos 1069 alunos voluntários que responderam ao questionário e assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, 924 alunos (86,43%) realizaram o primeiro teste e retornaram para leitura. Destes, 598 eram não reatores, 174 fraco-reatores e 152 forte-reatores. Dos 598 não reatores, 314 realizaram um segundo teste e retornaram para a leitura, destes, 40 apresentaram um TT forte reator. O total de alunos que completou a avaliação foi de 640 com 192 apresentando uma endurecimento > 10 mm. **Conclusão:** A prevalência de tuberculose latente entre estudantes universitários do primeiro ano da área de saúde em Salvador foi de 30%.

Descritores: Tuberculose latente; Teste tuberculínico; *Mycobacterium tuberculosis*

TTL.006 FENÔMENO BOOSTER E PROVA TUBERCULÍNICA ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

ELENY GUIMARÃES TEIXEIRA; AFRANIO LINEU KRITSKI; ANTONIO RUFFINO-NETO; ANETE TRAJMAN

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE GAMA FILHO - UGF - RJ. EMAIL: ELENYGT@GLOBO.COM

Introdução: A tuberculose (TB) é uma doença ocupacional. Os profissionais de saúde, incluindo os estudantes de Medicina, devem realizar a prova tuberculínica (PT) para a detecção da infecção latente por TB (ILTBT). A avaliação inicial com PT em duas etapas está recomendada nos indivíduos que serão submetidos à PT sequencial para evitar o diagnóstico de uma falsa conversão. O fenômeno booster, atribuído ao resgate da imunidade celular à micobactéria, tem sido descrito associado à idade mais avançada, à vacinação com o BCG (especialmente em idade maiores), e à infecção por micobactéria não tuberculosa (NTM). **Objetivo:** Avaliar a prevalência do fenômeno booster e os fatores a ele associados, bem como a adequação desta recomendação numa população jovem, exposta à TB e universalmente vacinada com o BCG. **Método:** Um total de 1032 estudantes de cinco escolas médicas localizadas em três municípios com diferentes incidências de TB do Estado do Rio de Janeiro (incidência de TB = 73,6/100.000 habitantes) foram submetidos à PT. Dentre os que apresentaram reações < 10 mm na primeira PT, uma segunda PT foi realizada após 2 a 5 semanas por um profissional padronizado, utilizando a técnica de Mantoux com 2 UT do PPD Rt-23. O fenômeno booster foi definido como uma segunda PT > 10 mm com incremento de, pelo menos, 6 mm sobre a primeira PT. A associação do fenômeno booster com as variáveis independentes foi avaliada utilizando a análise multivariada. **Resultados:** A primeira PT foi positiva em 6,9% (5,4%;8,6%). Dentre os estudantes com a primeira PT negativa (<10 mm), 816 estudantes foram submetidos à segunda PT e a leitura foi efetuada em 764: a idade média foi de 21,9 ($\pm$ 2,7) anos e em 672 (87,9%) havia cicatriz da vacina BCG. O fenômeno booster foi identificado em 8,4% (6,5%;10,6%) e esteve associado com resultados da primeira PT de 1-9 mm, [ORa=2,5 (1,04;5,9)] e com a vacinação BCG, sobretudo a realizada após a infância (> 2 anos) [ORa=9,1 (1,2;70,7)]. O número necessário para testar com a segunda PT para identificar o fenômeno booster foi de 5 entre os estudantes com valores de 1-9 mm na primeira PT. **Conclusões:** A prevalência do fenômeno booster foi alta. A realização de PT em duas etapas em populações jovens vacinadas com o BCG, sobretudo nos estudantes com reações de 1-9 mm na primeira PT, pode evitar o diagnóstico de falsa conversão em avaliações futuras e, potencialmente, reduzir o tratamento desnecessário para a ILTB.

Patrocínio CNPq (62.00055/01-4 RedeTB), ICIDR Program/Fogarty International Center, NIH (D43TW05574-04) e ICOHRTA (FIC/NIH # 5U2RTW 006883-03).

Descritores: Booster; Tuberculose; Estudante de Medicina

TTL.007 INFLUÊNCIA DA VACINAÇÃO BCG NOS RESULTADOS DA PROVA TUBERCULÍNICA ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, BRASIL

ELENY GUIMARÃES TEIXEIRA; AFRANIO LINEU KRITSKI; ANTONIO RUFFINO-NETO; MARCIA TERESA CARREIRA TEIXEIRA BELO; RONIR RAGGIO LUIZ; ANETE TRAJMAN

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE GAMA FILHO - UGF - RJ. EMAIL: ELENYGT@GLOBO.COM

Introdução: A preocupação com a transmissão da tuberculose (TB) aos profissionais de saúde, incluindo os estudantes de Medicina, cresceu nas últimas décadas, em especial com o surgimento da epidemia do HIV e dos surtos de TB-MR. A realização periódica da prova tuberculínica (PT) é recomendada para estes profissionais. A interpretação dos resultados é controversa, sobretudo em países onde a vacinação BCG é universal. Num estudo prévio, identificamos que a PT positiva (>10 mm) não esteve associada à vacinação com o BCG entre 1032 estudantes de Medicina no Estado do Rio de Janeiro. **Objetivo:** Analisar a associação da vacinação com o BCG aos resultados < 10 mm na PT. **Métodos:** Estudantes de Medicina de cinco universidades de três municípios do Estado do Rio de Janeiro, com diferentes incidências de TB (28, 63 e 114/100.000) realizaram a PT. A cicatriz vacinal do BCG foi avaliada pelo mesmo profissional padronizado que efetuou a PT. A data da última vacinação foi informada pelos estudantes. **Resultados:** Dentre 961 estudantes com PT negativa (< 10 mm), a idade média foi de 22,0 anos ($\pm$ 2,9), 848 (88,2%) tinham cicatriz da vacinação com o BCG e 365 (37,9%) informaram a data da última vacinação. **Conclusões:** A vacinação BCG realizada após a infância (> 2 anos) pode resultar em reações com valores de 1-9 mm, mas não em PT positiva quando o ponto de corte é 10 mm. Ao contrário, a vacinação na infância parece não ter impacto significativo nos resultados de PT. Entretanto, o número de estudantes que sabia a data da última vacinação e que apresentou algum endurecimento foi pequeno, assim como o número de estudantes não vacinados pelo BCG. Estudos que considerem outras fontes de informação, como a caderneta de vacinação, devem ser realizados para confirmar estes resultados. Com base no nosso estudo, concluímos que para os indivíduos vacinados com o BCG após a infância, o ponto de corte para PT positiva deve ser 10 mm. Patrocínio CNPq (62.00055/01-4 RedeTB), ICIDR Program/Fogarty International Center, NIH (D43TW05574-04) e ICOHRTA (FIC/NIH # 5U2RTW 006883-03).

Descritores: Prova tuberculínica; BCG; Estudantes de Medicina

Tuberculose/HIV

TBH.001 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA CO-INFECÇÃO TB/HIV EM ITAPIRA-SP NO PERÍODO DE 2004 A 2007.

ELIANE MARIA OLIVEIRA

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO MUNICIPAL DE SAÚDE - SP. EMAIL: EMOO@IG.COM.BR

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com TB/HIV residentes em Itapira-SP no período de 2004 a 2007. **Métodos:** Avaliação em prontuários médicos e no programa de notificações de tuberculose do estado de São Paulo, EPI-INFO. A população estudada foi a totalidade dos casos notificados em 2004 a 2007 de Tuberculose e sua associação com vírus HIV acompanhados no ambulatório. **Resultados:** Nesse período foram notificados 127 casos de tuberculose, sendo 17 associados com sorologia positiva para HIV, o que significou uma taxa de co-infecção de 13,4%. Em relação ao sexo, 82,4% eram do sexo masculino, adultos jovens, de 20 a 49 anos em 87,5% dos casos. A forma de apresentação clínica foi a forma pulmonar em 94% dos casos. Quanto ao desfecho do tratamento, em 82% obtivemos a cura, em 18% óbitos e nenhum caso de abandono. **Conclusão:** Nossos dados coincidem com os de literatura estadual e nacional quanto ao sexo, faixa etária e forma de apresentação da tuberculose. A taxa de co-infecção de 13,4% é em média semelhante a do estado de São Paulo porém superior a do Brasil. A terapia DOTS foi fator decisivo para a obtenção de índices de cura acima da média nacional e de nenhum caso de abandono.

Descritores: Tuberculose; Vírus da imunodeficiência humana/HIV; Epidemiologia

TBH.002 ESTRATÉGIAS DE ADESÃO A TESTAGEM DO ANTI-HIV NOS PACIENTES PORTADORES DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE ITABORAÍ - RIO DE JANEIRO

DENISE FREITAS SILVA; MARIA JOSÉ FERNANDES PEREIRA; ANETE TRAJMAN;

AFRANIO LINEU KRITSKI

INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ - RJ. EMAIL: DENISEFREITASILVA@IG.COM.BR

Introdução: No último relatório da WHO (World Health Organization 2007,p.43) vinha-se demonstrando a baixa aderência das instituições de saúde à recomendação do oferecimento a testagem do Anti-HIV aos pacientes portadores de tuberculose. Globalmente apenas 6,7% dos pacientes portadores de Tuberculose realizam a testagem. O Brasil é um dos seis países que responde por 2,7% de todos os pacientes que realizam a testagem. **Objetivo:** Avaliar o impacto de diferentes intervenções para melhoria da adesão dos pacientes portadores de tuberculose a testagem do Anti-HIV. **Situação:** O Município de Itaboraí, está localizado à 1 hora do centro do Rio de Janeiro, e é uma das 32 cidades prioritárias em ações de controle da tuberculose. Apresenta uma incidência de 75 casos por 100.000 hab. Em 2003 houve a implantação do Tratamento Diretamente Supervisionado utilizando para tal a descentralização do programa para as unidades do PSF. **Método:** Entre os anos de 2000 a 2007 diferentes estratégias de adesão a testagem foram implantadas e ao final de cada ano essas intervenções foram analisadas. **Resultados:** Diferentes intervenções utilizadas com as respectivas respostas encontradas. **Conclusão:** O reconhecimento da infecção pelo vírus da AIDS nos pacientes portadores de Tuberculose é de crucial importância. No presente estudo a implantação do DOTS resultou numa significativa melhora de adesão a testagem, mas mesmo assim se mostrou insuficiente. Capacitações específicas da equipe do PCT alavancaram uma melhora nos indicadores de realização do Anti-HIV, porém a estratégia mais efetiva foi a facilitação a coleta do material no próprio local onde se realizava a consulta dos pacientes. O entendimento dos motivos da recusa dos pacientes a testagem resultou no alcance as metas preconizadas pela WHO

Descritores: Anti-HIV; Aconselhamento; Tuberculose

TBH.003 TUBERCULOSE ASSOCIADA A AIDS: PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS NO SERVIÇO DE REFERÊNCIA CLEMENTINO FRAGA - JOÃO PESSOA/PB/BRASIL

GERLÂNIA SIMPLÍCIO DE SOUSA; DINALVA SOARES LIMA; EDIVALDO JOSE TRINDADE MEDEIROS DA SILVA; ITATHIANA MARIA CUNHA BENTO DA SILVA; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA

INSTITUIÇÃO: PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABORAÍ - RJ. EMAIL: GERLANIAS@BOL.COM.BR

Introdução: A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa crônica que atinge a humanidade há cinco milênios. Seu agente etiológico, o *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch é o patógeno que mais causou mortes, entre as doenças infecciosas, até o momento, em adultos (Raviglione et al, 1995). Diante desse problema o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, em 1998 declarou a TB como "Prioridade Nacional". Hoje, existe um fato histórico que podemos claramente apontar como responsável pelas mudanças das curvas de prevalência da TB: A pandemia da Síndrome de Imunodeficiência adquirida (AIDS), que introduziu um fator novo, permitindo indivíduos que eram infectados por TB e que adquiram a infecção pelo HIV, rapidamente passarem a adoecer por TB, e essa associação fez com que aumentasse a morbimortalidade dos pacientes com AIDS, destacando o sinergismo entre os patógenos: *Mycobacterium tuberculosis* e o HIV. **Objetivo:** O objetivo deste trabalho foi definir o perfil clínico dos pacientes com TB/HIV notificados e assistidos no Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa/PB. **Métodos:** foram incluídos nesta amostragem, os pacientes notificados e assistidos no ambulatório de TB/HIV do Hospital de Referência Clementino Fraga/PB, do período de Junho de 1998 a Dezembro de 2006, por meio de levantamento dos Prontuários e notificações do SINAN, confrontados com Livro de Registros dos Pacientes. Os Pacientes incluídos tinham diagnósticos confirmados de HIV e Tuberculose Pulmonar e extrapulmonar. Os Pacientes catalogados foram no total de 215 casos de TB/HIV. **Resultados:** Na análise dos dados, o perfil definido dos pacientes TB/HIV, quanto ao sexo, o foi observado o predomínio de homens, com 170. casos.(79,06%); com relação a raça predominante, foi a Branca com 71,5%. A distribuição por idade mostra a variação de 08 a 60 anos, com maior frequência entre 30-39 anos Quanto as formas de apresentação da Tuberculose nos pacientes HIV, predominou a forma pulmonar com 177pacientes(82,32%).As formas extrapulmonares detectadas em 38pacientes(17,68%), sendo a forma ganglionar periférica com 19 casos e pleural 16 casos, 01 na forma meningoencefálica e 02 na forma miliar. Nestes 215 pacientes com TB/HIV, identificou-se fatores associados como: alcoolismo, uso de drogas ilícitas, diabetes mellitus, tabagismo e doença hepática crônica. **Conclusão:** A coinfecção TB/HIV tem sido diagnosticada precocemente e tratados, preferencialmente pela estratégia de supervisão da

tomada dos tuberculostáticos, além da assistência multidisciplinar no Hospital de Referência Clementino Fraga, de acordo com as normas consensuais e atualizadas, reduzindo a morbimortalidade destes pacientes coinfectados.

Descritores: Tuberculose; AIDS; Diagnóstico

TBH.004 PREVALÊNCIA DE TUBERCULOSE E INFECÇÃO PELO HIV EM UMA PENITENCIÁRIA NA BAHIA

CAROLINA NUNES BITTENCOURT; ANTÔNIO CARLOS MOREIRA LEMOS; ELIANA DIAS MATOS; DAYANE CARLA MENEZES SIMÕES; DYONE MARIA DE ALMEIDA SAMPAIO

INSTITUIÇÃO: HOSPITAL ESPECIALIZADO OCTÁVIO MANGABEIRA - BA. EMAIL: CAROLINANB@UOL.COM.BR

Objetivo: Estimar as prevalências de TB, HIV e da co-infecção HIV-TB em internos de uma Penitenciária na Bahia; **Métodos:** Foram avaliados através de estudo de corte transversal, com coleta prospectiva de dados, 369 internos de uma Penitenciária destinada a prisioneiros sentenciados do sexo masculino na Bahia. Este estudo faz parte de um projeto mais amplo, financiado pelo Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde/UNESCO. Um questionário padronizado foi preenchido por uma equipe de pesquisadores e exames complementares foram realizados de forma sistemática, como: sorologia anti-HIV 1 e 2, sorologia anti-HTLV, teste tuberculínico, radiografia de tórax em PA, baciloscopia e cultura para micobactéria; **Resultados:** A média de idade foi de $33,7 \pm 8,9$ anos. Tabagismo e alcoolismo foram referidos por 43,4% (160/369) e 54,2% (200/369) dos presos, respectivamente. História de tratamento anterior para TB foi relatada por 8,7% (32/369) dos indivíduos. Dos prisioneiros avaliados, 39,3% (145/369) apresentaram tosse e 33,9% (125/369) expectoração. Outros sintomas menos frequentemente referidos foram: dor torácica (36,3%; 134/369), perda de peso (26,6%; 98/369), inapetência (24,4%; 90/369), sudorese noturna (24,4%; 90), febre (14,1%; 52/369) e hemoptise (4,6%; 17/369). A prevalência de infecção pelo HIV foi de 2,9% (6/206) e de HTLV de 3,9% (8/206). A prevalência de TB-doença foi de 4,3 % (16/369). Na população do estudo, foi detectado um caso de co-infecção TB-HIV (1/369; 0,3%). **Conclusões:** A elevada prevalência de Tuberculose e soropositividade para HIV, observada neste estudo, indica a necessidade de implantação de políticas públicas especificamente direcionadas para o controle dessas endemias no sistema prisional na Bahia.

