



Financiado por:
CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico



TUBERCULOSE

IMPLANTAÇÃO DO DOTS EM ALGUMAS REGIÕES DO BRASIL HISTÓRICO E PECULIARIDADES REGIONAIS

Antonio Ruffino-Netto e Tereza Cristina Scatena Villa (org.)



INSTITUTO MILÊNIO REDE TB
REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS EM TUBERCULOSE

© 2006 Instituto do Milênio REDE TB
Reservados todos os direitos de reprodução

Coordenação Editorial

Célio Lopes Silva / Ana Kehl

Organizado por:

Antonio Ruffino-Netto / Tereza Cristina Scatena Villa

Projeto Gráfico

Wellington Sacchi ws@wdesign.com.br

Capa

Wellington Sacchi / Willian Crespo

Revisão de Texto

Eliane A. Pasquotte Vieira

Editoração Eletrônica

Wdesign e Associadoss

Gráfica e Fitolitos

Rettec Artes Gráficas

Tiragem

1.500 exemplares

PREFÁCIO

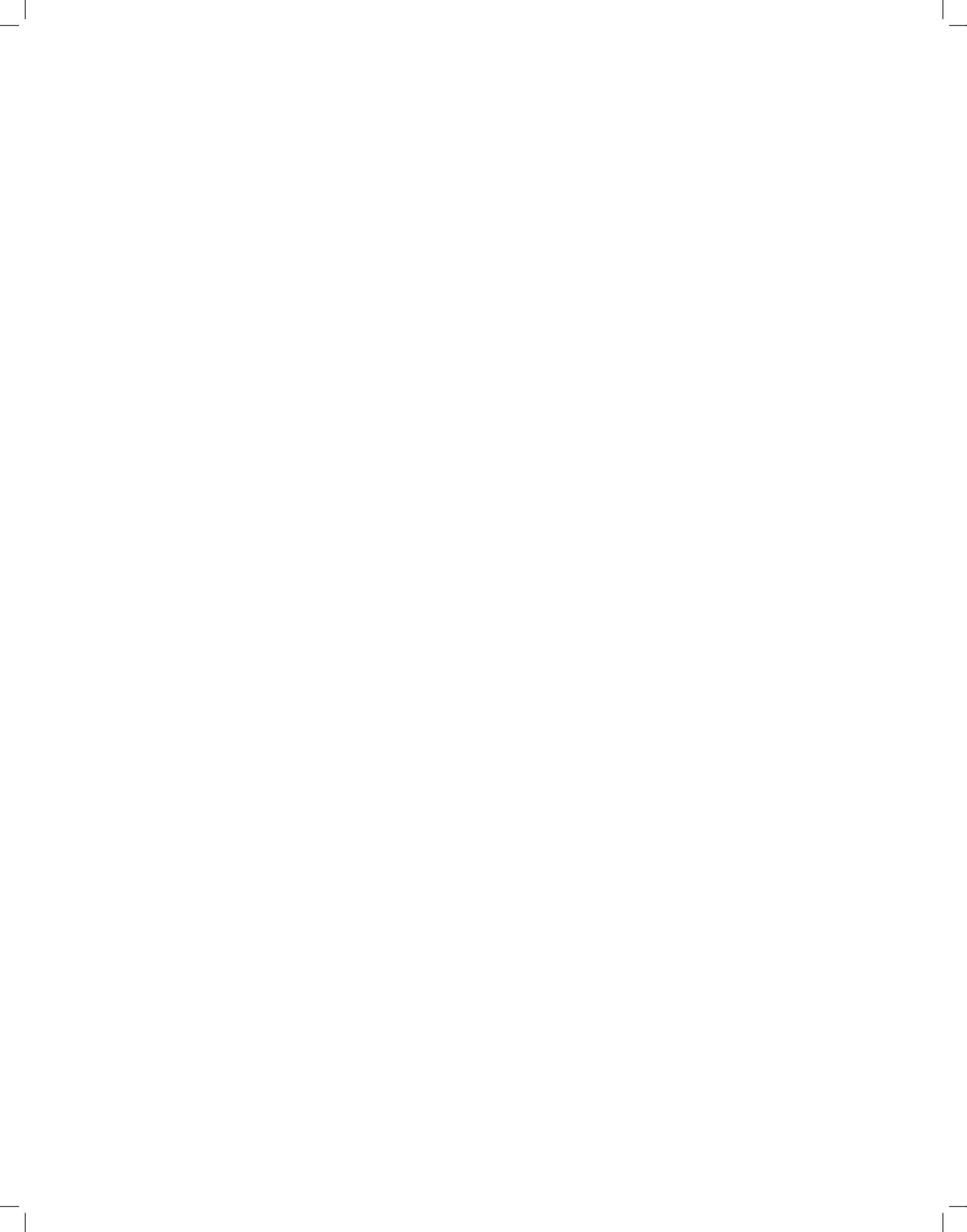
Neste momento de profundas transformações, em escala global, na economia e na sociedade, a produção de conhecimentos para o enfrentamento dos novos desafios da saúde pública, como o combate à tuberculose, uma enfermidade que acomete uma população socioeconomicamente desfavorecida, assume importância crucial no cenário nacional e internacional.

Dentro desse cenário, destaca-se o papel da REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS EM TUBERCULOSE – a REDE TB. Essa rede, constituída em 2001 como um dos Institutos do Milênio do Ministério da Ciência e Tecnologia, representa o primeiro movimento articulado no Brasil que possibilitou uma interação transparente e produtiva entre diversos atores oriundos de diferentes valores culturais e esferas de poder, todos unidos em prol do combate a essa enfermidade que, nas últimas décadas, foi negligenciada por políticos, gestores, mídia impressa e televisiva, assim como pela própria universidade.

Para a consecução dos seus objetivos e realização das metas, a REDE TB promoveu uma mobilização intensa de pesquisadores das Universidades e Institutos de Pesquisas, assim como do setor empresarial, entidades governamentais, sociedade civil organizada, organizações não-governamentais e Conselhos de Saúde, visando maior integração entre os diversos setores envolvidos no controle da tuberculose. Nesse período, atuou como um fórum permanente de interlocução na antecipação de tendências, identificação de oportunidades, mapeamento de competências e desenvolvimento de produtos, processos e conhecimentos para o controle dessa enfermidade.

Uma das estratégias apregoadas pela Organização Mundial da Saúde para um efetivo controle da tuberculose é o estabelecimento do tratamento supervisionado (DOTS), mas, no Brasil, essa estratégia ainda encontra sérias dificuldades para sua total implementação. Entre as metas da REDE TB, está a de descrever, de acordo com as características regionais, o histórico e o processo de implantação dessa estratégia em algumas regiões do Brasil. Os resultados das pesquisas mostrados neste livro, frutos de uma integração entre pesquisadores das Universidades com gestores de programas estaduais e municipais de controle da tuberculose e de representantes da OPAS no Brasil, contêm elementos fundamentais para a reflexão sobre modelos capazes de oferecer sustentabilidade para a implementação da estratégia DOTS e, conseqüentemente, de poder contribuir para uma melhoria significativa nos indicadores epidemiológicos da tuberculose no Brasil.

Célio Lopes Silva
Coordenador Geral da REDE TB



SUMÁRIO

Apresentação	011
Siglas utilizadas	013
Capítulo I OBJETIVOS E METODOLOGIA DO PROJETO.....	015
Capítulo II AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS (1980-2005).....	029
Capítulo III A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS NA MACROREGIÃO CENTRO-OESTE.....	049
Capítulo IV (I) A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS NO ESTADO DE SÃO PAULO (1998-2005)	
1. A situação do DOTS no Estado de São Paulo.....	075
2. O compromisso político na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS no Estado de São Paulo (2005).....	081
3. A implementação do Tratamento Supervisionado no Estado de São Paulo (2005).....	089
4. A busca de sintomáticos respiratórios (SR) na implantação da estratégia DOTS no Estado de São Paulo (2005).....	099
(II) A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS EM ALGUMAS CIDADES DO ESTADO DE SÃO PAULO	
1. Experiência de implantação do DOTS em Ribeirão Preto.....	116
2. Experiência de implantação do DOTS em São José do Rio Preto.....	126
3. Resultados da cidade de Itapevi.....	136
4. Resultados da cidade de Jacarei.....	137
5. Resultados da cidade de Embu.....	138
6. Resultados da cidade de São Bernardo do Campo.....	139
Capítulo V A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS EM SEIS MUNICÍPIOS PARAIBANOS.....	141
Capítulo VI A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS NA CIDADE DE RECIFE.....	167
Capítulo VII A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO.....	181
Capítulo VIII A SITUAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE E OS AVANÇOS E DIFICULDADES NA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE (RS).....	195
CONSIDERAÇÕES FINAIS	203
COLABORADORES	205
DE ANTONIO RUFFINO-NETTO:	
<i>Saúde Pública</i>	009
<i>Enganos</i>	073
<i>A Arte. A Ciência</i>	180
<i>Bangkok 2000</i>	209



Saúde Pública

Antonio Ruffino-Netto

*Infinitos os sonhos
Finitas as realizações
Desencantos em pujança
Acúmulo de frustrações
Do meio do nada
Reascender esperanças.*

17-02-2000

APRESENTAÇÃO

São sobejamente conhecidos os resultados favoráveis da implantação da estratégia DOTS em diferentes países, nos Programas de Controle da Tuberculose (PCT). Os representantes da Organização Mundial de Saúde (OMS) têm insistido na sua eficácia e efetividade, assim como apregoado a sua implantação/implementação nos diferentes locais onde a tuberculose representa uma grande carga como problema de saúde pública. O Brasil está entre os 22 países nessa situação.

No presente trabalho, não prevaleceu a intenção de estudar a eficácia da estratégia DOTS, pois tais avaliações já foram realizadas em diferentes países e em diferentes momentos — inclusive, aqui no Brasil, onde o tratamento supervisionado, coordenado pela Fundação Serviços de Saúde Pública (SESP), mostrou resultados favoráveis na década de 60 do século passado. Tampouco houve a pretensão de apresentar um estudo exaustivo da estratégia DOTS no país e/ou uma amostragem representativa do mesmo. Pretendeu-se apenas descrever a situação da implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil, seu histórico e peculiaridades de acordo com as características regionais. Embora a estratégia DOTS tenha sido proposta oficialmente, no Brasil, em 1998, com o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (MS, 1999), diversos problemas foram observados em sua implantação e/ou implementação, variando segundo as diversas regiões, Estados, cidades e, até mesmo, de um bairro para outro em uma mesma cidade. São escassos os estudos publicados sobre a estratégia DOTS no Brasil e a maioria destes se refere aos aspectos que analisam a eficácia/eficiência dessa estratégia. De fato, nesses estudos, há pouca ênfase sobre os aspectos operacionais que se referem às fortalezas e dificuldades da implantação da estratégia DOTS em função das peculiaridades locais.