Descritores: Tuberculose; HIV; Prisão

TBH.005 CO-INFECÇÃO TB-HIV - UMA INVESTIGAÇÃO EM MUNICÍPIO DA BAIXADA FLUMINENSE, RJ, BRASIL

FABIANA BARBOSA ASSUMPCÃO DE SOUZA; BEATRIZ GILDA JEGERHORN GRINSZTEJN; JOSÉ HENRIQUE DA SILVA PILOTTO; ALINE SANTOS RAMALHO TEIXEIRA; MARA VALÉRIA DE SOUZA DE JESUS; MARILIA SANTINI DE OLIVEIRA; NILTON FERNANDO DA SILVA; RODRIGO BENEVENUTO CANTALEJO; ANABELA VAN-DUNEN; RAQUEL DE VASCONCELOS DE OLIVEIRA; VALDILÉIA GONÇALVES VELOSO DOS SANTOS

INSTITUIÇÃO: UNIRIO - RJ. EMAIL: FABIASSUMPCAO@GMAIL.COM

Introdução: Um dos maiores desafios para a saúde pública no mundo é a convergência das epidemias de tuberculose (TB) e HIV, que resulta em aumento de morbi-mortalidade nos co-infectados. O diagnóstico precoce dos casos de co-infecção é fundamental para que portadores da infecção pelo HIV possam se beneficiar de intervenções preventivas e terapêuticas. A prevalência da co-infecção HIV/TB varia nos municípios, o conhecimento sobre sua magnitude é fundamental para que se possa planejar os serviços a serem disponibilizados para a população. **Objetivos:** investigar a prevalência de co-infecção TB-HIV na população de pacientes atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Nova Iguaçu (MNI); analisar utilização de testes rápidos nas UBS com Programa de Controle da Tuberculose (PCT) implantado. **Método:** Estudo exploratório, quantitativo, com amostragem de conveniência (maio/2006 - abril/2008), em portadores de TB diagnosticados nas UBS do MNI e matriculados no PCT. Após treinamento das equipes das UBS em testagem e aconselhamento, testes rápidos (Determine®) foram disponibilizados para todos os pacientes com TB, utilizando sangue total. A testagem para HIV seguiu o algoritmo definido pelo Ministério da Saúde (MS), garantindo realização de exames confirmatórios para todos. Os pacientes co-infectados foram encaminhados para o ambulatório de doenças transmissíveis do Hospital Geral de Nova Iguaçu (HGNI), onde receberam tratamento para TB e para a infecção pelo HIV, conforme recomendações do MS. A coleta de dados através de levantamento dos casos no Livro de Registro de Controle da TB das UBS pesquisadas, análise dos prontuários e da ficha de Notificação Epidemiológica. **Resultados:** No período do estudo foram identificados 1383 casos de TB, desses, 1278 (92,40%) casos de TB foram submetidos à testagem anti-HIV, sendo 1152 (90,14%) submetidos ao teste rápido. Houve positividade para o anti-HIV em 3,6% (n=46) dos casos testados. **Conclusão:** a testagem para o HIV em sangue total utilizando testes rápidos se mostrou viável nas UBS do MNI e propiciou o alcance de uma alta cobertura de testagem dos pacientes com TB. A prevalência de co-infecção encontrada no nosso estudo (3,6%) é um pouco inferior a encontrada em UBS do Município do Rio de Janeiro entre 1995 e 1997 (5% a 15%). Nossa hipótese para essa diferença é que provavelmente, no MNI, pacientes com sinais e sintomas de TB, especialmente os com doença avançada, busquem mais vezes do que os do Rio de Janeiro os serviços de emergência hospitalar, reduzindo assim, "artificialmente", a prevalência entre pacientes atendidos nas UBS. A incorporação na análise epidemiológica dos casos diagnosticados, no mesmo período, na emergência do HGNI (estudo em curso) permitirá uma análise mais precisa sobre a situação epidemiológica dessa co-infecção no MNI. Os testes rápidos constituem-se em importante instrumento no diagnóstico da infecção pelo HIV em pacientes com TB e seu uso deve ser ampliado nessa população.

Descritores: Tuberculose; HIV; Diagnóstico

TBH.006 CO-MORBIDADE TUBERCULOSE/AIDS EM HOSPITAL DE ENSINO DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS

SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; RODRIGO DAS NEVES CANO; BEATRIZ ESTUQUE SCATOLIN ; GRACIETE REGEA DE OLIVEIRA PEREIRA; MIRIAN ANJOS RIZZO; NATÁLIA BERGANTINI CONFORTI; VALQUIRIA BARCO DAMIANO

INSTITUIÇÃO: FAMERP - SP. EMAIL: SILVIAVE@EERP.USP.BR

Introdução: São José do Rio Preto ocupa o quinto lugar no ranking de casos notificados de Aids no estado de São Paulo. Entre 1998 a 2005, a taxa de co-morbidade Tuberculose/aids (TB/ Aids) variou entre 35 a 51%, classificando o município como prioritário pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Objetivo:** identificar casos de TB diagnosticados em Hospital de

Ensino, associados a Aids, de 1998 a 2005 e descrever aspectos sociais e epidemiológicos da co-morbidade. **Metodologia:** estudo epidemiológico, retrospectivo, descritivo realizado no Núcleo de Vigilância Epidemiológica. Utilizou-se um instrumento contendo dados das fichas de notificação a respeito das condições sociais (sexo, idade, ocupação e procedência) e epidemiológicas (forma clínica, causas de internação hospitalar e tempo de aparecimento dos sintomas até a procura pelo serviço hospitalar) dos doentes. Os dados foram digitados no programa EXCEL 2003 e analisados por meio de números absolutos e percentuais. **Resultados:** Das 786 fichas de notificação de TB, 289 (37,1%) apresentaram resultado positivo para o HIV. Ocorreu uma variação de 30,1% a 46,1% nos percentuais de TB e TB/Aids, com diminuição de 10,7% entre 2000/2004. Predominaram homens (90,3% em 2002 e 63,6% em 2005). O percentual em mulheres foi menor comparado aos homens, porém, apresentou um aumento de 2002 a 2005, variando de 9,7% a 36,4%. A faixa etária mais acometida foi de 31 a 40 anos, com variação 32,4 a 45,8%. Ocupações mais frequentes: pedreiro, pintor e motorista (17,3%). 69,9%. A forma clínica predominante foi a pulmonar (66,2%). O tempo de aparecimento dos sintomas ao diagnóstico variou de 2,6 a 12,8 semanas. As principais causas da internação hospitalar foram elucidação diagnóstica (48,8%) e Aids (25,3%). **Conclusão:** Alto percentual de casos de co-morbidade TB/Aids em hospital de ensino, referência terciária. O perfil da co-morbidade vem acompanhando a tendência da "feminização" e da pauperização, como a epidemia da Aids no Brasil.

Descritores: Tuberculose; AIDS; Hospital

TBH.007 MICOBACTÉRIAS NÃO TUBERCULOSAS EM UMA POPULAÇÃO SOROPPOSITIVA PARA O HIV-1 DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DO ESTADO DE SÃO PAULO

HELOISA DA SILVEIRA PARO PEDRO; MARIA IZABEL FERREIRA PEREIRA; MARIA DO ROSARIO ASSAD GOLONI; MARIA APARECIDA BATISTA DA ROCHA SILVA; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; TALITA CORDESCHI; CELIA FRANCO; ANDREA REGINA BAPTISTA ROSSIT

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO ADOLFO LUTZ - SP. EMAIL: SILVIAVE@EERP.USP.BR

Introdução: O gênero *Mycobacterium* é constituído pelo complexo *Mycobacterium tuberculosis* além de outras espécies denominadas micobactérias não tuberculosas (MNT). Com o advento da AIDS, o grupo das MNT vem sendo melhor estudado face às infecções oportunistas de incidência crescente que essas espécies têm causado nos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV). O Instituto Adolfo Lutz de São José do Rio Preto (IAL-SJRP) é referência regional para o diagnóstico laboratorial da tuberculose. **Objetivos:** Este trabalho pretendeu estudar a prevalência das diferentes espécies de MNT em pacientes portadores do HIV/doentes com AIDS do município de SJRP. **Métodos:** Para tanto, no IAL-SJRP, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006, foram isoladas MNT a partir de diferentes espécimes clínicos colhidos dos portadores do HIV/ doentes com AIDS, encaminhados pelos setores de atendimento ambulatorial e hospitalar de SJRP e região. **Resultados:** O espécime clínico mais prevalente foi o escarro, seguido do sangue. A partir de 84 pacientes foram obtidas culturas positivas para MNT, sendo que 27,4% deles tiveram diagnóstico de infecção por MNT confirmado, segundo os parâmetros da American Thoracic Society: 21,5% tiveram isolamento de MNT a partir de sítios estéreis; 5,95% tiveram culturas positivas para MNT em duas ou mais amostras de um mesmo sítio. Para os demais não foi possível o diagnóstico de infecção. No entanto, dentre aqueles com apenas um isolamento de MNT (n=61), 39 indivíduos estavam com imunidade severa ou moderadamente comprometida (TCD4+ < 100 ou < 350 células/mm3) enquanto que 36% apresentavam raios-X de tórax com imagens compatíveis com doença pulmonar. As espécies mais frequentemente isoladas foram: 57,2% pertencentes ao complexo *M. avium* (MAC), 13,1% *M. fortuitum*, 7,2% *M. goodii*, 2,4% *M. chelonae* e 2,4% *M. kansasii*. Para cerca de 14% dos pacientes, a identificação da espécie obtida não foi conclusiva. **Conclusão:** No Brasil, ainda é difícil comparar dados relativos às MNT visto que não são de notificação compulsória. As publicações existentes mostram variação quanto ao período, tipo de amostra clínica e população estudada. Os resultados aqui obtidos reforçam a importância das MNT no grupo estudado e a necessidade de uma publicação nacional com recomendações sobre a conduta diagnóstica e terapêutica dessas infecções. Apoio financeiro: PIBIC-CNPq

Descritores: *Mycobacterium*; Micobactérias; Tuberculose

TBH.008 CHARACTERIZATION OF THE INFLAMMATORY SYNDROME ASSOCIATE TO THE RECONSTITUTION OF THE IMMUNE RESPONSE (IRS) IN PATIENTS TREATED FOR HIV AND TUBERCULOSIS IN A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL

VALÉRIA CAVALCANTI ROLLA; RAFAEL PEREIRA; LUCIANE DE SOUZA VELASQUE; MARIZA MORGADO; ERIKA ABI-CHACRA; MARIA HELENA FERES SAAD; CYNTHIA HORN; CARMEM BEATRIZ GACIOIA-GRIPP

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS. EMAIL: VALERIA.ROLLA@GMAIL.COM

Objective: To describe the occurrence of Immune reconstitution syndrome (IRS) in Tuberculosis (TB)-HIV patients naïve for antiretrovirals in treatment for TB with rifampicin and for HIV with two nucleoside analogs and efavirenz 600 or 800mg. **Methods:** Individuals with HIV-TB, naïve for HAART, are being recruited at IPEC-Fiocruz/RJ. These patients are being evaluated during concomitant TB-HIV therapy until 150 days after HAART introduction. Immune response was monitored throughout T CD4+ and CD8+ cell counts, the expression of activation molecules (CD3+/HLA-DR+, CD8+/CD38+) on T cells subsets by flow cytometry, plasmatic viral load levels and ELISPOT assays for ?-INF to access the cellular immune response to *M. tuberculosis* antigens (PPD, ESAT-6 and 38kda/CFP10). **Results:** Were included 13 patients that have finished the scheduled protocol (eight in the 600mg and five in 800mg). Median baseline CD4 was 103 (IQR:53-171.5) and at the end of TB therapy was a median of 212 (IQR:134.5-290.5) All but 2 patients obtained viral load <50 copies at the end of the protocol (one 600mg and one 800mg arm). During the trial 3 patients presented IRS. Patient with IRS presented similar levels of CD3-HLADR to the others 10 patients. However, a significant difference in CD3-HLADR was observed in month 3 (p=0,042) according to efavirenz dosage (800<600mg). CD8-CD38 trend to be lower in IRS patients than in the others at month 4 (p<0,06) and no difference was observed according to efavirenz dose. ELISPOT assays for ?-INF (n=8) showed an early response to PPD after HAART introduction in IRS patients (at month 1) in comparison with the others (p>0,05). Unique patterns of response to ESAT6 and 38kda/CFP10 were observed for all patients. **Conclusion:** Preliminary data indicate a low frequency of IRS in this trial and lower CD8/CD38 T cell activation and increased early PPD response in the IRS group

Descritores: Tuberculosis; Immune reconstitution syndrome; AIDS

TBH.009 A CO-INFECÇÃO TB/HIV NO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO, SÃO PAULO, BRASIL (2006)

MARIA EUGÊNIA FIRMINO BRUNELLO; RÚBIA LAINE DE PAULA ANDRADE; RICARDO ALEXANDRE ARCENCIO; MARIA ELVIRA SANTOS LUCICA; LÚCIA MARINA SCATENA; ROXANA ISABEL CARDOZO GONZALES; ANTONIO RUFFINO-NETO; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO- USP. EMAIL: BRUNELLO@EERP.USP.BR

Introdução: A infecção pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é o maior fator de risco para se adoecer por TB em indivíduos previamente infectados pelo bacilo, fator agravado pelas condições de vida social em alguns locais. **Objetivo:** Analisar a ocorrência da co-infecção TB/HIV no município de Ribeirão Preto - SP. **Métodos:** A população do estudo inclui os indivíduos co-infectados de TB/HIV, notificados no ano de 2006 e residentes no município de Ribeirão Preto - SP. Os dados foram coletados por meio do sistema de notificação do Estado de São Paulo, o TBWEB. Foram coletados os seguintes dados: número total de casos notificados no período, resultado da sorologia para HIV, sexo, faixa etária, escolaridade, tipo de caso, forma clínica, tipo de tratamento ao qual é submetido, tipo de encerramento do caso. **Resultados:** em 2006, o município notificou 190 casos de TB, sendo 58 (30,5%) indivíduos co-infectados com HIV; destes 58 casos, observa-se que 65,5% dos casos são do sexo masculino, 46% do total estão na faixa etária dos 20 aos 50 anos, 53,5% tem baixa escolaridade (4 a 7 anos), a maioria dos casos são notificados como novos (84,5%), 12,1% recidiva e 3,4% retratamento após abandono, sendo 72,5% na forma clínica pulmonar. Quanto à forma de tratamento, nota-se que pouco mais da metade (51,7%), foram submetidos ao tratamento supervisionado. A taxa de cura entre os casos foi de 53,5%, 24,2% evoluíram para óbito, 3,4% abandonaram o tratamento, 17,2% tiveram mudança no diagnóstico e 1,7% foi transferido. **Conclusão:** Entende-se que indivíduos com sorologia positiva para o HIV são imunologicamente mais susceptíveis à TB, devendo ser traçadas estratégias mais eficazes para promover um diagnóstico precoce e um tratamento adequado para estes pacientes, a fim de melhorar a qualidade de vida e o controle da doença.

Descritores: Distribuição espacial; Tuberculose; HIV

TBH.010 CO-MORBIDADE TUBERCULOSE E AIDS EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO: ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E SOCIAIS (1998-2006)

NATÁLIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS; FÁTIMA GRISI KUYUMJIAN; CLAUDIA ELI GAZETTA; ANNELIESE DOMINGUES WYSOCCKI; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO- USP. EMAIL: AMELINHA@USP.BR

Introdução: São José do Rio Preto apresentou entre 1998 a 2005, uma taxa de co-morbidade tuberculose/aids que variou entre 35 a 51%, classificando o município como prioritário pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (TB). Possui um Programa de Controle da TB (PCT) cujas ações são realizadas prioritariamente no Ambulatório de Referência, um serviço de vigilância epidemiológica eficiente no controle de Aids e um sistema de saúde bem estruturado para a assistência da doença. **Objetivo:** Analisar indicadores epidemiológicos e sociais da co-morbidade TB/Aids em São José do Rio Preto-SP. **Metodologia:** Estudo descritivo epidemiológico retrospectivo. Foram incluídos casos novos de TB coinfectados com o HIV, residentes em São José do Rio Preto-SP, notificados entre 1998 e 2006. Analisou-se indicadores de incidência por padronização direta, indicadores sócio-demográficos (sexo, faixa etária e escolaridade) e clínico-epidemiológicos (classificação da doença, desfecho do tratamento, opção pelo tratamento supervisionado e serviço que descobriu o caso) por meio do programa Epi Info Windows. **Resultados:** Foram notificados 306 casos novos de TB/Aids. Em 1999, o coeficiente de incidência foi de 15,3/100.000 hab., declinando para 5,1/100.000 hab. em 2006. Predominou homens (72,5%); destacou-se a faixa etária de 20 a 59 anos, com 96,4% do total dos casos. A média de idade em todos os anos foi de 36,3 anos. Observou-se que 51% não possuíam o ensino fundamental completo, 4,9% chegaram ao ensino superior e 4,6% eram analfabetos. Quanto a forma clínica da doença: pulmonar (52,9%), extrapulmonar 36,6%; e 10,4% dos casos apresentaram as duas formas da doença. 46,1% receberam tratamento supervisionado. Em 2006 a taxa de cura entre os co-infectados atingiu 33,3%; óbitos, 14,3% e não houve nenhum caso de abandono. 60% dos casos foram diagnosticados no hospital. **Conclusão:** A série histórica da co-infecção TB/Aids em São José do Rio Preto, a partir de 1998, mostrou taxas elevadas com tendência à diminuição da incidência da co-morbidade. Os índices elevados podem ser atribuídos ao lugar que o município ocupa no ranking de casos de Aids, associado ao fato de ser importante rota de tráfico de drogas e pela eficiência do serviço de vigilância epidemiológica no controle de Aids.

Descritores: Tuberculose; AIDS; Co-morbidade

TBH.011 CO-INFECÇÃO TB/AIDS: CARACTERIZAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DE INDIVÍDUOS ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE DE REFERÊNCIA

UTHANIA MELLO FRANÇA; JOANA KELLY QUEIROGA; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA; MAURICÉLIA MARIA MELO HOLMES; KÁREN MENDES JORGE SOUZA; SANDRA APARECIDA ALMEIDA

INSTITUIÇÃO: UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB. EMAIL: UTHANIA@GMAIL.COM

Introdução: A co-infecção TB/AIDS reflete na evolução epidemiológica da Tuberculose (TB), alterando alguns de seus aspectos tais como, apresentação clínica, duração do tratamento, tolerância aos tuberculostáticos, resistências às drogas disponíveis e desfecho terapêutico. **Objetivos:** Descrever as características clínicas e epidemiológicas de indivíduos com co-infecção TB/AIDS assistidos em um hospital de referência da Paraíba. **Métodos:** Estudo descritivo retrospectivo de caráter documental com abordagem quantitativa, realizado no Hospital Clementino Fraga-João Pessoa/PB. A amostra constituiu-se de 30 prontuários de indivíduos com TB/AIDS assistidos no ano de 2006. A análise obedeceu ao tratamento estatístico simples. **Resultados:** Do total de casos analisados, 15(50%) encontravam-se na faixa etária de 26 a 39 anos; 20(66,6%) eram do sexo masculino; 26(86,6%) eram pardos; 21(70%) eram solteiros/divorciados; 20(66,6%) recebiam até 2 salários mínimos; 8(26,7%) são respectivamente do lar e autônomo. Quanto a forma clínica, 22(73,3%) apresentavam a pulmonar, e 8(26,6%) ganglionar. Dos casos pulmonares 22(100%) apresentaram febre, 20(90,9%) emagrecimento, 18(81,8%) tosse, 9(40,9%) astenia; 20(90,9%) realizaram baciloscopia sendo 6(27,2%) positiva e 14(63,6%) negativa, desses 14, 6 (42,8%) apresentaram cultura positiva e 1(7,1%) negativa; 11(78,5%) realizaram o teste tuberculínico sendo 6 (54,5%) reatores. No total dos casos pulmonares, o exame radiológico foi sugestivo para 18(81,8%). Do total dos casos estudados, a contagem de CD4+, apresentou-se respectivamente, em 11(36,6%) superior a 350/mm³ e inferior a 200/mm³; a Carga Viral apresentou-se abaixo de 100.000 cópias/ml em 19 (63,3%). Quanto aos hábitos nocivos à saúde 14(46,6%) apresentavam etilismo, tabagismo ou drogas ilícitas. As infecções oportunistas aparecem em 5 (16,6%) dos casos (candidíase oral em todos os 5 associada ao HPV, Sifilis ou neurotoxoplasmose). Quanto ao tipo de

entrada e esquema terapêutico para tuberculose indicado, 21(70%) utilizavam o esquema I. Desse total, 12 (57,1%) eram casos novos, 6(28,5%) reingresso pós-abandono e 3(14,2%) recidiva, sendo esses dois últimos tipos adotado com teste de sensibilidade. Quanto à terapia antiretroviral, 28 (93,3%) faziam uso de Inibidores de Transcriptase Reversa Nucleosídeos (ITRN); desses 28, 15(53,5%) utilizavam também os ITR Não-Nucleosídeos. Do total dos 15, 7(46,6%) utilizavam também os inibidores da protease (IP). Quanto às reações adversas 10(33,3%) apresentaram náuseas, vômitos e diarreia. Quanto ao desfecho terapêutico 13 (43,3%) evoluíram para cura da TB, 8 (26,6%) para o óbito e 5 (16,6%) abandonaram o tratamento. **Conclusão:** Ainda é preocupante, os baixos percentuais de cura e elevados percentuais de óbito, indicando dificuldade de manejo à doença e diagnóstico tardio da Tuberculose. O conhecimento da dinâmica clínico-epidemiológica da co-infecção TB/AIDS favorece a conduta e diminuição desse impacto no controle da tuberculose.

Descritores: Tuberculose; Comorbidade; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

TBH.012 ANÁLISE ESPACIAL DA CO-INFECÇÃO TUBERCULOSE E HIV EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - SP (1998-2006)

NATÁLIA SPERLI GERALDES MARIN DOS SANTOS; SILVIA HELENA FIGUEIREDO VENDRAMINI; MARIA DE LOURDES SPERLI GERALDES SANTOS; FRANCISCO CHIARAVALOTTI NETTO; MARIA AMÉLIA ZANON PONCE; CLAUDIA ELI GAZETTA; MARILENE ROCHA DOS SANTOS; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA

INSTITUIÇÃO: FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - FAMERP. EMAIL: NSPERLI@GMAIL.COM

Introdução: Através da utilização de indicadores epidemiológicos, operacionais e de condições de vida dos diferentes grupos populacionais que ocupam um determinado espaço urbano, é possível determinar e caracterizar espacialmente as áreas de risco para co-infecção TB/HIV. **Objetivo:** Avaliar a situação da co-infecção TB/HIV em São José do Rio Preto-SP, a partir de indicadores epidemiológicos e sociais associados à análise espacial da ocorrência deste agravo, no período de 1998 a 2006. **Metodologia:** Foi utilizado o georreferenciamento dos casos de co-infecção TB/HIV residentes no município de São José do Rio Preto de Janeiro de 1998 a Dezembro de 2006. Para mensurar a distribuição espacial dos coeficientes de incidência de TB/HIV, utilizou-se o Índice de Moran e os indicadores socioeconômicos. **Resultados:** Foram geocodificados 295 casos de co-infecção TB/HIV na área urbana do município no período estudado. O mapa temático com as unidades espaciais caracterizadas com os coeficientes de incidência dos casos de co-infecção TB/HIV apresentou áreas com perfil não uniformes ou aleatórios. O coeficiente de incidência maior variou de 89,9 a 269/100.000 habitantes (áreas de menor nível sócio-econômico). O intermediário variou de 35,5 a 89,9/100.000 habitantes e o menor variou de 0,0 a 35,5/100.00 habitantes (áreas de alto nível sócio-econômico). **Conclusão:** O estudo possibilitou a compreensão da distribuição geográfica espacial da co-infecção TB/HIV no município, apontando para os problemas sócio-econômicos, principalmente os relacionados ao nível de instrução da população interferindo diretamente no risco de ocorrência da doença. A identificação destas questões permite que o sistema de saúde reconheça as distintas realidades e priorize as regiões com maior carência social e maiores incidências da doença, orientando o planejamento para identificação de casos e adoção de estratégias intersetoriais articuladas com vistas à melhoria das condições de vida da população.

Descritores: Tuberculose; Infecções Oportunistas Relacionadas com a AIDS; Sistemas de Informação Geográfica

TBH.013 PACIENTES CO-INFECTADOS TB/HIV NAS DISTRITAIS DE SAÚDE E UNIDADES DE REFERÊNCIA DE RIBEIRÃO PRETO/SP

LAÍS MARA CAETANO DA SILVA; TEREZA CRISTINA SCATENA VILLA; LENILDE DUARTE DE SÁ; PEDRO FREDEMIR PALHA; MARLUCE BRAIDO ARANTES; JAQUELINE GARCIA ALMEIDA; RÚBIA LAINE DE PAULA ANDRADE; TANIA MARIA RIBEIRO MONTEIRO DE FIGUEIREDO; JORDANA DE ALMEIDA NOGUEIRA

INSTITUIÇÃO: ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO- USP. EMAIL: AMELINHA@USP.BR

Introdução: A co-infecção TB/HIV modifica a epidemiologia destas doenças e dificulta sensivelmente o controle da TB. Na América Latina, a soma de adultos e crianças com HIV ultrapassa 1,7 milhões. O Brasil é apontado como o país que proporcionalmente tem contaminados, cerca de 620 mil pessoas com HIV/Aids (UNAIDS, 2006). Ribeirão Preto/SP ocupa o 6º lugar em coeficiente de incidência em HIV/Aids em todo o Brasil, sendo o 3º lugar no estado de SP e liderando o ranking da Aids no interior do estado (RIBEIRÃO PRETO, 2007). **Objetivos:** Caracterizar a população de pacientes com co-infecção TB/HIV nos ambulatórios especializados das cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde e nas Unidades de Referência de Ribeirão Preto/SP. **Métodos:** Estudo quantitativo tendo como fonte de dados as fichas de notificação de TB, prontuários, livro de registros para o DOTS e profissionais de saúde. A análise foi realizada por meio de métodos estatísticos e os resultados apresentados em tabelas e gráficos. **Resultados:** O número foi de 45 pacientes, 12 (26,67%) do sexo feminino e 33 (73,33%) do sexo masculino, com idade entre 24 e 70 anos. 12 (26,67%) concluíram o primeiro grau, 4 (8,89%) o segundo grau, 2 (4,44%) concluiu o ensino superior e em 27 (60%) prontuários não continham informações. 10 (22,22%) eram casados, 7 (15,56%) solteiros, 7 (15,56%) separados ou divorciados, 2 (4,44%) viúvos e 13 (28,89%) amasiados. 23 (51,11%) tinham atividade remunerada e 18 (40%) não possuíam qualquer atividade lucrativa. 11 (24,44%) tinham diagnóstico de HIV inferior a 1 ano, 16 (35,56%) entre 1 e 5 anos, 15 (33,33%) acima de 5 anos. 18 (40%) com diagnóstico de TB há menos de um ano, 25 (55,56%) entre 1 e 5 anos, 2 (4,44%) acima de 5 anos. Houve predomínio de TB pulmonar em 28 (62,22%) pacientes, 5 (11,11%) ganglionar, 5 (11,11%) miliar, 4 (8,89%) pleuro-pulmonar e 1 (2,22%) pericárdica. 25 (55,56%) eram assistidos pelo TS, 2 (4,44%) não o realizavam, 6 (13,33%) pacientes eram do Sistema Penitenciário e 3 (6,67%) pacientes realizavam tratamento em abrigo. Quanto à utilização de Terapia Antiretroviral (ARV), 26 (57,78%) faziam uso. A lipodistrofia foi encontrada em 7 (15,56%). 20 (44,44%) dos prontuários indicam o recebimento de benefícios sociais. O uso do álcool foi encontrado em 20 (44,44%). Quanto à frequência aos serviços de saúde variou entre 0 (nenhum atendimento realizado) a 102 atendimentos durante o ano. **Conclusão:** O trabalho revelou a falta de informações nos registros e que interferem decisivamente no sucesso da conduta e adesão da terapêutica como a escolaridade, uso de álcool e tabaco e presença da lipodistrofia. Identificou que os profissionais de saúde não têm claro estas informações, o que pode interferir na priorização dos que necessitam de insumos e benefícios sociais. Esperamos que este trabalho, para além de identificar o perfil, possa contribuir para as discussões sobre as organizações dos serviços de saúde na atenção aos pacientes co-infectados.

Descritores: HIV; Tuberculose; Serviço de Saúde

TBH.014 ANÁLISE DOS POLIMORFISMOS NO LOCUS GSTT1 E A SUSCEPTIBILIDADE PARA HEPATOTOXICIDADE INDUZIDA POR DROGAS ANTI-RETROVIRAIS E TUBERCULOSTÁTICAS

THAÍS PEREIRA MONTEIRO; BEATRIZ DE LIMA ALESSIO MÜLLER; LUCIANA DE FREITAS CAMPOS MIRANDA; MARLI JANE MARTINS COSTA; VALÉRIA CAVALCANTI ROLLA; LIANE DE CASTRO

INSTITUIÇÃO: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - IPEC. EMAIL: THAIS.MONTEIRO@IPEC.FIOCRUZ.BR

Introdução: A hepatotoxicidade é um dos principais efeitos adversos induzido por drogas tuberculostáticas associadas ou não aos anti-retrovirais. A expressão gênica de enzimas hepáticas responsáveis pelo metabolismo de medicamentos é estudada para explicar a predisposição ao desenvolvimento da hepatotoxicidade induzida por drogas. Dentre estas enzimas hepáticas, as glutathionas S-transferases (GST) possuem papéis fundamentais na detoxificação celular. **Objetivo:** Descrever a ocorrência dos alelos nulos das GSTs, no desenvolvimento da hepatotoxicidade em pacientes sob tratamento para tuberculose, associados ou não aos anti-retrovirais acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), Rio de Janeiro. **Métodos:** Um estudo retrospectivo e prospectivo está sendo conduzido em 183 pacientes com tuberculose infectados ou não pelo HIV. Após a obtenção do DNA, a genotipagem do GSTT1 será obtida através da técnica de PCR. O genótipo do gene GSTT1 foi correlacionado entre os pacientes que desenvolveram hepatotoxicidade ($ALT \geq 2 \times 45U/L$). **Resultados:** Dados retrospectivos dos 63 pacientes demonstraram que, 33 (52,38%) estavam co-infectados pelo HIV. Resultados preliminares da análise genotípica revelou que, 12 pacientes (19,04%) apresentaram o genótipo GSTT1 nulo. Dos 28,57% (18/63) pacientes que desenvolveram hepatotoxicidade, 16,67% (3/18) apresentou o genótipo GSTT1 nulo. A maioria dos pacientes que desenvolveu hepatotoxicidade (12/18) estava em tratamento com anti-retrovirais. **Conclusões:** A frequência do genótipo GSTT1 nulo (19,02%) observada nesses pacientes do estudo corrobora com a frequência da população em geral, descrita na literatura (10 a 40%). Até o momento, a frequência do genótipo GSTT1 nulo (16,67%) não sugere a correlação dessa variante alélica com a predisposição ao desenvolvimento da hepatotoxicidade induzida por drogas. No entanto, com a análise de um maior número de amostras nossos resultados serão confirmados.