No presente relato, a meta é reunir conhecimentos científicos e do senso comum que possam servir de exemplos para outras regiões do país e, assim, contribuir para a busca de modelos que ofereçam sustentabilidade para a estratégia DOTS, na esperança de melhorar o desempenho dos serviços de saúde, assim como alterar para melhor, os indicadores epidemiológicos da tuberculose no país.

É necessário, ainda, assinalar que os dados quantitativos das várias regiões arroladas no presente estudo originam-se de diferentes fontes de informação. Os dados repassados pelos coordenadores do PCT (estadual ou municipal) foram incluídos

na íntegra. Respeitamos a fonte que foi indicada pelo Coordenador do PCT local. Estamos cientes de que todas as informações podem ter uma qualidade que deixa muito a desejar e, portanto, poderiam ser objetos de críticas. Lembramos, contudo, que o presente estudo pretendeu apenas trazer uma noção da situação local antes/durante/após a implantação do tratamento supervisionado, com todas as limitações características de estudos descritivos similares — e não realizar comparações entre diferentes regiões.

Ainda sobre a parte quantitativa, há outra questão merecedora de esclarecimento. Às vezes, apenas com três ou quatro pontos, realizou-se uma regressão linear, apesar da fragilidade técnica de assim se proceder. Isso ocorreu porque a principal preocupação dos autores foi mostrar a tendência dos eventos analisados e não sua associação estatística. Esse procedimento quase poderia ser substituído pela análise visual da forma da distribuição dos pontos no espaço.

Finalmente, é válido assinalar que se procurou respeitar, o máximo possível, as apresentações escritas feitas pelos colaboradores quanto ao estilo utilizado, à maneira de abordar o tema, à profundidade da análise, entre outras características, afinal, cada um tem uma forma peculiar de se comunicar e isso foi respeitado. Desse modo, aos colaboradores foi oferecida a oportunidade de apresentarem, da forma mais espontânea possível, como eles observaram, perceberam, interpretaram e reagiram em relação à implantação da estratégia DOTS em seu meio. O leitor logo perceberá as diferenças entre os capítulos, pois o que importou, no presente projeto, foi a intenção de repassar as descrições das pessoas de cada região quanto às suas sensações, percepções e reações em relação ao tema focalizado — e não obrigá-las ao repasse de uma uniformidade de expressão.

A todos os colaboradores arrolados, é fundamental agradecer pelas preciosas contribuições que, direta ou indiretamente, nos prestaram. Agradecemos, também, aos profissionais de saúde que, embora não incluídos na lista dos colaboradores, forneceram informações valiosas e pertinentes.

Antonio Ruffino-Netto

Coordenador da Área de Epidemiologia

Tereza Cristina Scatena Villa

Coordenadora da Área de Estudos Operacionais

REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS EM TUBERCULOSE

SIGLAS E ABREVIATURAS UTILIZADAS

ACS - Agentes Comunitários da Saúde

DOTS - Directly observed short-time treatment strategy

MS - Ministério da Saúde do Brasil

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários da Saúde

PCT - Programa de Controle da Tuberculose

PSF - Programa de Saúde da Família

PUC-RS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

REDE TB - Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SUS - Sistema Único de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SR - Sintomático Respiratório

TS - Tratamento Supervisionado

TTA - Tratamento Auto-Administrado

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UFES - Universidade Federal do Espírito Santo

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro

USP - Universidade de São Paulo

WHO - World Health Organization

CAPÍTULO I

OBJETIVOS E METODOLOGIA DO PROJETO



Neste capítulo, serão apresentados:

- os objetivos do projeto;
- a metodologia que foi utilizada para sua realização;
- algumas considerações finais explicativas sobre a quantidade de dados coletados;
- desdobramentos do projeto.

Capítulo elaborado fundamentalmente por
Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino-Netto.

I. OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho foi descrever o histórico e a situação da implantação da estratégia DOTS no controle da tuberculose na macrorregião Centro-Oeste do Brasil; nos Estados de São Paulo e Paraíba; nas cidades de Recife, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto e Porto Alegre. Especificamente, descreveu-se o processo de implantação da estratégia DOTS segundo os cinco pilares: compromisso político, detecção de casos /retaguarda laboratorial, tratamento e seguimento dos casos TB-TS, suprimento de medicamentos e sistema de informações. Quando possível, foram priorizados também a análise da situação epidemiológica e os aspectos operacionais das atividades de controle da TB antes e após a implantação da estratégia DOTS nas referidas regiões.

2. METODOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO

Trata-se de um estudo descritivo que envolveu um levantamento de dados históricos, operacionais e epidemiológicos acerca da implantação da estratégia DOTS nas regiões assinaladas. Foram utilizadas duas abordagens: a qualitativa e a quantitativa.

2.1. Abordagem qualitativa

Para o alcance do objetivo específico de descrever o processo de implantação da estratégia, foi utilizada a abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas (Anexo A) e fechadas (Anexo B), contemplando questões norteadoras sobre o processo de implantação do DOTS.

Cabe ressaltar que, nos locais onde não foi implantada a estratégia DOTS, a pesquisa qualitativa consistiu no levantamento de informações relacionadas aos motivos e/ou dificuldades para a implantação da mesma. Nesse sentido, os instrumentos de coleta de dados foram adequados a essa situação (Anexo D).

Os sujeitos entrevistados participaram do processo de implantação da estratégia DOTS. Inicialmente, foi realizada uma entrevista com os coordenadores dos PCTs de cada Região/Estado/Município.

No âmbito estadual, foram entrevistados apenas os coordenadores dos PCTs

dos municípios prioritários. No âmbito municipal, além do coordenador do PCT, durante a entrevista, foram identificados outros elementos-chave para a aplicação da entrevista, contemplando um profissional da Vigilância Epidemiológica e da equipe local que prestasse atendimento ao paciente.