Descritores: Hepatotoxicidade; Polimorfismos; Drogas anti-retrovirais e tuberculostáticas

TBH.015 CO-INFECÇÃO TB/HIV UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NO ESTADO DE RONDÔNIA

CLEONI ALVES MENDES DE LIMA; MARIA DO SOCORRO CALIXTO DE OLIVEIRA; ANALICE A. PEREIRA; MARIA MANUELA DA FONSECA MOURA

INSTITUIÇÃO: LACEN - RO. EMAIL: CLEONIML@YAHOO.COM.BR

Introdução: A elevação das taxas de co-infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e bacilo da tuberculose (TB) teve sérias implicações para os programas de controle da TB, principalmente em países com alta prevalência dessa doença. O HIV não só tem contribuído para um crescente número de casos de TB como também tem sido um dos principais responsáveis pelo aumento da mortalidade entre os pacientes co-infectados. Em Rondônia durante os anos de 2005-2007 foram notificados 87 casos de co-infecção TB/HIV. **Objetivos:** Estudar o perfil epidemiológico dos casos notificados de co-infecção TB/HIV no Estado de Rondônia. **Métodos:** Os dados epidemiológicos foram levantados a partir do banco de dados Sinan (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), junto à Gerência de Vigilância Epidemiológica. **Resultados:** Em Rondônia, no período de 2005 a 2007, foram notificados 1.742 casos de TB, sendo que 424 (24,33%) foram testados para HIV, destes 382 (90,09%) casos ainda não tem desfecho definido. 87 casos apresentaram sorologia positiva para o HIV. A taxa média de co-infecção para o período estudado foi de 5%. 933 (53,55%) não realizaram o exame para HIV. Do total de casos que apresentaram sorologia positiva para o HIV, 68,96% eram homens. Quanto ao perfil etário pode-se observar predominância entre 20 e 49 anos. 79,31% dos casos notificados se concentraram nessa faixa etária. **Conclusão:** No Estado de Rondônia a taxa de co-infecção TB/HIV alcança 5%. Estes valores podem estar subestimados, uma vez que dependem da oferta e realização da sorologia anti-HIV. Em Rondônia, a oferta de sorologia anti-HIV para os pacientes com diagnóstico de TB ainda é precário apesar de que vem sendo recomendada pela Coordenação Nacional do Programa de Controle da TB. A oferta da sorologia para o HIV pode possibilitar o conhecimento dos percentuais de co-infecção TB/HIV. Há conjecturas de que a associação entre TB e HIV tenha ocasionado um desastre no cenário mundial da TB. Nesse contexto faz-se necessário conhecer o perfil epidemiológico desses indivíduos, para que seja possível oferecer subsídios para o planejamento de ações de controle da co-infecção TB/HIV. **Descritores:** Co-infecção TB/HIV; Epidemiologia; Rondônia

TBH.016 TUBERCULOSE EXCLUSIVAMENTE EXTRAPULMONAR: ASPECTOS CLÍNICOS E DESFECHOS TERAPÊUTICOS EM INDIVÍDUOS COM E SEM INFECÇÃO PELO HIV

EDNA MARIA DE QUEIROZ; RAFAEL PEREIRA; ANA CAROLINA SANCHEZ DE TOLEDO; VIVIANE OLIVEIRA COELHO; LUCIANE DE SOUZA VELASQUE; MARLI JANE MARTINS COSTA

INSTITUIÇÃO: IPEC/FIOCRUZ. EMAIL: EDNADEQUEIROZ@TERRA.COM.BR

Introdução: A tuberculose é uma doença antiga e curável que permanece como o maior problema de saúde pública no mundo. Um aumento na incidência coincidiu com a pandemia de HIV/AIDS. Como consequência, observou-se um aumento das formas extrapulmonares e disseminadas, mais frequentes em indivíduos HIV+. **Objetivo:** Esse estudo visa descrever as formas exclusivamente extrapulmonares de tuberculose, suas características clínicas e desfechos terapêuticos em pacientes com e sem a infecção pelo HIV. **Método:** A coleta de dados foi retrospectiva, longitudinal, baseada na revisão dos protocolos de atendimento do ambulatório de tuberculose do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas - FIOCRUZ. Todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose extrapulmonar no período de janeiro de 2003 até o dezembro de 2006 foram incluídos. Foram excluídos os pacientes com mais de dois sítios extrapulmonares não contíguos e as formas disseminadas clássicas. A análise dos dados foi descritiva e em algumas situações foram comparados subgrupos através do teste do qui-quadrado ou Mann-Whitney. **Resultados:** Foram selecionados 89 pacientes 56,2% HIV negativ, havendo predomínio do sexo masculino, solteiros, idade <40 anos, raça não branca, baixa escolaridade, renda até 3 salários mínimos, habitantes de casas de alvenaria, sem sinais de aglomeração no domicílio e sem fatores de risco aparentes para tuberculose. Nenhum paciente relatou tratamento anterior para a infecção latente ou tuberculose. O tabagismo foi revelado por 20,7% dos indivíduos, o uso de drogas intravenosas por 2,2 e o alcoolismo por 11%. As co-morbidades mais frequentes

foram: hipertensão arterial (15,5), hepatite (9,8%), diabetes mellitus (4,2%), e doença renal (4,2%). As formas clínicas mais frequentes foram: ganglionar (56,2%), pleural (12,4%), oftálmica (10,1%), cutânea (7,9%). A sintomatologia variou segundo o sítio. O PPD foi positivo na maioria os pacientes, e os HIV negativos apresentaram menos reação ao teste que os demais nas formas ganglionares ($p=0,03$). O diagnóstico de tuberculose foi baseado em critério histopatológico em 59,5%, O diagnóstico por cultura foi possível em 34% dos casos. A carga bacilar foi pequena ($<1+$) em 18% das realizadas e negativas em 72%. A maioria dos pacientes (95,6%) foi tratada com esquema I ou I-R, e o tempo de tratamento foi mais longo nos casos de tuberculose cutânea que nos demais (M-W, $p=0,07$). A resistência às drogas anti-tuberculose foi observada em 2 casos. Os eventos adversos foram frequentes (88,7%), sendo que, 22,1% dos casos precisaram interromper o tratamento da tuberculose. A cura foi obtida na maioria dos casos, porém, 18% de abandono (soronegativos) e um óbito (Paciente coinfecção TB/HIV). **Conclusão:** As formas exclusivamente extrapulmonares apresentam características demográficas e epidemiológicas diferentes das formas pulmonares, são paucibacilares e de difícil diagnóstico, havendo cura na maioria dos casos, com percentual de óbito baixo.

Descritores: Tuberculose extra-pulmonar; Formas clínicas; HIV

TBH.017 INCIDÊNCIA DE TUBERCULOSE EM COORTE DE PACIENTES CO-INFECTADOS HIV-HANSENÍASE NO RIO DE JANEIRO

VIVIANE OLIVEIRA COELHO; VALÉRIA CAVALCANTI ROLLA; EUZENIR NUNES SARNO; JOSÉ AUGUSTO DA COSTA NERY; ANNA MARIA SALES; LUCIANE DE SOUZA VELASQUE; ALICE DE MIRANDA MACHADO

INSTITUIÇÃO: INSTITUTO DE PESQUISA EVANDRO CHAGAS IPEC/FIOCRUZ. EMAIL: VIOCOELHO@GMAIL.COM

Introdução: As doenças micobacterianas são comuns no curso da infecção pelo HIV. **Objetivo:** Avaliar a incidência de tuberculose (TB) em pacientes co-infectados HIV-hanseníase acompanhados na FIOCRUZ, Rio de Janeiro. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo retrospectivo de todos os casos de co-infecção HIV-hanseníase atendidos na FIOCRUZ / RJ de janeiro/1990 a outubro/2007. Desenvolvemos um protocolo padrão para a coleta dos dados demográficos, clínicos, imunológicos e histopatológicos; enfatizando os períodos de tratamento com corticóides e a incidência de doenças oportunistas do diagnóstico da hanseníase ao término da polimioterapia (PQT). A incidência de TB foi calculada pelo número de caso por pessoa-tempo. **Resultados:** Dos 41 pacientes selecionados, 78% tinham a forma paucibacilar da hanseníase. O diagnóstico de AIDS foi estabelecido em 90,2% dos casos no momento diagnóstico da hanseníase. A maioria (66,7%) das reações hanseníase ocorreu antes do início da PQT e em 75% dos pacientes, durante o uso de terapia anti-retroviral. As reações hanseníase foram controladas com corticoterapia em 86,4% dos casos por tempo médio de 214 dias. Observamos a incidência de 02 pneumocistoses, 02 neurotoxoplasmoses, 01 isopiríase e 04 casos de tuberculose (01 pulmonar e 03 disseminadas) e 01 caso suspeito de tuberculose pulmonar que perdemos o seguimento. Apenas 01 caso de tuberculose disseminada e 01 de neurotoxoplasmose foram diagnosticados durante corticoterapia. Durante a PQT incidência de tuberculose foi de 13,8 casos (IC: 0,27 - 27,31) por 1.000 pessoas/mês, no período pré-tratamento da hanseníase a incidência foi de 5,05 casos (IC: 0,62 - 9,48) por 1.000 pessoas/ mês e no pós-PQT a incidência foi de 0,5 casos (IC: 3,93 - 4,93) por 1.000 pessoas/ mês. **Conclusões:** A incidência de TB no período durante o a PQT (durante a tri-infecção) foi o dobro do período pré-hanseníase e 20 vezes maior que a incidência de TB no período pós-PQT. Apesar dos dados não serem estatisticamente significativos, consideramos esses dados importantes pelo alto valor da incidência. Este estudo não observou aumento da ocorrência de tuberculose ou outras infecções oportunistas durante o uso de corticoterapia em doses imunossupressivas.

Descritores: Hanseníase; HIV/AIDS; Micobacterioses

TBH.018 ANÁLISE DO POLIMORFISMO NO GENE CYP2E1 EM PACIENTES QUE DESENVOLVERAM HEPATOTOXICIDADE INDUZIDA POR DROGAS TUBERCULOSTÁTICAS ASSOCIADAS OU NÃO A ANTI-RETROVIRAIS

BEATRIZ DE LIMA ALESSIO MÜLLER; THAÍS PEREIRA MONTEIRO; LUCIANA DE FREITAS CAMPOS MIRANDA; MARLI JANE MARTINS COSTA; VALÉRIA CAVALCANTI ROLLA; LIANE DE CASTRO

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ. EMAIL: BIAMULLER100@HOTMAIL.COM

Introdução: A hepatotoxicidade é um dos principais efeitos adversos induzido por drogas tuberculostáticas associadas ou não aos anti-retrovirais. Recentes estudos sugerem que a enzima CYP2E1 do sistema hepático citocromo P450 está envolvida no metabolismo de diversas drogas, entre elas a isoniazida. A CYP2E1 possui alguns polimorfismos genéticos em humanos, mas o significado clínico desses polimorfismos ainda não está claro. São descritos três genótipos: C1/C1, C1/C2 e C2/C2. **Objetivo:** Avaliar a frequência genotípica do gene que codifica a enzima CYP2E1 e a possível correlação com o desenvolvimento de hepatotoxicidade em pacientes sob tratamento para tuberculose, associados ou não aos anti-retrovirais acompanhados no Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC), Rio de Janeiro. **Métodos:** Um estudo retrospectivo e prospectivo está sendo conduzido em 183 pacientes com tuberculose infectados ou não pelo HIV. Após a obtenção do DNA, a genotipagem do CYP2E1 será obtida através da técnica de PCR-RFLP. O genótipo do CYP2E1 foi correlacionado entre os pacientes que desenvolveram hepatotoxicidade ($ALT \geq 2 \times 45U/L$). **Resultados:** Dados retrospectivos dos 62 pacientes demonstraram que, 32 (51,61%) estavam co-infectados pelo HIV. Resultados preliminares da análise genotípica revelou que, 58 pacientes (93,54%) eram do genótipo C1/C1; 04 pacientes (6,45%) C1/C2 e 02 pacientes (3,22%) C2/C2. Dos 25,8% (16/62) pacientes que desenvolveram hepatotoxicidade, 81,25% (13/16) apresentou o genótipo C1/C1, 12,5% (2/16) C1/C2 e 01 paciente apresentou o genótipo mutante C2/C2. As maiores dos pacientes com genótipo C1/C1 (8/13) estavam co-infectados pelo HIV. **Conclusões:** A alta frequência do genótipo C1/C1 encontrada entre os pacientes que desenvolveram hepatotoxicidade corrobora com os dados descritos na literatura, que associam o genótipo C1/C1 a uma maior predisposição para o desenvolvimento da hepatotoxicidade induzida por drogas. No entanto, a análise de um maior número de amostras será necessária para confirmar nossos resultados.

Descritores: CYP2E1; Hepatotoxicidade; PCR-RFLP

TBH.019 ANÁLISE DA TENDÊNCIA DA COINFECÇÃO TUBERCULOSE/HIV NO ESTADO DE SÃO PAULO

MARIA JOSEFA PENON RUJULA; VERA MARIA NEDER GALESI

INSTITUIÇÃO: SES-CVE DIVISÃO DE TUBERCULOSE - SP. EMAIL: DRA.PEPITA@UOL.COM.BR

Introdução: Apesar de estarmos no século XXI a tuberculose permanece como sério problema de saúde pública; as más condições de vida de boa parte da população, dificuldades do sistema de saúde e a associação TB / HIV tem agravado esta situação, em muitos países houve um aumento da morbidade e mortalidade pela tuberculose devido a epidemia de AIDS. São Paulo (ESP) é o estado brasileiro com o maior número de casos de tuberculose, são cerca de 20000 casos por ano, com várias áreas metropolitanas e grandes diferenças sociais; por tudo isso é importante verificar-se a distribuição dos casos por: forma, faixa etária e tipo de caso, associação com HIV, analisando as tendências dos mesmos para podermos estabelecer e avaliar um bom Programa de Controle da Tuberculose. **Objetivos:** Estudar a tendência da coinfeção tuberculose/AIDS no estado de São Paulo de 1998 a 2006. **Métodos:** Análise dos casos notificados de tuberculose de 1998 a 2006 utilizando-se os dados do banco EPI-TB (sistema de informação em tuberculose do Estado de S.Paulo). Para o cálculo dos indicadores (coeficientes de incidência) foram usadas as populações fornecidas pelo IBGE; o cálculo da regressão estatística foi feito pelo EPI-INFO Windows. **Resultados:** No total foram notificados 207020 casos de tuberculose no ESP; 79,5% eram formas pulmonares e 20,5% extrapulmonares (EP), 32754(16%) casos eram HIV Positivos(+). O coeficiente de Incidência dos coinfectados caiu de 7,3 (1998) à 4,9(2006) por cada 100000 habitantes. A incidência de casos, segundo sorologia para o HIV, no período estudado mostrou tendência linear de declínio para os HIV+ ($R^2=0,72$) e HIV não realizados ($R^2=0,67$) e estabilidade para os HIV negativos ($R^2=0,02$), também houve estabilidade na incidência das formas EP nos HIV+ ($R^2=0,18$). Nos EP HIV+ as formas clínicas mais frequentes eram: ganglionar(37%), disseminada(21,6%), pleural(14,3%), meningea(13,8%) e as demais formas somavam 13,3%. O coeficiente de incidência da tuberculose dos homens era o dobro do coeficiente das mulheres. A faixa etária entre 20 e 49 anos era a mais atingida, 69,4%. Por outro lado os resultados de tratamento nos coinfectados foram bastante inferiores aos não infectados: 15,4% de abandono, 21,1% de óbitos (4,3 óbitos por Tuberculose e 15,8% por não tuberculose) e que proporcionou uma cura de apenas 38,5%. **Conclusões:** Os resultados mostraram uma tendência de queda da coinfeção, mas os resultados de tratamentos são bastante preocupantes, a cura dos casos coinfectados é inferior a dos não coinfectados mostrando a necessidade de se priorizar estratégias adequadas para esta população, principalmente no que respeito ao acompanhamento destes pacientes. **Descritores:** Tuberculose; Coinfeção Tb/HIV; Epidemiologia

TBH.020 RISK FACTORS OF EARLY MORTALITY AMONG HIV/TUBERCULOSIS CO-INFECTED PATIENTS IN THE HAART ERA, IN RIO DE JANEIRO, BRAZIL

MARIZA MORGADO; LUCIANE DE SOUZA VELASQUE; MARIA CRISTINA LOURENÇO; CAROLINA ARANA SCHMALTZ; SIMONE SOUZA CARVALHO; VALÉRIA CAVALCANTI ROLLA; GUILHERME SANTORO LOPES

INSTITUIÇÃO: FIOCRUZ. EMAIL: CAROLSTANIS@IG.COM.BR

Introdução: To analyze factors associated with mortality within three months of start of tuberculosis (TB) treatment among HIV infected patients. **METHODS:** A prospective cohort study was conducted at the Tuberculosis Referral Center of Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas - Fiocruz, Rio de Janeiro, Brazil, from April 2000 to August 2006. Patients who had a positive culture for Mycobacterium tuberculosis were included in the study. Tuberculosis and HAART were offered following the Brazilian National Recommendations. Categorical variables were analyzed by the χ^2 test. Continuous variables were compared by t test. A p value lower than 0,1 was considered significant. **Results:** One hundred and six patients were enrolled. There were ten deaths attributed to TB in the first three months of anti-tuberculous therapy. During this period, 76 patients were treated with HAART for longer than 1 month (33 were on HAART at baseline and 43 started therapy up to the end of the second month). Mortality was significantly lower among patients treated with HAART (relative risk=0.24, $p=0.029$). Early deaths were also associated with disseminated disease ($p=0.033$), TB as the AIDS defining condition ($p=0.086$) and serum albumin lower than 3 g/dl at baseline ($p=0.082$). Sex, age, income, negative smear, resistance to rifampicin and/or isoniazid, negative tuberculin test, a previous diagnosis of opportunistic infection, immunologic reconstitution syndrome, length of signs and symptoms before TB diagnosis and adverse effects related to therapy were not risk factors for early death attributed to TB in our cohort. **Conclusion:** These results suggest that the use of HAART for longer than 1 month is associated with a great impact on early mortality attributed to TB among coinfecting patients. **Descritores:** Mortality; TB; HIV

TBH.021 SUBUTILIZAÇÃO DO PPD E DA PROFILAXIA COM ISONIAZIDA EM PACIENTES HIV-POSITIVOS

ANDRÉ LUIZ FARIA DA SILVA; ELISABETH STANKIEWICZ MACHADO; LUIZ FERNANDO CABRAL PASSONI; HUGO BOECHAT ANDRADE; MONICA MARIANO LESSA; ANA ALICE PEREIRA BEVILAQUA; JACQUELINE MENEZES

INSTITUIÇÃO: HSE - RJ. EMAIL: JACQUELINE@DIPHSE.COM.BR

Introdução: Trabalhos recentes confirmam a eficácia da prevenção com Isoniazida (INH) associada ao tratamento anti-retroviral em pacientes com HIV seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde onde, em pacientes com PPD = 5mm, se recomenda a administração preventiva de INH por 6 meses. Por motivos operacionais, entretanto, nem sempre esta orientação é seguida. Um levantamento anterior do nosso ambulatório mostrou que apenas 32% dos casos de tuberculose-doença (TB) foram testados pelo PPD e que o teste foi positivo em 52% dos casos. **Objetivos:** 1) quantificar a aplicação do PPD em amostra de pacientes portadores de HIV/aids acompanhados no ambulatório de um hospital público 2) avaliar a utilização da profilaxia com INH nos pacientes com infecção 3) comparar a frequência de TB em pacientes com e sem profilaxia prévia com INH e em pacientes não testados. **Métodos:** Foram selecionados aleatoriamente cerca de 50% dos prontuários dos pacientes adultos não-gestantes acompanhados no ambulatório de HIV/aids do Serviço de DIP do HSE RJ em 2007. Foram excluídos os pacientes que apresentaram TB ativa ao ingresso na coorte, e os que já tinham história passada de TB. Foram avaliados: teste pelo PPD, CD4 na época do PPD, uso de INH profilática e ocorrência de TB durante o acompanhamento. **Resultados:** Foram revisados 400 prontuários: 205 pacientes (51,2%) tinham feito PPD: 48 (23,4 %) tiveram PPD = 5mm, dos quais 43 receberam INH e 157 (76,6 %) tinham PPD <

5mm e não foram tratados. O tempo médio entre o PPD e a última visita foi de $5,2 \pm 3,8$ anos. Nenhum caso de TB doença foi observado nos que receberam INH e 14 casos ocorreram nos que não a receberam: 5 em 195 pacientes (2,6%) não testados, 6 em 157 (3,8%) com PPD não reator e 3 de 5 pacientes (60%) com PPD = 5mm que não tomaram INH ($P = 0,38$). A média de CD4 foi 443 ± 286 células/uL nos pacientes com PPD > 5mm e 354 ± 272 células/uL nos com PPD < 5mm ($P = 0,97$). **Conclusão:** Mesmo sem significância estatística os dados reforçam a importância da adesão às diretrizes de prevenção da TB em pacientes com HIV. **Descritores:** HIV; PPD; Isoniazida

TBH.022 PROVÁVEL CORIORETINITE E MENINGITE POR MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS ASSOCIADA À INFECÇÃO PELO HIV: RELATO DE CASO

FRANCISCO OSCAR SIQUEIRA FRANÇA; JESSICA FERNANDES RAMOS; ANDRÉ DE BARROS GIANNETTI; VIVIAN HELENA IIDA AVELINO DA SILVA

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE MOLÉSTIAS INFECIOSAS E PARASITÁRIAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP.

EMAIL: FOSFRANCA@BUTANTAN.GOV.BR

Introdução: Associação entre tuberculose e aids é extremamente freqüente, mas comprometimento ocular, associado à meningite por Mycobacterium tuberculosis em paciente HIV + é raramente documentado. **Objetivo e Método:** Relata-se provável tuberculose ocular, associada à meningite como doença definidora de aids. **Resultados:** Paciente com 37 anos, psicólogo, SP. HIV positivo há 4 anos, nunca fez uso de ARV, com CD4 > 400 sem doença oportunista prévia. Procurou assistência devido a quadro diarreico, febre, inapetência e emagrecimento há, aproximadamente, 1 mês. Realizados EDA e Colonoscopia: lesões ulceradas rasas com processo inflamatório crônico inespecífico com coloração para fungos - e BK-. Uso empírico de metronidazol, levofloxacina, sulfassalazina e fluconazol, sem melhora. Com a persistência do quadro foi internado, em abril de 2008, na Enfermaria do Serviço de Moléstias Infeciosas e Parasitárias (MIP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP), apresentando melhora progressiva do quadro. Apresentou "embaçamento" visual bilateral constatando-se coriorretinite multifocal bilateral e "borramento" papilar bilateral. Feita hipótese de Coriorretinite por Citomegalovírus (CMV) e instituído tratamento com Ganciclovir, sem melhora. CT: normal; RNM de crânio: áreas de gliose compatíveis com HIV e inespecíficas para outras patologias. LCR: 72 células com predomínio linfomonocitário, proteinorriaquia: 55, glicorraquia: 47 e Adenosina Deaminase (ADA): 22; pesquisa de BAAR e Tinta da China: negativas. USG abdominal, de pelve e próstata: normais; sorologia para Dengue: IgM; EBV IgG+ e IgM; VDRL: e teste treponêmico: PCR:117; sorologias para Hepatites B e C: não reagentes; CD4: 484/mm3; HIV-RNA: 68.400 cópias/mL; enzimas hepáticas: normais; hemograma: discreta anemia; PPD: zero; sorologias para Toxoplasmose: IgG+ e IgM; para CMV: IgG+ e IgM; para HTLV I e II. Após reavaliação do Fundo de Olho (FO), descartada hipótese de CMV ocular e suspenso Ganciclovir, considerando-se hipótese de Tuberculose Ocular devido a presença de imagens compatíveis com tubérculos coriós. Como as alterações líquóricas também foram compatíveis com Meningotuberculose em fase inicial, optou-se pela introdução do esquema 2 e, posteriormente, de corticóides. Novo LCR: acentuação da hipoglicorraquia e da hiperproteinorriaquia. Evoluiu com discreta melhora do quadro visual. **Conclusão:** A coriorretinite bilateral multifocal é geralmente causada, nessa síndrome, pelo CMV e, em menor freqüência, por Toxoplasma gondii. Em pacientes HIV+ de regiões com alta prevalência de tuberculose, deve-se aventar a hipótese desta enfermidade em patologias da câmara ocular posterior. **Descritores:** Coriorretinite; Meningite; AIDS

TBH.023 TUBERCULOSE MILIAR EM PACIENTE COM INFECÇÃO AGUDA GRAVE PELO HIV: RELATO DE CASO

FRANCISCO OSCAR SIQUEIRA FRANÇA; JESSICA FERNANDES RAMOS; ANDRÉ DE BARROS GIANNETTI; HUGO MANUEL PAZ MORALES; VIVIAN HELENA IIDA AVELINO DA SILVA; KARINA BELICKAS CARREIRO

INSTITUIÇÃO: SERVIÇO DE MOLÉSTIAS INFECIOSAS E PARASITÁRIAS DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP. EMAIL: FOSFRANCA@BUTANTAN.GOV.BR

Introdução: A tuberculose ocorre com significativa freqüência em pacientes portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV), mesmo em pacientes que ainda apresentam imunidade celular parcialmente preservada. No entanto, é inusual a ocorrência de doença oportunista definidora de AIDS e/ou evolução grave, em pacientes com a infecção aguda pelo HIV, que geralmente cursa com discreto comprometimento do estado geral e se apresenta classicamente como anormalidades compatíveis com a síndrome da mononucleose infecciosa. **Objetivo:** Relatar caso de HIV agudo com Tuberculose pulmonar, com derrame pleural bilateral, poliadenomegalia torácica e concomitante pancreatite aguda necro-hemorrágica grave com pseudo-cisto infectado. **Métodos e Resultados:** Paciente masculino de 36 anos, morador de rua, alcoolista, foi internado no final do mês de Março de 2008 no Serviço de MIP do HC da FMUSP por apresentar febre, dor epigástrica e náusea há 3 dias. Ao exame, apresentava-se icterício e com hepatomegalia. Exames laboratoriais e tomográficos compatíveis com insuficiência renal aguda e pancreatite aguda necro-hemorrágica com evolução posterior de pseudo-cisto infectado. Na evolução também apresentou enterorriaquia importante, sendo que a colonoscopia evidenciou úlceras cuja biópsia foi inespecífica. A investigação, através de Endoscopia Digestiva Alta, constatou Monilíase Esofágica. Realizado ELISA para HIV: reagente (cut-off de 51) e Western Blot negativo em todas as bandas. Solicitados Carga Viral: 280.903 cópias/mm3 (log 5,45) e CD4 (722/mm3). Persistia febril, com TC de tórax evidenciando derrame pleural bilateral, nódulos pulmonares dispersos e linfonodomegalia. Líquido pleural evidenciava exsudato com ADA 62,7. A cultura de escarro resultou positiva para Mycobacterium tuberculosis tendo sido introduzido Esquema 1. Apresentou hepatotoxicidade e, após reintrodução droga a droga, o tratamento foi tolerado por breve período. Atualmente recebe tratamento alternativo para Tuberculose. **Conclusão:** Trata-se de raríssima apresentação de Tuberculose miliar em paciente com primo-infecção pelo HIV, não tendo sido constata74+6 80da na literatura científica (PubMed). Associado a esse quadro, o paciente também apresentou pancreatite necro-hemorrágica com evolução para pseudocisto infectado, de provável etiologia alcoólica. No HIV agudo, não há, em geral, presença concomitante de doença oportunista grave associada. A Tuberculose pode ocorrer em qualquer período da infecção pelo HIV, inclusive na infecção aguda, como no caso apresentado. **Descritores:** Infecção Aguda HIV; Tuberculose Miliar; Pancreatite aguda necrohemorrágica

Regionais da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia

ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Emílio Pizzichini
Secretário: Israel Silva Maia
Endereço: Hospital Universitário da UFSC - NUPAIVA - térreo. Campus - Trindade, 88.040 - 970 - Florianópolis - SC
Tel: (48) 3234-7711/ 3233-0747
E-mail: pizzichi@matrix.com.br

SOCIEDADE ALAGOANA DE PNEUMOLOGIA

Presidente: Fernando Antônio Mendonça Guimarães
Secretária: Mirtes Maria de Melo Silva
Endereço: Rua Walfrido Rocha 225, Jatiuca
57.036-800 - Maceió - AL
Tel: (82) 33266618 Fax: (82) 3235-3647
E-mail: fguima@neoline.com.br

SOCIEDADE AMAZONENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Fernando Luiz Westphal
Secretária: Maria do Socorro de Lucena Cardoso
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco, 1359
69.020-030 - Manaus - AM
Tel: (92) 3234-6334 Fax: 32348346
E-mail: f.l.westphal@uol.com.br

SOCIEDADE BRASILENSE DE DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Ricardo Luiz de Melo Martins
Secretário: Antônio Teodoro de Andrade Filho
Endereço: SEPS 714/914 - BL E - sala 301
70.390-145 - Brasília - DF
Tel/fax: (61) 3245-1030
E-mail: sbdt@terra.com.br

SOCIEDADE CEARENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Maria da Penha Uchoa Sales
Secretária: Cyntia Maria Sampaio Viana
Endereço: Rua Júlio Siqueira, 970, Dionísio Torres
60.130-190 - Fortaleza - CE
Tel: (85) 4011-1572 Fax: (85) 4011-1573
E-mail: pneumo@arxweb.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DA BAHIA

Presidente: Guilherme Fontes Ribeiro
Secretária: Hemenegarda Andaluz Santos
Endereço: Av. Oceânica, 551 - Ed. Barra Center - sala 112
40.160-010 - Barra - Salvador - BA
Tel/fax: (71) 3264-2427
E-mail: spba@terra.com.br site: www.pneumobahia.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA DO ESPÍRITO SANTO

Presidente: Carlos Alberto Gomes dos Santos
Secretário: Augusto Cezar Schwartz
Endereço: Rua Eurico de Aguiar, 130, Sala 514 - Ed. Blue Chip
Praia do Campo, 29.055-280 - Vitória - ES
Tel: (27) 3345-0564 Fax: (27) 3345-1948
E-mail: majeski.vix@terra.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO

Presidente: Dr. Clóvis Botelho
Secretário: Dra. Wandorcy da Silva Costa
Endereço: Rua São Benedito, 264
78.008-405 - Lixeira - Cuiabá - MT
Tel: (65) 3637-1471 Fax: (65) 3637-7539
E-mail: fbotelho@terra.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO MATO GROSSO DO SUL

Presidente: Dra. Lillian Cristina Ferreira Andries
Secretária: Dr. Paulo de Tarso Guerreiro Muller
Endereço: Rua Antônio Maria Coelho, 2912, Jardim dos Estados
79.002-364 - Campo Grande - MS
Tel: (67) 3324-5460
E-mail: liliandries@yahoo.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO DE JANEIRO

Presidente: José Manoel Jansen
Secretário: Arnaldo José Noronha Filho
Endereço: Rua da Lapa, 120 - 3º andar - salas 301/302
20.021-180 - Lapa - Rio de Janeiro - RJ
Tel/fax: (21) 3852-3677
E-mail: sopterj@rjnet.com.br

SOCIEDADE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL

Presidente: Paulo José Zimmermann Teixeira
Vice: Eduardo Brandão Almeida
Endereço: Centro AMRGS - Av. Ipiranga, 5311
90.610-001 - Porto Alegre - RS
Tel: (51) 3384-2889 Fax: (51) 3339-2998
E-mail: spters@terra.com.br

SOCIEDADE GOIANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Fernanda Miranda de Oliveira
Secretária: Karla Cristina de Moraes Arantes Curado
Endereço: Av. E, nº 987, Aptº 203 - Bloco B - Jardim Goiás
74.810-030 - Goiânia - GO
Tel: (62) 3942-6201 Fax: (62) 3942-6201
E-mail: sgpt2007@gmail.com

SOCIEDADE MARANHENSE DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Maria do Rosario da Silva Ramos Costa
Secretária: Denise Maria Costa Haidar
Endereço: Av. dos Holandeses, Cond. Barra Mar II - Bloco 1B Aptº 305
65.065-180 - Calhau - São Luís - MA
Tel: (98) 3226-4074 Fax: (98) 3231-1161
E-mail: rrcosta29@hotmail.com

SOCIEDADE MINEIRA DE PNEUMOLOGIA E CIRURGIA TORÁCICA

Presidente: Luiz Eduardo Mendes Campos
Secretária: Valéria Maria Augusto
Endereço: Av. João Pinheiro, 161 - sala 203 - Centro
30.130-180 - Belo Horizonte - MG
Tel/fax: (31) 3213-3197
E-mail: smptc@ammgmail.org.br

SOCIEDADE NORTE-RIO GRANDENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Francisco Elmano Marques Souza
Secretário: Paulo Roberto Albuquerque
Endereço: Rua Mossoró, 576, sala 17, Ed. Eduardo, Tirol
59.020-090 - Natal - RN
Tel: (84) 4009-2034 Fax: (84) 4009-2028
E-mail: elmano@hcnatal.com.br

SOCIEDADE PARAENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Lúcia Helena Messias Sales
Secretário: Paulo Roberto Klautau Ferreira
Endereço: Trav. Dom Romualdo de Seixas, 1529, Umarizal
66.050-200 - Belém - PA
Tel/fax: (91) 3222-2224
E-mail: lucia.sales@terra.com.br

SOCIEDADE PARAIBANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Fátima Maria Macedo dos Santos
Secretário: João Bosco Bragao
Endereço: Rua Doutor Olavo Magalhães, 34, Jaguaribe
58.015-010 - João Pessoa - PB
Tel/fax: (83) 32219622
E-mail: brafatimamacedo@ig.com.br

SOCIEDADE PARANAENSE DE TISIOLOGIA E DOENÇAS TORÁCICAS

Presidente: Leda Maria Rabelo
Secretário: Carlos Eduardo do Valle Ribeiro
Endereço: Rua Cândido Xavier, 575 - Água Verde
80.240-280 - Curitiba - PR
Tel/fax: (41) 3342-8889
E-mail: spdt@brturbo.com.br

SOCIEDADE PAULISTA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: José Eduardo Delfini Cançado
Secretária: Regina Maria de Carvalho Pinto
Endereço: Rua Machado Bittencourt, 205 - 8º andar - conj. 83
04.044-000 - Vila Clementino - São Paulo - SP
Tel: 0800 17 1618
E-mail: sppt@sppt.org.br site: www.sppt.org.br

SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Fernando Luiz Cavalcanti Lundgren
Secretária: Adriana Vellozo Gonçalves
Endereço: Rua Faustino Porto, 590, Sala 18, Boa viagem
51.020-120 - Recife - PE
Tel: (81) 3326-7098 Fax: (81) 3465-8425
E-mail: fernando@lundgren.med.br

SOCIEDADE PIAUIENSE DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: João Araújo Moura Fé
Secretária: Tatiana Malheiros Nunes
Endereço: Rua Mário Teodomiro de Carvalho, 1120 - Ininga
64.049-820 - Centro - Teresina - PI
Tel: (86) 3233-6158 Fax: (86) 3233-9351
E-mail: joaomfe@yahoo.com.br

SOCIEDADE SERGIPANA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA

Presidente: Saulo Maia D'Ávila Melo
Secretário: Normando Ferreira Filho
Endereço: Rua Guilhermino Rezende, 426 - São José
49.015-400 - Aracaju - SE
Tel: (79) 3214-3491 Fax: (79) 3214-3593
E-mail: smaia@infonet.com.br

Edital de Seleção

Brasília, 30 de abril de 2008.

No período de 21 de junho a 21 de agosto de 2008 estarão abertas as inscrições para candidatos a posição de Editor-Chefe do Jornal Brasileiro de Pneumologia com atuação no quadriênio novembro de 2008 a novembro de 2012. Os interessados ao posto deverão enviar à administração da SBPT em Brasília, suas propostas de gestão e curriculum vitae na plataforma Lattes. As propostas dos candidatos deverão abranger o campo administrativo, científico e orçamentário, e deverão ser apresentadas em relação aos quatro anos previstos para a duração do mandato. Experiência prévia em publicações científicas será importante critério para a escolha do candidato. Os candidatos deverão conhecer as normas relativas à seleção do Editor-Chefe e o funcionamento do Jornal Brasileiro de Pneumologia, explícitas em seu Regulamento, que poderá ser obtido por meio de contato com a Secretaria do Jornal em Brasília.

Prof. Dr. Antônio Carlos Lemos
Presidente da SBPT

Prof. Dr. José Antônio Baddini Martinez
Editor-Chefe

III Encontro Nacional de Tuberculose

ÍNDICE DOS AUTORES

A					
		ANDRADE HB	TBH.021	AEO.110, AEO.114, AEO.116	PEB.012, PEB.016, PEB.023
		ANDRADE MK	AEO.119	BARBOSA TC	PEB.024, PEB.025
		ANDRADE RLP	AEO.046		PEB.028, DIA.021, DIA.067
ABDALA E	TTA.015	AEO.055, AEO.059, AEO.097, AEO.081,		PEB.014, TTL.005, DIA.018	
ABI-CHACRA E	TBH.008	TBH.009, TBH.013, AEO.053, AEO.057	BARCELLOS MB	TTL.003	BONATO LW
ABRAHÃO RM	AEO.001,AEO.002	ANTAS PRZ	DIA.020	BARRAL NETTO M	PEB.014
ACENCIO M	DIA.007	ANTONANGELO L	DIA.008		PEB.024, PEB.025
	DIA.008	AQUINO JAP	AEO.073	BARRETO AJR	AEO.056
AGUIAR FS	DIA.066	ARAKAWA T	AEO.092, AEO.093	BARRETO ÂW	DIA.042
	DIA.068, BIO.013, TTA.011		AEO.099	BARRETO FA	DIA.018
AGUIAR PPL	DIA.061,	ARANTES MB	TBH.013	BARRETO LBF	DIA.048, DIA.046
	DIA.060, DIA.062	ARAUJO CA	AEO.103	BARRETO WMS	AEO.083, AEO.084
AGUIAR R	TTA.007	ARAUJO DA	BIO.013	BARROS LN	AEO.075
AGUIAR RM	AEO.070	ARAÚJO RA	AEO.074	BARROS WA	TTA.002, TTA.003,
ALBARRAL MIP	DIA.004	ARAÚJO-FILHO JA	PEB.015		TTA.004, TTA.005
ALBUQUERQUE MA	AEO.134	ARCENCIO RA	AEO.082	BARROSO EC	PEB.001, PEB.002
ALBUQUERQUE RCF	AEO.085		AEO.092, AEO.093, AEO.099	BARROSO SP	PEB.029
ALDAS PCS	PEB.016		TBH.009, AEO.057, AEO.058	BASTA PC	AEO.102, TTL.004
ALENCAR RF	DIA.009, REH.002	ARRUDA S	DIA.018, PEB.007	BASTIANI TD	TTA.004, TTA.005,
ALMEIDA EA	DIA.004, DIA.002,	PEB.008, DIA.067, TTL.005, PEB.014			TTA.002, TTA.003
	DIA.003	PEB.024, PEB.025, PEB.028, DIA.021	BASTOS LG	TTA.009	
ALMEIDA AP	DIA.055	ASSIS EG	AEO.059	BASTOS LT	PEB.017
ALMEIDA AS	AEO.073		AEO.086, AEO.087,		PEB.020, AEO.071
ALMEIDA FM	PEB.040	ASSIS FA	AEO.031	BATTILANA J	PEB.038
ALMEIDA JG	REH.004, REH.005	ASSIS MMA	AEO.104	BAZZO ML	AEO.137
	TBH.013	AEO.105, AEO.106, AEO.107, AEO.108,		BELO MTCT	MSO.004, TTL.007
ALMEIDA JR	PEB.017, PEB.020	AEO.109, AEO.110, AEO.112, AEO.113,		BELTRAME C	AEO.007
	AEO.071	AEO.114, AEO.116, AEO.117,AEO.037,		BERALDO AA	AEO.086, AEO.087
ALMEIDA LC	DIA.018	AEO.038, AEO.054		BERCINI MA	DIA.042
ALMEIDA MCP	AEO.052	AUGUSTO M	DIA.002	BERGTER EB	DIA.053
ALMEIDA MRP	BIO.012, AEO.096	AURÍLIO RB	REH.001	BERNANRDES CA	BIO.003
ALMEIDA SA	TBH.011	AZEVEDO ME	AEO.032, AEO.033	BERNARDES LM	MSO.006
AEO.076, AEO.085, AEO.090, AEO.089,				BERTOLOZZI MR	AEO.135
AEO.015, AEO.042, AEO.056, AEO.074				BETHLEM EP	AEO.063, AEO.064
ALMEIDA YE	MSO.006			BEVILAQUA AA	AEO.016
ALMEIDA	SA AEO.045			BEVILAQUA AAP	AEO.063
ALVARENGA FM	AEO.083, AEO.084				TBH.021, REH.001
ALVES ERP	AEO.075	BACCHELLA T	TTA.015	BEZERRA NNB	AEO.034
ALVES LCC	TTL.004	BACELAR HRM	PEB.036, PEB.037	BHERING ML	AEO.006
AMARAL EP	PEB.042	BAETHGEN LF	DIA.040, DIA.049,		AEO.123, DIA.059, AEO.005
AMARAL HEG	AEO.068		DIA.041, DIA.042, DIA.050, DIA.051	BITTENCOURT AF	MSO.003
AMIM LA	PEB.022	BÁFICA A	AEO.137	BITTENCOURT AM	MSO.003
AMIRATI KM	DIA.035	BARBONI AR	AEO.037, AEO.038	BITTENCOURT CN	TBH.004
AMORIM EL	PEB.032, PEB.039	BARBOSA CB	PEB.003, PEB.004	BOCHKARIOV PG	AEO.095
AMORIM O	DIA.055	BARBOSA JF	AEO.117	BOECHAT NLF	PEB.022
ANDRADE RLP	AEO.058		AEO.104, AEO.105, AEO.106		DIA.012, PEB.003, PEB.004
ANDRADE BH	TTA.010		AEO.107, AEO.108, AEO.109		PEB.005, PEB.007, PEB.008

C					

C

CARVALHO ECQ	PEB.042	CUNHA AC	AEO.014
CARVALHO FC	AEO.021	CUNHA EAT	BIO.003
CARVALHO FM	TTA.013		DIA.055, DIA.056
CARVALHO JS	DIA.018	CUNHA ES	PEB.005
CARVALHO MR	PEB.001, PEB.002	CUNHA FTS	AEO.022
CARVALHO SS	TBH.020		AEO.023, AEO.024
CARVALHO WS	DIA.011	CUNHA TN	AEO.088
CASSINI STA	DIA.062	CUNTIERE I	AEO.029
CASTELLO-BRANCO LRR	DIA.038		MSO.006, PEB.034
CASTRO L	TBH.014, TBH.018	CURTO M	AEO.046
CASTRO AMM	AEO.120	AEO.086, AEO.087, AEO.058, AEO.059	
CASTRO AZ	DIA.037	CURY MRCO	AEO.077, AEO.050
	ITE.004, ITE.005	CYRIACO CSS	DIA.037
CASTRO CBA	AEO.136	ITE.004, ITE.005, MSO.004, MSO.006	
	DIA.066, DIA.068, DIA.069		
CASTRO ES	REH.002, DIA.064		
CAVALCANTE SC	AEO.122		
	AEO.120, AEO.121		

D

CAVALINI	LT AEO.039	D'AQUINO LC	DIA.054
CERQUEIRA DR	AEO.057	DALCOLMO MP	AEO.035
CERQUEIRA EM	AEO.038		PEB.010, TTA.009
	AEO.116; AEO.117, AEO.037	DAMAS CCD	TTA.013
CESCONI V	AEO.027	DAMIANO VB	TBH.006
CHAVES AEP	AEO.044	DANTAS GRMC	DIA.059
CHAVES WL	TTL.001	DAVID SM	DIA.042
CHEBABA A	PEB.032	FIGUEIREDO TMRM	AEO.058
CHIARAVALOTTI NETTO F	TBH.012	DELOGO KN	AEO.028
CHIMARA E	BIO.009, DIA.029	DELOGO KN	PEB.017, AEO.071
CÓ TR	DIA.026	DESTERRO A	AEO.122
COELHO AG		DETTONI VV	DIA.026
DIA.070, DIA.071, PEB.034, PEB.035		DEUTSCHENDORF C	AEO.007
COELHO FS	PEB.032, PEB.039	DIAS ATN	TTA.012
COELHO HC	MSO.001	DIAS HYM	DIA.056
COELHO RS	AEO.007	DIAS MAD	TTA.012
COELHO VO	TBH.017, TBH.016	DIAS MC	AEO.124
COIMBRA JR. CEA	TTL.004	DIAS PO	AEO.022
COLOMBO DC	DIA.060, DIA.062	DIAS SMO	AEO.121
CONCEIÇÃO EL	DIA.021, PEB.028	DIETZE R	DIA.024
CONDE MR	PEB.023		DIA.025, DIA.026
CONFORTI NB	TBH.006	DINIZ LS	TTA.009
CORDESCHI T	TBH.007	DOOLEY K	PEB.023
CORREA RA	TTA.010	DORFER MLNH	AEO.095
COSME LMSS	BIO.010, AEO.091	DORMAN S	PEB.023
COSTA ERB	AEO.073	DUARTE ACG	PEB.017
COSTA ERD	PEB.011	PEB.019, PEB.020, AEO.028, AEO.071	
COSTA HMLM	AEO.096	DUARTE FF	AEO.024
COSTA IP	DIA.055, DIA.056	DUARTE RS	BIO.011
COSTA MJM	TBH.016	PEB.032, PEB.039, DIA.047, PEB.030, PEB.038	
	TBH.014, TBH.018	DUARTE TA	DIA.017
COSTA ML	AEO.123, AEO.124		PEB.007, PEB.008
COSTA PA	BIO.001	DUROVNI B	AEO.120
	BIO.002, AEO.080, DIA.066		AEO.122, AEO.121
	DIA.068, BIO.013, DIA.069		
COSTA W	AEO.119, AEO.009		
COSTA LMD	AEO.134		
COUTINHO R	TTA.009		
COUTO NS	AEO.022		
	AEO.023, AEO.024		