Nos locais onde não houve a implantação da estratégia, foram entrevistados os responsáveis pelas ações de controle da TB, considerando as mesmas categorias descritas em âmbito municipal.

2.1.1. Organização e análise dos dados

Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática.

2.2. Abordagem quantitativa

Para o alcance do objetivo de analisar a situação epidemiológica operacional da TB antes e após a implantação da estratégia DOTS, foi utilizada a abordagem quantitativa. Foram incluídos os indicadores epidemiológicos e operacionais existentes nas regiões, tais como: baciloscopia de diagnóstico, casos de TB com baciloscopia positiva, percentual de curas, abandono, óbito, falência. Os dados foram coletados de fontes secundárias de informações (SINAN, EPI-TB, LABTB, Livro de Registro e Controle da Tuberculose /Livro Preto, entre outros) através de um instrumento específico (Anexo C).

2.2.1. Critérios de inclusão

Foram considerados apenas os casos novos de TB pulmonar com baciloscopia positiva ao diagnóstico.

2.2.2. Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados e analisados através de estatísticas apropriadas.

2.2.3. Delineamento do estudo

Em fevereiro de 2005, foi realizada uma primeira reunião do GEOTB (Grupo de Estudos Epidemiológicos-Operacionais em Tuberculose), cadastrado e certificado CNPq /2002. Este grupo de pesquisadores, com formações multidisciplinares, tem desenvolvido novos conhecimentos sobre a tuberculose: o sistema de atenção à saúde; o tratamento supervisionado e a organização dos serviços; a adesão ao tratamento da tuberculose na visão do doente e da família; epidemiologia da doença e estudos teóricos com enfoque para o gerenciamento de caso.

O GEOTB se reuniu com a coordenadora estadual do PCT de São Paulo com a finalidade de iniciar os primeiros contatos para implementar o projeto.

Decidiu-se que o projeto abarcaria os seguintes locais:

- **Macrorregião:** Centro-Oeste, em virtude da experiência de tratamento e implementação do DOTS na rotina dos serviços de saúde, efetuada em uma grande extensão territorial onde foram observados resultados favoráveis ao tratamento anti-TB após implantação do DOTS. É um projeto pioneiro que se mostrou, até o momento, o mais sustentável, pois tem demonstrado, cada vez mais, melhores resultados (operacionais e epidemiológicos).

- **Estados:** São Paulo e Paraíba, pela experiência acumulada há mais tempo de implantação do DOTS. Ressalta-se que os Estados seriam estudados a partir dos municípios prioritários, eleitos de acordo com o Plano Estratégico de 1997.

- São Paulo: Estado que apresenta o maior número de casos do país (20 mil casos no ano de 2005). Foram estudados 26 municípios prioritários do mesmo.

- Paraíba: pela redução das taxas de abandono após implantação do DOTS. Foram estudados os 6 municípios prioritários do mesmo.

- **Municípios:** Recife, Porto Alegre e Rio de Janeiro; Ribeirão Preto e São José do Rio Preto.

Uma segunda reunião do GEOTB foi realizada no mesmo mês com a participação do Consultor da OPAS, Dr Ademir de Albuquerque Gomes, da Coordenadora estadual do PCT de São Paulo e da Coordenadora municipal do PCT de São José do Rio Preto. Essa reunião teve como finalidade apresentar as peculiaridades de algumas regiões selecionadas para o estudo e foram definidos os responsáveis pelo gerenciamento do projeto em cada local.

O conhecimento das peculiaridades de alguns locais possibilitaram a definição de algumas variáveis epidemiológico-operacionais que serviriam de base para a

construção preliminar dos instrumentos de coleta de dados, surgindo a necessidade de adequação e validação dos mesmos frente à realidade dos locais de estudo.

3. CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Os instrumentos preliminares foram elaborados pelo GEOTB, sob coordenação de Antonio Ruffino-Netto e Tereza Cristina Scatena Villa. Em virtude da necessidade de adequação dos mesmos às realidades locais, foram realizadas visitas aos serviços de saúde e reuniões científicas.

A primeira visita científica ocorreu em maio de 2005, junto à Coordenação Municipal do PCT de Recife-PE, com a finalidade de estabelecer contatos, conhecer a situação epidemiológica e operacional da TB, assim como identificar as fontes de informações existentes que poderiam ser utilizadas no desenvolvimento da pesquisa. A segunda visita científica foi realizada no final de maio de 2005, junto à Coordenação Estadual do PCT de São Paulo com a mesma finalidade. Após as visitas, houve ampla discussão da equipe executora do projeto para adequar e padronizar os instrumentos que seriam aplicados nas diferentes regiões do Brasil.

No intuito de aprimorar os instrumentos, realizou-se uma reunião científica na sede da REDE TB, situada no campus da USP, em Ribeirão Preto, que ocorreu no mês de junho de 2005 e contou com a participação de membros do GEOTB, pesquisadores e profissionais de saúde do Rio Grande do Sul, São Paulo, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, São José do Rio Preto e Ribeirão Preto. A reunião científica ocorreu durante dois dias e resultou, finalmente, na consolidação dos instrumentos definitivos de coleta de dados que foram utilizados no estudo.

4. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados buscando a relação entre os resultados provenientes das etapas qualitativa e quantitativa.

O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da EERP-USP. (Anexo E).

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que você entende por estratégia DOTS?
2. Comente sobre os motivos que levaram à implantação da estratégia DOTS?
3. De que forma ocorreu o processo de implantação do DOTS?
4. Quais as facilidades e dificuldades na implantação/implementação da estratégia DOTS?
5. Como foi a participação do gestor no processo de implantação da estratégia?
6. Quais são as facilidades e dificuldades em relação ao compromisso político?
7. Como os profissionais de saúde incorporaram a estratégia?
8. Quais são as facilidades e dificuldades para a operacionalização da busca de sintomáticos respiratórios no município?
9. Quais são as facilidades e dificuldades em relação à retaguarda laboratorial no município?
10. Como foi/está sendo o processo de expansão do TS para os serviços de saúde? Facilidades e dificuldades?
11. De que forma é realizado o TS (critérios, modo de supervisão e periodicidade)?
12. Qual o local de supervisão que é predominante? Por quê?
13. Quais são as facilidades e dificuldade do TS?
14. Como é feita a distribuição dos medicamentos?
15. Quais são as facilidades e dificuldades em relação aos medicamentos?
16. Quais são as dificuldades em relação ao sistema de informação?
17. Gostaria de fazer algum comentário?

ANEXO B

QUESTIONÁRIO PARA O COORDENADOR OU REPRESENTANTE MUNICIPAL DO PCT E OUTROS ATORES

Componente “DETECÇÃO DE CASOS/ RETAGUARDA LABORATORIAL”

1. É realizada a busca de Sintomático Respiratório?

() Sim. De que forma: () Rotina nas Unidades () Durante Mobilizações () Outros.
Especificar: _____

() Não. Por quê: _____

2. Qual é o tempo de demora para a divulgação do resultado das baciloscopias?

R: _____

Componente “TRATAMENTO E SEGUIMENTO DOS CASOS TB - TS”

1. Quem realiza o TS? () auxiliar/técnico de enfermagem () enfermeiro () ACS ()
Outros. Especificar: _____

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS (Anexos A e B)

Este é um roteiro que tem a utilidade de orientar o entrevistador no momento da coleta de dados para preenchimento dos Anexos A e B (entrevista com o Coordenador Municipal do PCT ou informantes-chave).

A utilização dos instrumentos de coleta de dados exige a padronização de alguns termos. Nesse sentido, a seguir, apresentam-se os principais conceitos contem-

plados no Projeto “TUBERCULOSE: IMPLANTAÇÃO DO DOTS EM ALGUMAS REGIÕES DO BRASIL - HISTÓRICO E PECULIARIDADES REGIONAIS”.

Estratégia DOTS, sigla em inglês que significa Tratamento Diretamente Observado de Curta Duração para o controle da tuberculose e inserida no sistema de saúde pública. Envolve cinco componentes essenciais: 1- Comprometimento dos governos no suporte financeiro das atividades de controle; 2- Detecção de casos pela microscopia de secreção entre pacientes sintomáticos que se apresentam aos serviços de saúde; 3- Regime de tratamento padronizado de seis a oito meses para, no mínimo, todos os casos confirmados a partir dos testes positivos de secreção, com Tratamento Direto Observado (“DOT”) pelo menos nos dois meses iniciais; 4- Suprimento regular de todos os medicamentos essenciais antituberculose; 5- Sistema padronizado de registro e notificação que permita conclusões seguras sobre o resultado do tratamento para cada paciente e do programa de controle de forma geral (WHO, 2005).

Implantação da Estratégia DOTS será considerada quando o município já iniciou ou concluiu o processo de implementação dos componentes da estratégia.

Implantação do DOT/TS será considerada o ano quando o município começou a realizar a dose supervisionada do tratamento do doente.

ANEXO C

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SEGUNDO INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

Responsável pelo Preenchimento: _____

Município: _____

Fonte de Coleta dos dados: _____

Considerações:

Este é um protocolo de coleta de dados para avaliar o impacto da estratégia DOTS nas regiões em estudo segundo indicadores epidemiológico-operacionais disponíveis nas fontes secundárias de informações, tais como: SINAN e EPI-TB (este último só para o Estado de São Paulo). Devem ser registrados, neste protocolo, apenas os casos *NOVOS DE TB PULMONAR COM BACILOSCOPIA POSITIVA AO DIAGNÓSTICO (PARA TODOS OS ITENS A SEREM PREENCHIDOS - DESDE CASOS DECTADOS ATÉ FALÊNCIA)*.

ANO	VARIÁVEIS	% CURA	% ABANDONO	% ÓBITO TB
1995				
1996				
1997				
1998				
1999				
2000				
2001				
2002				
2003				
2004				

OBS: Preencher os campos com números absolutos e porcentagem segundo coluna acima.

Definição de termos

Tuberculose pulmonar: manifesta-se por uma síndrome infecciosa de curso crônico, com febre baixa e tosse com expectoração por mais de 3 (três) semanas que pode evoluir para escarros sangüíneos e hemoptise. É uma doença que consome, debilitando e emagrecendo as pessoas.

Cura: pacientes que receberam alta por cura no sistema.

Abandono: não comparecimento à unidade por mais de 30 dias de pacientes em TA, assim como a não tomada da medição por mais de 30 dias consecutivos a partir da última tomada da droga de pacientes em DOTS (MS, 2002).

Óbito: morte do paciente por TB. (MS, 2002).