E

CRAVEIRO MF	AEO.031	ELIA PC	DIA.031
CRUZ CR	AEO.094	ELIAS AR	PEB.003
CRUZ HLA	DIA.016	ESPINOLA AB	AEO.027
DIA.022, DIA.036, DIA.043, PEB.027			

F

FACANHA MC	PEB.001		
	PEB.002, AEO.068, AEO.069		
FARIA MGP	TTA.013		
FEDELE D	AEO.035		
FELJÃO ACR	PEB.030		
FELIX C	PEB.041		
FELIZ MC	AEO.103		
FERNANDES H	AEO.095		
FERNANDES MBA	DIA.075		
FERNANDES MC	AEO.032, AEO.033		
FERNANDES RM	AEO.134		
FERRAZ MHL	DIA.072		
FERRAZOLI L	DIA.029		
FERREIRA JM	DIA.054		
FERREIRA LAA	DIA.009		
FERREIRA LB	BIO.011, BIO.012		
FERREIRA RLT	AEO.007		
	ITE.001, TTA.008		
FERREIRA RM	DIA.011		
FERREIRA RMC	DIA.047		
	DIA.049, DIA.050, DIA.051		
FERREIRA S	REH.001		
FERREIRA SRS	ITE.001		
FIALHO RMRS	MSO.005, AEO.030		
FIGUEIRA AP	AEO.014		
FIGUEIRA ERR	TTA.015		
FIGUEIREDO RMRM	AEO.053		
FIGUEIREDO TMRM	AEO.045		
	AEO.046, AEO.052, AEO.054		
	AEO.041, TBH.013, AEO.059		
FONSECA DCM	DIA.037		
	ITE.004, ITE.005		
FONSECA LS	DIA.028		
	DIA.013, DIA.069, PEB.038		
	DIA.052, TTA.011, AEO.119		
	DIA.066, DIA.068, PEB.030		
FONSECA MJ	AEO.103		
FONSECA MSN	AEO.096		
FORMIGA NS	AEO.013		
FORTUNATO IL	AEO.004		
FRAGA CM	DIA.049		
	DIA.050, DIA.051		
FRANÇA FOS	TBH.022		
	TBH.023, TTA.015		
FRANÇA UM	AEO.076		
	AEO.085, TBH.011, AEO.075		
	AEO.015, AEO.073, AEO.074		
FRANCO C	TBH.007		
FRANKLIN JR. J	TTL.001		
FREITAS LR	AEO.063		
FREITAS KAA	DIA.064		
FREITAS LR	REH.001		
FREITAS LR	AEO.016		
	AEO.064, AEO.065		
FREITAS MYGS	AEO.112		
	AEO.113, AEO.117		
FROTA CC	DIA.064		
FURLANETO IP	DIA.044, DIA.045		
FURTADO IC	DIA.037		

G

GABARDO BMA	AEO.103
BIO.011, AEO.095, AEO.096, BIO.012	
GALES VMN	AEO.126, TBH.019,
AEO.125, DIA.010, AEO.111, AEO.089	
GALES VMN	AEO.017, AEO.090
GAMBIN CC	AEO.079
GARCIA CPC	AEO.030
GARCIA GF	AEO.008
GAZETTA CE	AEO.047
AEO.048, AEO.049, AEO.050, AEO.078,	
AEO.079, AEO.097, AEO.098, AEO.100,	
TBH.012, AEO.077, TBH.010, AEO.066	
GENTILE J	DIA.038
GERHARDT G	AEO.027
GIACOA-GRIPP CB	TBH.008
GIAMPAGLIA CMS	DIA.023
	DIA.030, DIA.029, DIA.034
GIANNETTI AB	TTA.015
	TBH.022, TBH.023
GLASENAPP R	ITE.001
GOIS GAS	AEO.015, AEO.056
GOLONI MRA	TBH.007
GOLUB JC	AEO.090, AEO.089
GOMES ALC	AEO.051
GOMES ALV	DIA.057
GOMES DC	AEO.096
GOMES HM	PEB.016
GOMES LL	DIA.058
GOMES M	AEO.028
GONÇALVES B	AEO.039, AEO.040
GONÇALVES FA	DIA.056
GONÇALVES RF	DIA.060
GONDIM AMB	AEO.069
GONDIM APS	TTA.012
GONZALES OA	DIA.055
GONZALES RIC	AEO.045, AEO.046,
AEO.099, AEO.082, AEO.092, AEO.093,	
AEO.097, REH.005, TBH.009, AEO.087,	
AEO.052, AEO.053, AEO.055, AEO.059	
GRECO DB	TTA.010
GRIEP RH	AEO.041
GRINSZTEJN BGJ	TBH.005
GRIPP K	AEO.035
GRISI KUYUMJIAN F	TBH.010
GROHS SS	AEO.096
GROLL AV	PEB.041
GUARNIER AR	AEO.018
GUEDES RR	AEO.016
GUEDES AG	AEO.016
GUEDES CIM	AEO.094
GUEDES GMR	DIA.022, DIA.043
GUIMARÃES FG	PEB.031

H

HACKMAN J	PEB.023
HADAD DJ	DIA.024

HASSANO A	REH.001	LANES CK	TTA.008	LUIZ RR	TTL.007	PEB.028, TTL.005
HAUSHALTER A	DIA.020	LAPA E SILVA JR	DIA.012	LUPI O	PEB.039	TTA.011
HERINGER RR	DIA.027		PEB.012, PEB.022			AE0.080, BIO.013, BIO.002, AE0.119
HIJJAR MA	AE0.027		PEB.003, PEB.004, PEB.033			BIO.001, DIA.052, PEB.022, TTA.007
	MSO.006, TTA.009	LAROUZÉ B	AE0.026, AE0.027			MELLO GN
HINO P	AE0.088	LASSOUNSKAIA E	DIA.058			DIA.037
HOLMES MMM	AE0.075		PEB.040, PEB.042			ITE.004, ITE.005
	TBH.011, AE0.073	LATRILHA FO	DIA.030, BIO.009			MELLO IL
HONSCHA G	PEB.041	LAZZARINI LC	DIA.012			REH.002
HORN C	TBH.008		PEB.003, PEB.004, PEB.012			DIA.004
HUF G	DIA.066	LAZZAROTTO KD	AE0.095			DIA.002, DIA.003
	DIA.068, DIA.069	LE PONT F	AE0.026			DIA.036, DIA.043
		LEÃO SC	DIA.024, DIA.060, DIA.062			MELO FL
		LECCO R	DIA.024			MELO K
		LEGRAND J	AE0.026			AE0.095
		LEITE A	DIA.022			MELZER MF
		LEITE FF	PEB.014			MSO.006
		LEITE JA	AE0.112			MENDES CMC
		LEITE ML	PEB.019			DIA.021
		LEMONS ACM	TBH.004			PEB.024, PEB.025, PEB.028, TTL.005
		LEMONS EM	DIA.026			MENDES NMTT
		LESSA MM	TBH.021			AE0.091, BIO.010
		LEUNG JAM	DIA.012			MENDONÇA VF
			PEB.003, PEB.004			AE0.008
			TTA.007, TTA.007, AE0.067, AE0.070			MENDONÇA MSZ
		LIMA AÂ	PEB.001, PEB.002			DIA.057
		LIMA AO	DIA.056			AE0.127
		LIMA AS	PEB.027, DIA.016			AE0.127
		DIA.022, DIA.036, DIA.043, DIA.057				DIA.064, MSO.005
		LIMA CAM	AE0.131, TBH.015			MENEZES DB
		LIMA DS	TBH.003			DIA.009
			AE0.012, AE0.013			MENEZES J
		LIMA JB	MSO.006			TBH.021
		LIMA JCA	DIA.016			AE0.064
			DIA.036, DIA.043, PEB.027			AE0.065
		LIMA JFC	DIA.016			MESQUITA EDD
			DIA.036, DIA.043, PEB.027			AE0.028, AE0.009,
		LIMA JRC	AE0.068			AE0.071, PEB.017, PEB.019, PEB.020
		LIMA KVB	DIA.044, DIA.045			MILAGRES JAS
		LIMA PEM	AE0.076			PEB.010
		LIMA S	DIA.059			MINGHELLI S
		LIMA SS	TTA.002			DIA.040, DIA.041
		LINCOLN PB	PEB.029			MIRANDA SS
		LIRA LAS	DIA.057			DIA.011
		LONGO ÂM	DIA.031			MIRANDA AB
			DIA.032, DIA.039			PEB.033
		LOPES A	AE0.080			MIRANDA LFC
		LOPES C	AE0.120			TBH.014, TBH.018
		LOPES GS	TBH.020			PEB.039
		LOPES LB	AE0.122			DIA.029
		LOPES ML	DIA.024			BIO.009, DIA.034
		LOPES MQP	PEB.033			MONROE AA
		LORENA NOS	PEB.039			AE0.055
		LOSACCO AM	AE0.025			MONTEIRO ML
		LOUREIRO CMC	DIA.067			DIA.054
		LOURENÇO GS	DIA.047			MONTEIRO PP
		LOURENÇO MC	DIA.047, AE0.119,			ITE.004
			DIA.046, DIA.048, PEB.032, TBH.020			ITE.005, DIA.037
		LUCCA MES	TBH.009, AE0.036			MONTEIRO RE
		LUCENA MH	AE0.094			PEB.017
		LUCIANA MORASKI	AE0.096			MONTEIRO RE
		LUHN KR	BIO.011, BIO.012			AE0.028
						AE0.071
						MONTEIRO TP
						TBH.014, TBH.018
						DIA.016
						MONTENEGRO RA
						DIA.022, DIA.036, DIA.043, PEB.027
						MORAES FA
						AE0.003
						MORAES RM
						AE0.042
						MORAES RM
						AE0.043
						MORAIS CGV
						DIA.025
						DIA.061, DIA.060, DIA.062
						MORALES HMP
						TBH.023, TTA.015
						MOREIRA ASR
						DIA.066
						DIA.068, DIA.069, PEB.005
						MOREIRA MFTCS
						BIO.011, BIO.012
						MOREIRA TCL
						DIA.049
						DIA.050, DIA.051
						MORENO W
						AE0.016
						MORGADO M
						TBH.008, TBH.020
						MOTA ML
						DIA.018
						MOTTA MCS
						AE0.070,
						AE0.041, AE0.053, AE0.054
						MOURA EM
						PEB.001, PEB.002
						MOURA MMF
						TBH.015, AE0.131
						MÜLLER BLA
						TBH.014, TBH.018

MURTA RLG AEO.101

N

NASCIMENTO ACC DIA.070, DIA.071
 NASCIMENTO MAA AEO.104
 AEO.105, AEO.106, AEO.107, AEO.108,
 AEO.109, AEO.110, AEO.112, AEO.113,
 AEO.114

NASCIMENTO PDF AEO.132
 AEO.133, AEO.134
 NEGRO LMLM DIA.016, DIA.022
 DIA.036, DIA.043, DIA.057, PEB.027
 NERING RLM DIA.072
 NERY JAC TBH.017
 NERY JS DIA.017

NEVES JR. I PEB.007, PEB.008
 DIA.046
 NOBOA RFB PEB.003, PEB.004
 NÓBREGA RG AEO.060

AEO.061, AEO.062
 NÓBREGA RLP DIA.025, DIA.026
 NOGUEIRA JA AEO.045
 AEO.051, AEO.060, AEO.061, AEO.062
 AEO.055, TBH.013, TBH.003, AEO.085,
 AEO.075, AEO.076, TBH.011, AEO.015
 AEO.042, AEO.043, AEO.044, AEO.052
 AEO.056, AEO.072, AEO.074