ANEXO D

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que você entende por estratégia DOTS?
2. Vocês implantaram a estratégia DOTS?
3. Comente sobre os motivos que levaram à não implantação da estratégia DOTS?
4. Quais as facilidades e dificuldades para a não implantação da estratégia DOTS?
5. Comente a participação do gestor nas ações de controle da TB?
6. Comente o compromisso político em relação às ações de controle do PCT?
7. Comente sobre o envolvimento dos profissionais de saúde em relação às ações de controle da TB?
8. Quais são as facilidades e dificuldades para a operacionalização da busca ativa de sintomáticos respiratórios no município?
9. Quais são as facilidades e dificuldades em relação à retaguarda laboratorial no município?
10. Comente sobre as formas de acompanhamento do tratamento de TB?
11. Como é feita a distribuição dos medicamentos?
12. Quais são as facilidades e dificuldades em relação aos medicamentos?
13. Quais são as dificuldades em relação ao sistema de informação?
14. Como você avalia a qualidade de preenchimento das informações?
15. Qual é a utilidade do sistema de informação pelo município?
16. Gostaria de fazer algum comentário?

ANEXO E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: “Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais”

Pesquisadores responsáveis: Prof. Dr. Antonio Ruffino-Netto (Vice-coordenador da Rede TB) e Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa (Coordenadora da Área de Estudos Operacionais da Rede TB)

Informações sobre a pesquisa: Estamos realizando uma pesquisa em algumas regiões do Brasil a partir do estudo do processo de implantação da estratégia DOTS segundo seus cinco pilares e da análise da situação epidemiológica-operacional. A sua participação é muito importante, pois você estará contribuindo para que conhecimentos sejam produzidos de modo que possam servir de exemplos para outras regiões do país, para contribuir na sustentabilidade da estratégia DOTS e, assim, possibilitar a melhora do desempenho dos serviços de saúde, bem como dos indicadores epidemiológicos da doença para o controle da tuberculose.

**Prof. Dr. Antonio Ruffino-Netto e
Profa. Dra. Tereza C. S. Villa**

Eu, _____,
portador de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento se assim o desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.

A segurança plena de que não serei identificado mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurado que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.

A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa não causará

nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado.

A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como fica assegurado que haverá ampla divulgação dos resultados finais nos meios de comunicação e nos órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.

A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a todo momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

_____, ____ , de _____ de 2005.

Assinatura do entrevistado

Garantimos manter o caráter confidencial das informações obtidas e a não identificação dos participantes na pesquisa.

Certos de estar contribuindo com o conhecimento nesta área para a melhoria do nível de saúde da população, conto com a sua preciosa colaboração.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antonio Ruffino-Netto e

Profa. Dra. Tereza C. S. Villa

Contato: REDE TB - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Endereço: Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - SP
CEP: 14049-900 – SP
Telefone: (0xx-16) 3602-3228/3407 e FAX (0xx-16) 3633-3271.

Nome do entrevistado: _____

Assinatura do responsável: _____

5. COMENTÁRIOS

Deve-se assinalar que apenas uma parte dos dados levantados nos anexos transcritos foi utilizada na presente publicação. Outras quatro publicações resultaram estudando especificamente os cinco componentes da estratégia e poderão ser vistos nas publicações: *A busca de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose no Estado de São Paulo, 2005* - Dissertação de Mestrado de Mayra Fernanda de Oliveira (defendida); *O tratamento supervisionado no controle da tuberculose no Estado de São Paulo 2005* - Dissertação de Mestrado de Ricardo Alexandre Arcencio (defendida); *O compromisso político na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS para o controle da tuberculose no Estado de São Paulo* - Tese de Doutorado de Aline Aparecida Monroe (em andamento); *A situação da estratégia DOTS para o controle da tuberculose no município de Recife* - Tese de Doutorado de Cinthia Midori Sasaki (em andamento). Essas dissertações e teses pertencem ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.

CAPÍTULO II

AS POLÍTICAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL E A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS (1980-2005)



Neste capítulo, serão apresentadas:

- a magnitude do problema da tuberculose;
- a descentralização ocorrida nos serviços de saúde em geral e do PCT em particular no período de 1980 a 2005.

Este capítulo foi elaborado fundamentalmente por Tereza Cristina Scatena Villa, Antonio Ruffino-Netto, Ricardo Alexandre Arcencio e Roxana Isabel Cardozo-Gonzales.

I. INTRODUÇÃO

O Brasil possui uma população de aproximadamente 180 milhões de habitantes e um sistema federativo estruturado em três esferas político-administrativas: União, Estados e municípios. Possui um Distrito Federal, 27 Estados e 5560 municípios (IBGE, 2005). Em 2004, foram priorizados 315 municípios para o controle da tuberculose nas 27 unidades federadas, segundo critérios estabelecidos pelo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2004a).

A tuberculose (TB) é uma endemia que “esteve presente como problema de saúde pública no Brasil durante todo o século XX” (RUFFINO-NETTO, 2004) e ficou conhecida como “a calamidade negligenciada” (RUFFINO-NETTO, 2002). No início do século XXI, o Brasil tem ocupado o 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB notificados no mundo. A situação da TB, no Brasil, apresenta uma prevalência de 58 casos para cada grupo de 100 mil habitantes e, apesar de ser uma doença que tem cura, ainda mata pelo menos seis mil pessoas por ano. O percentual de cura é de 72% e 12% de abandono, alcançando, em algumas capitais, o valor de 30% a 40% de abandono. A cada ano, 111 mil novos casos são registrados.

Esses dados representam um grande desafio para o Brasil em relação às metas pactuadas junto a OMS: alcançar 85% das taxas de cura e reduzir o abandono do tratamento em 5%, ou seja, o Brasil ainda está abaixo da meta pactuada e precisa melhorar o acesso aos serviços de saúde e a adesão ao tratamento (WHO, 2005). Em 2003, foram notificados 83.575 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 47/100.000 habitantes, com índices variando de 19/100.000 em Tocantins a 79/100.000 no Rio de Janeiro (BRASIL, 2005b). Os dados recentes indicam uma tendência descendente constante na incidência de TB no Brasil (WHO, 2005).

Essas disparidades já justificam a adoção da descentralização como viabilização das políticas públicas, pois o país apresenta características muito complexas e desiguais, que se manifestam nas diferenças socioeconômicas, culturais, demográficas e sanitárias entre suas regiões. Nesse contexto, é possível entender a implantação da estratégia DOTS, considerando as transformações da política de saúde no período 1998-2005. Sendo assim, este capítulo priorizou discutir a descentralização das ações de controle de TB no Brasil, “compondo uma combinação de circunstâncias históricas e políticas” (MENDES, 1994), em diferentes períodos de implantação das políticas de saúde no Brasil (1980-2005).

2. OBJETIVO

O objetivo foi analisar as Políticas de Controle da Tuberculose em diferentes períodos das políticas de saúde no Brasil.

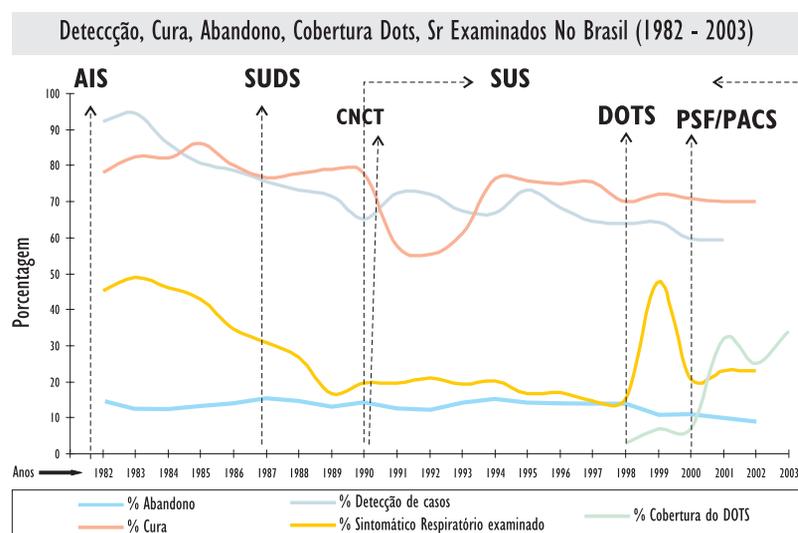
3. METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão cuja busca foi direcionada para os documentos oficiais da Organização Mundial de Saúde, do Ministério da Saúde e das teses e artigos relacionados às políticas de controle da tuberculose no Brasil.

4. RESULTADOS

O panorama geral da situação da tuberculose nos últimos 25 anos é apresentado no Gráfico 1, buscando situar dois momentos históricos distintos de modo a evidenciar tanto o processo de descentralização em cada período, quanto o impacto epidemiológico através de alguns indicadores de controle da doença.

GRÁFICO 1. Panorama geral da situação da Tuberculose segundo indicadores epidemiológicos no processo de descentralização da saúde nas décadas de 1980, 1990 e 2000.



SIGLAS DO GRÁFICO I

AIS - Ações Integradas de Saúde;

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde;

CNCT - Campanha Nacional Contra Tuberculose; SUS - Sistema Único de Saúde;

DOTS - Tratamento Diretamente Observado; PSF - Programa Saúde Família;

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde.

4.1. A descentralização do nível federal para o estadual: as Ações Integradas de Saúde (AIS), os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) e o controle da Tuberculose (1982-1986)

A partir de 1981, são propostas novas estratégias de organização dos serviços de saúde, tendo como diretriz a descentralização através de convênio para a integração entre instituições federais (INAMPS/MS/SES) e estaduais, com a transferência da execução do controle da TB para as SES. Essa estratégia de integração interinstitucional foi denominada Ações Integradas de Saúde (AIS) e, a partir de 1987, com os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), transferiram-se atribuições, recursos financeiros, pessoal de saúde e instalações (hospitais e ambulatórios) para a gestão das SES e para as SMS. Pode-se observar que, neste período, teve início o processo de descentralização dos serviços de saúde do nível federal para o nível estadual e municipal.

Em relação ao controle da TB, são introduzidos no Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT): esquema terapêutico de curta duração (seis meses), medicamentos gratuitos, sistema de informação único e ascendente, modelo de programação claro e objetivo e tratamento auto-administrado (RUFFINO-NETTO, 1999).

De acordo com o Gráfico 1, no período entre 1982 e 1987, houve uma queda na taxa de detecção de casos de 90% para 75%; a taxa de cura permaneceu estável em torno de 80%; o número de Sintomático Respiratório examinado (SR) caiu de 45% para 30%; e a taxa de abandono permaneceu ao redor de 14%.

4.2. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o controle da Tuberculose - 1988

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o que configurou, num momen-

to de “janela histórica” representado pela redemocratização do país, uma reforma sanitária do tipo *big-bang*. A partir daí, o SUS vem sendo socialmente construído num movimento de tipo incrementalismo lento, especialmente através de normas operacionais, estabelecidas consensualmente pelos três níveis de governo e materializadas em Portarias Ministeriais (MENDES, 2001).

O SUS incorporou um conceito ampliado de saúde como direito de todos, dever do Estado e cujo modelo de assistência à saúde é baseado no acesso universal, hierarquizado e descentralizado (BRASIL, 1988).