NOGUEIRA JRM AEO.040
 NOGUEIRA L AEO.137
 NOGUEIRA PA AEO.001

AEO.002, AEO.003
 NUNES AS DIA.048
 NUNES MAS DIA.049

DIA.050, DIA.051
 NUNES MCG AEO.051
 NUNES MG AEO.072
 NUNES VMA AEO.130, AEO.129

O

OELEMANN WM, DIA.063
 DIA.053, PEB.031

OLIVEIRA E DIA.017
 OLIVEIRA AA TTL.003
 OLIVEIRA AAV AEO.051
 OLIVEIRA AC AEO.045
 OLIVEIRA AR AEO.044

AEO.060, AEO.061
 OLIVEIRA EB PEB.010
 OLIVEIRA EM TBH.001

OLIVEIRA ES DIA.021
 PEB.025, PEB.024, PEB.028, TTL.005
 OLIVEIRA F DIA.017

OLIVEIRA HB AEO.019
 OLIVEIRA HMMG AEO.005

AEO.006, AEO.071
 AEO.119, PEB.017

PEB.020
 OLIVEIRA IP AEO.104
 AEO.105, AEO.106, AEO.107
 AEO.108, AEO.109, AEO.110

OLIVEIRA JCC BIO.011, BIO.012
 OLIVEIRA JR AEO.120

AEO.121, AEO.122
 OLIVEIRA JS AEO.076
 OLIVEIRA MA DIA.073, DIA.074

OLIVEIRA MF AEO.082
 AEO.092, AEO.093

OLIVEIRA MM PEB.026, ITE.003
 PEB.017, PEB.019, PEB.020

PEB.021, DIA.053, PEB.005
 OLIVEIRA MM AEO.028, AEO.071

OLIVEIRA MS TBH.005
 OLIVEIRA MSC AEO.131, TBH.015

OLIVEIRA MTC TTA.010
 OLIVEIRA RS DIA.030, DIA.029

OLIVEIRA RV TBH.005
 OLIVEIRA SAC AEO.081

OLIVEIRA TRB TTL.001, REH.002
 OLIVEIRA HMMG AEO.028

OLIVEIRA OT AEO.044
 OTTO H AEO.095

OURIVES DDR AEO.096

P

PAIVA RCG AEO.062
 PALACI M DIA.060

DIA.024, DIA.025, DIA.026, DIA.062
 PALETTA RM ITE.003

PALETTA RM ITE.003
 PALHA PF AEO.072

AEO.052, REH.004
 AEO.097, REH.005, TBH.013

PALLOS ARCP AEO.049, AEO.100
 PANIAGO AMM BIO.003

PASSONI LFC TBH.021
 PATRÍCIO MIA AEO.101

PATRÍCIO MPF TTL.001
 PATRIOTA BRD AEO.103

PAULA RS AEO.017
 PEDREIRA MSC AEO.106

AEO.107, AEO.108, AEO.109
 AEO.110, AEO.104, AEO.105

PEDRO HSP TBH.007
 PEDROZO C DIA.006

PEIXOTO IJ REH.002
 PELIZARI NN TTA.015

PENNA EQ TTA.009
 PEPICON MA AEO.023

PEREIRA CM DIA.070
 DIA.071, PEB.035

PEREIRA AA AEO.131, TBH.015
 PEREIRA AM DIA.011

PEREIRA GRO TBH.006
 PEREIRA MIF TBH.007

PEREIRA MJF AEO.011
 TTL.002, TBH.002, AEO.010

PEREIRA MM AEO.063
 PEREIRA R TBH.016, TBH.008
 PERRUCHO VIS MSO.005

PESSOA JA PEB.002
 PILOTTO JHS TBH.005

PINHEIRO AMC AEO.068
 PINHEIRO CML DIA.024

PINHEIRO MCAC TTA.007
 PINHEIRO PG DIA.009

PINHEIRO RO PEB.010
 PINHEIRO VGF DIA.009

DIA.064, PEB.001, PEB.002
 REH.002, TTL.001

PINHO RT DIA.038
 PINTO AC AEO.029

PINTO ESG AEO.130
 AEO.129, AEO.132, AEO.133, AEO.134

PINTO VS AEO.017
 PIO JE AEO.120, AEO.021

PIRES JD AEO.027
 PITOMBO MB PEB.039

PONCE MAS AEO.066
 PONCE MAZ AEO.048

AEO.049, AEO.077, AEO.078
 AEO.081, AEO.100, TBH.012

POROCA DR DIA.016
 DIA.036, PEB.027

POSSUELO LG DIA.077, PEB.018
 PRATA P PEB.041

PROCÓPIO MJ TTA.009, AEO.027
 PROTTI ST REH.004, REH.005

Q

QUEIROGA JK TBH.011
 QUEIROGA RPF AEO.060, AEO.061

QUEIROZ ÂMD DIA.005
 QUEIROZ EM AEO.135, TBH.016

QUINTERO MCF AEO.048, AEO.079

R

RAMALHO DMP AEO.028, AEO.071
 PEB.019, PEB.017, PEB.020

RAMALHO RA AEO.028
 RAMOS JF TBH.022, TBH.023

RAMOS VHM BIO.011, BIO.012
 RAPOSO FP AEO.040

RAUBER KA TTA.008
 REIS MG DIA.067, DIA.018

REZENDE J AEO.095
 RIBEIRO FKC DIA.026

RIBEIRO AD AEO.028
 RIBEIRO AD ITE.003

PEB.019, PEB.020, PEB.021, PEB.026
 RIBEIRO AW DIA.077

RIBEIRO CRA PEB.026
 RIBEIRO E PEB.015

RIBEIRO ER AEO.095

RIBEIRO FCV PEB.017
 PEB.019, PEB.020

RIBEIRO FCV AEO.071
 RIBEIRO LCS AEO.043

RIBEIRO MO DIA.049
 DIA.050, DIA.051

RIBEIRO MO DIA.040
 DIA.041, DIA.024, DIA.042

DIA.077, PEB.011, PEB.018
 RIBEIRO SB PEB.023

RIBEIRO SCM PEB.040
 RIBEIRO SR DIA.073, DIA.074

RIZZO MA TBH.006
 ROCHA AGF AEO.030

ROCHA JL TTA.009
 ROCHA RCM AEO.113, AEO.112

RODRIGUES ÂLL DIA.024
 RODRIGUES CC AEO.040

RODRIGUES FT DIA.073, DIA.074
 RODRIGUES ILA DIA.001

RODRIGUES JS DIA.021, PEB.024
 PEB.025, PEB.028, TTL.005

RODRIGUES LF AEO.101
 RODRIGUES LM DIA.039

ROLLA VC TBH.014
 TBH.017, DIA.047, TBH.008

TBH.018, TBH.020, PEB.031, PEB.030
 ROSSETTI MLR DIA.077

DIA.033, PEB.011, PEB.018
 ROSSIT ARB TBH.007

ROSSONI AMO AEO.095, AEO.103
 BIO.011, AEO.094, BIO.012, AEO.096

ROSSONI MC BIO.011, BIO.012
 ROSTIROLLA DC PEB.011

RUFFINO-NETO A AEO.078
 AEO.081, AEO.082, AEO.086,

AEO.087, AEO.092, AEO.093, AEO.098,
 AEO.115, AEO.119, PEB.017, PEB.019,

PEB.020, PEB.026, REH.003, REH.005,
 TBH.009, TTA.007, TTL.006, TTL.007,

AEO.059, AEO.046, AEO.052, AEO.045,
 AEO.060, AEO.061, AEO.062, AEO.054,

AEO.028, AEO.036, AEO.042, AEO.055,
 AEO.057, AEO.058, AEO.067, AEO.071,

AEO.053, AEO.041, AEO.043
 RUJULA MJO AEO.111

DIA.010, TBH.019
 RUJULA MJP AEO.018

S

SÁ MCC AEO.016
 SÁ AMM TTA.001, TTA.006

SÁ LD AEO.051
 AEO.061, AEO.062, AEO.085

TBH.013, AEO.042, AEO.043,
 AEO.052, AEO.056, AEO.072, AEO.060

SÁ MCC AEO.063
 SÁ RCA AEO.101

SAAD MHF DIA.027

DIA.063, PEB.013, DIA.028, TBH.008	AEO.092, AEO.093, AEO.098, AEO.115,	SILVA MABR	TBH.007	TEIXEIRA ASR	TBH.005
SACRAMENTO MO DIA.076	REH.005, TBH.009, AEO.053, AEO.037,	SILVA MG	PEB.038	TEIXEIRA EG	MSO.004
SALES AM TBH.017	AEO.038, AEO.041, AEO.054,AEO.057		PEB.030, PEB.039	REH.003, TTL.006, TTL.007	
SALES CMM DIA.019	AEO.058; AEO.059	SILVA MM	MSO.006	TEIXEIRA LR	DIA.007, DIA.008
SALES RK DIA.007, DIA.008	SCATOLIN BE AEO.078	SILVA MSN	DIA.033, PEB.011	TEIXEIRA RFA	TTA.015
SAMPAIO DMA TBH.004	AEO.077, AEO.079,TBH.006	SILVA NF	TBH.005	TELES RMB	PEB.010
SAMPAIO EP PEB.010	SCHERER L DIA.015	SILVA OCC	AEO.040	TELLES MAS	DIA.023
SAMPAIO JLM PEB.032	SCHICHTA BS AEO.096	SILVA PA	PEB.018, PEB.041	DIA.030, BIO.009, PEB.035, PEB.011	
SANCHES F AEO.122	SCHINDLER HC DIA.036, DIA.043,	SILVA RF	DIA.023	THOMAZ SMT	AEO.029
SANCHES G DIA.014	DIA.022, PEB.027, DIA.016, DIA.057	SILVA RSS	MSO.006	TOLEDO ACS	TBH.016
SANCHEZ AR AEO.026, AEO.027	SCHLICHTING GCT AEO.096	SILVA VHIA	TBH.022	TORRES GV	AEO.073
SANT'ANNA CC AEO.004	SCHMALTZ CA TBH.020		TBH.023, TTA.015	TRAJMAN A AEO.128, DIA.037,	
	SEISCENTO M DIA.007	SILVA WV	MSO.006	ITE.004, ITE.005, MSO.004,REH.003,	
SANTANA ZHD DIA.044, DIA.045		SILVEIRA AL	DIA.011	TTL.006, TTL.007, TBH.002, TTL.003	
SANTOS VGV DIA.048, TBH.005	SELIG L AEO.016	SILVEIRA JAQ	DIA.022	TRAVASSOS PN	AEO.120
SANTOS AG DIA.002	MSO.004, AEO.128	SIMEÃO FCS	DIA.034	TREVISAN LP	MSO.001
SANTOS AL DIA.031	SELLA GCP DIA.014, MSO.001		BIO.009, DIA.029	TREVISAN	TC AEO.034
	SELLA JA DIA.014, MSO.001	SIMÕES DCM	TBH.004	TRIGUEIRO JVS	AEO.056
SANTOS AM AEO.113; AEO.016	SELLA VC DIA.014, MSO.001	SIQUARA GCC	AEO.040		AEO.015, AEO.085
SANTOS AR PEB.016	SENNA SG AEO.137	SIQUEIRA AM	AEO.089, AEO.090		
	PEB.022, PEB.033	SOARES KAS	DIA.044		
SANTOS CB AEO.088	SHAMA SF PEB.009	SOBRAL LF	DIA.052, DIA.013		
SANTOS CDPC DIA.021, TTL.005	SHIKAMA ML DIA.023	SOBRINHO RAS	PEB.029		
SANTOS CET TTL.003	SHOLER MP DIA.027	SOTEM AF	AEO.096		
SANTOS DM AEO.032, AEO.033	SICKA J AEO.137	SOUSA EM	PEB.015		
SANTOS EG AEO.019	SIDON LU AEO.102	SOUSA GS	TBH.003		
SANTOS FDM DIA.009	SILVA BC DIA.016		AEO.012, AEO.013		
SANTOS G MSO.006, PEB.010	DIA.022, SILVA; DIA.043	SOUSA MCM	AEO.074		
SANTOS G AEO.035	SILVA DMGV AEO.014	SOUZA ALM	BIO.011, BIO.012		
SANTOS GP AEO.052	SILVA KN AEO.114	SOUZA CF	PEB.013		
SANTOS GS DIA.018	AEO.104, AEO.110, AEO.105	SOUZA FBA	BIO.004, TBH.005		
SANTOS JS AEO.029	AEO.106, AEO.107, AEO.108, AEO.109	AEO.021, AEO.022, AEO.023, AEO.024			
SANTOS LAR AEO.111	SILVA AC AEO.078	SOUZA FC	AEO.008		
	SILVA ACO AEO.075	SOUZA HSP	PEB.030		
	AEO.085,AEO.015, AEO.056,AEO.074	SOUZA JAF	AEO.103		
SANTOS LB DIA.053	SILVA ACT MSO.001	SOUZA KMJ	AEO.076		
SANTOS MAA DIA.004	SILVA ALF TBH.021		TBH.011, AEO.042, AEO.072		
SANTOS MC BIO.004	SILVA ATMC AEO.060	SOUZA MJ	DIA.011		
SANTOS MF PEB.029		SOUZA RL	DIA.005		
SANTOS MLSG AEO.047	AEO.061, AEO.062	SOUZA SRG	BIO.001		
AEO.048, AEO.049, AEO.050, AEO.066	SILVA CA AEO.083, AEO.084		BIO.002, TTA.007		
AEO.077, AEO.078, AEO.079, AEO.081,	SILVA CA AEO.043		MSO.002, PEB.006		
AEO.097, AEO.098, AEO.100, TBH.006,	SILVA CC AEO.120, AEO.121	SOUZA SS	AEO.014		
TBH.012, AEO.127, DIA.064	SILVA CNL AEO.112, AEO.113	SOUZA SS			
SANTOS MR AEO.047	AEO.114, AEO.116, SILVA; AEO.117	SPADA DTA	DIA.003, DIA.002		
	SILVA D DIA.020	SPIES FS	PEB.018		
	SILVA DF AEO.011	SPRADA A	AEO.103		
SANTOS NSGM AEO.077, AEO.079	TBH.002, TTL.002, AEO.010,AEO.041	STEFFEN RE	DIA.037		
AEO.097, AEO.100, TBH.010, TBH.012	SILVA DMGV MSO.002, PEB.006		ITE.004, ITE.005		
SANTOS NSGM AEO.049, AEO.066	SILVA EES TA.012	STEIN A	ITE.001		
SANTOS PFG ITE.003	SILVA EJTM TBH.003, AEO.012	STEINDEL M	AEO.137		
	SILVA EM AEO.037, AEO.038	STERLING T	DIA.020		
SANTOS SF AEO.103	SILVA EMS AEO.112, AEO.116	SUCUPIRA E	AEO.016		
SANTOS VNG AEO.132	SILVA ERP TTL.001	SUFFYS PN	PEB.016		
	SILVA IMCB TBH.003		DIA.058, DIA.013, PEB.003		
AEO.133, AEO.129, AEO.130	SILVA IMCB AEO.012		PEB.004, PEB.033, PEB.038		
SANZ JLM TTL.003	SILVA JBP DIA.060, DIA.062	SYNIEVSKI IC	AEO.095		
SARACENI V AEO.122	SILVA JCSS PEB.005	SZABO K	DIA.018		
SARDELLA IG DIA.027	SILVA L AEO.080				
SARNO EN TBH.017	SILVA LMC REH.004				
SATO DN DIA.023					
SCATENA LM AEO.050	REH.005, TBH.013				
AEO.045, AEO.046, AEO.047, AEO.048,	SILVA MA AEO.080				
AEO.049,AEO.086, AEO.081, AEO.082,	DIA.049, DIA.050, DIA.051				

U

UEKI SYM	BIO.009, DIA.029
UNIS G	DIA.077

V

VALE SF	PEB.002
VALENTE JG	AEO.039
VAN-DUNEN A	TBH.005
VARGAS AS	DIA.075
	DIA.076, PEB.036, PEB.037
VARGAS FS	DIA.007, DIA.008
VASCONCELLOS SEG	PEB.016
VASCONCELOS FC	TTA.003
VASCONCELOS JR. AC	PEB.015
VAZ S	AEO.014
VECHI AP	AEO.066
VELASQUE LS	TBH.020
	TBH.008, TBH.016, TBH.017
VENDRAMINI SHF	AEO.047, AEO.048,
AEO.049, AEO.050, AEO.055, AEO.066	
AEO.053, AEO.054, AEO.077, AEO.078	
AEO.079, AEO.081,AEO.097, AEO.098	
AEO.100, TBH.006, TBH.007, TBH.012	
VERZA M	DIA.033
VIANA MJN	DIA.056
VIANA-NIERO C	DIA.024
VIEIRA AA	AEO.089, AEO.090
VIEIRA GBO	DIA.068
	DIA.028, DIA.052, DIA.066
VIEIRA I	DIA.021
VIEIRA MAMS	BIO.001
	BIO.002, BIO.013, DIA.068
	TTA.007, TTA.007, TTA.011
VIEIRA MAMS	AEO.067
VILAR EML	AEO.012
VILLA TCS	AEO.059
AEO.045, AEO.046, AEO.049, AEO.050	
AEO.055, AEO.056, AEO.060,AEO.061	

T

TAHAN TT	AEO.094
TAKAMINE CN	MSO.006
TAKENAMI I	DIA.018, DIA.067

AEO.062, AEO.057, AEO.058, AEO.077
 AEO.078, AEO.079, AEO.081, AEO.082
 AEO.086, AEO.087, AEO.088, AEO.092
 AEO.093, AEO.097, AEO.098, AEO.099
 AEO.100, AEO.104, AEO.105, AEO.106
 AEO.107, AEO.108, AEO.109, AEO.110
 AEO.112, AEO.113, AEO.114, AEO.115
 AEO.116, AEO.117, AEO.129, AEO.130
 AEO.132, AEO.133, PEB.029, REH.004
 REH.005, TBH.009, TBH.010, TBH.012,
 TBH.013, AEO.037, AEO.038, AEO.041,
 AEO.042, AEO.043, AEO.044, AEO.047,
 AEO.048, AEO.051, AEO.052, AEO.053,
 AEO.054, AEO.066, AEO.072

VILLELA G DIA.023
 VINHAS SA DIA.024
 DIA.025, DIA.026
 DIA.060, DIA.061, DIA.062,
 VIRGINIO MJ PEB.003
 VIRGINO MR TTA.012
 VITA WP AEO.040

WADY MT DIA.038
 WALDMAN E PEB.034, PEB.035

W

WEINREICH HR AEO.008
 WERNECK GL TTA.011
 WOISKI M BIO.012, BIO.011
 WYSOCCKI AD AEO.047
 TBH.010, AEO.066

YAMAUCHI JU DIA.030
 DIA.040, DIA.049, AEO.118, BIO.009
 DIA.041, DIA.050, DIA.051, DIA.072
 YANO TK AEO.036, AEO.057

Y

Z

ZAHA A DIA.033
 DIA.077, PEB.018
 ZALTMAN C PEB.030, PEB.031
 ZAMARIOLI LA DIA.070
 DIA.071, PEB.034, PEB.035
 ZATTAR MM DIA.032
 ZUIM R AEO.016
 ZYLBERBERG D TTL.003