No Brasil, dois tipos de abordagens de descentralização foram implementados no Sistema Único de Saúde. Uma das abordagens refere-se à *desconcentração* que consiste no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos inferiores, sem proporcionar autonomia e poder decisório. A outra é a *devolução* e consiste na transferência de poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico que adquire, assim, autonomia política e administrativa. Exemplos de devolução são os processos de estadualização e municipalização de certas funções dos governos federais (MENDES, 1998).

Enquanto o SUS *constitucional* propõe um sistema público universal para todos os brasileiros, o SUS *real* vai se consolidando como um subsistema dentro de um sistema segmentado, destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados. Dessa forma, conformou-se um modelo segmentado em que convivem três grandes sistemas: o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema de Desembolso Direto e Sistema de Atenção Médica Supletiva. O SUS é o sistema público destinado a 140 milhões de brasileiros que não têm acesso aos planos privados e vem sendo constituído através de um enfoque na gestão da oferta dos serviços de saúde (MENDES, 2004). No Brasil, a atenção à TB é prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), o sistema público.

O processo de descentralização, nos anos 90, foi orientado pela edição das Normas Operacionais Básicas SUS, que são instrumentos de regulação que tratam dos aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para Estados e municípios. Também tratam de aspectos de organização do sistema de saúde (LEVCOVITZ, 2001).

A implementação do SUS, na década de 90, constitui-se um desafio complexo em um cenário onde milhares de gestores passam a se constituir como atores fundamentais no campo da saúde. A descentralização na área da saúde esbarra em dificuldades financeiras, institucionais e administrativas, portanto, seu avanço assinala a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo (*op. cit.*).

Conseqüentemente, na década de 1990, devido à falta de compromisso e financiamento pelo governo no controle da TB, ocorreu uma desestruturação do PNCT em âmbito federal (queda de cobertura, diminuição da busca de casos, piora dos resultados de tratamento, aumento do abandono; enfraquecimento das coordenações estaduais, diminuição das supervisões do Programa; descontinuidade da produção de drogas e compra de drogas no mercado internacional). Durante esse período, as medicações antituberculosas não estavam disponíveis em todo o país e a estrutura das equipes de saúde que trabalhavam na comunidade foram desestruturadas. Não havia integração entre os níveis de atenção do sistema de saúde (RUFFINO-NETTO, 2001; KRITSKI & RUFFINO-NETTO, 2000). Portanto, a implementação do SUS deixou, num primeiro momento, vazios institucionais.

De acordo com o Gráfico 1, a taxa de cura cai abruptamente entre 1990 e 1993, provavelmente, devido à extinção da Campanha Nacional Contra a Tuberculose (CNCT). A CNCT, criada em 1946, é marcada pela intervenção do Estado na coordenação e prestação da assistência à TB através de programas verticais e equipes especializadas (BARREIRA, 1993).

A partir de 1993, a taxa de cura apresenta um incremento e a taxa de detecção de casos decresceu. Isso pode ser explicado devido a uma queda da busca ativa de casos examinados de Sintomáticos Respiratórios (SR) no sistema de serviços de saúde. Nesse período, o PCT se organiza nos municípios reproduzindo as estruturas verticais com equipes especializadas na prestação da assistência e as ações de busca ativa são pouco incorporadas na rotina dos serviços de saúde.

4.2.1. A estratégia DOTS

Em âmbito internacional, a partir de 1993, ocorre um aumento considerável do número de casos de tuberculose, a ponto de a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarar a TB uma emergência mundial e propor a estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Short-course), cujas principais metas são atingir 85% de sucesso de tratamento e 70% de detecção de casos.

O DOTS é constituído 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; sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle

da tuberculose como prioridade entre as políticas de saúde” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA, 1997).

A estratégia DOTS é definida como uma das prioridades para o controle da TB — principalmente, para os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB notificados no mundo — e propõe “a integração do cuidado de saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor de saúde” (WHO, 2002).

Na década de 90, em pleno processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorre um agravamento da situação da tuberculose no Brasil. Essa década é marcada por crises de “desfinanciamento da saúde” já que os recursos para as ações ambulatoriais foram limitados (CORDEIRO, 2001) e isso, provavelmente, é uma das causas sobre a constância do percentual de cura abaixo dos 85% e decréscimo gradual na detecção de caso, conforme visualizado no Gráfico 1.

Todo esse quadro de negligência sobre a saúde pública e, especialmente, sobre a detecção e o tratamento da TB fez com que, em 1998, o DOTS, gerenciado pelos PCT, começasse a ser implantado gradativamente nos municípios como estratégia inserida no Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1998, em âmbito nacional, ocorre a implantação do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) que “*define a tuberculose como prioridade entre as políticas governamentais de saúde, estabelece diretrizes para as ações e fixa metas para o alcance de seus objetivos*”. Reconhece que a condição essencial é a articulação e a complementaridade dos três níveis de gestão do SUS (União, Estados e municípios), a participação social e de Organizações Não-Governamentais (ONGs), a detecção e o diagnóstico através da baciloscopia em todos os sintomáticos respiratórios (SR) e contatos, a disponibilidade de tuberculostáticos, a garantia de tratamento supervisionado e vigilância da resistência das drogas e a prática de um sistema de informações de acordo com as recomendações da OMS.

A tendência da curva de busca de SR declinou o tempo todo e só começou a crescer depois da implantação do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). Observa-se também que, em 1998, com a implantação PNCT, que propõe a estratégia DOTS, a taxa de abandono começou a declinar, caindo de 14% para 12% no período de 1998-2004, podendo também ter contribuído para o aumento no percentual de SRE, já que um dos cinco pilares da estratégia DOTS propõe a detecção de caso através da baciloscopia de escarro. Portanto, a tendência da curva de busca de SR declinou o tempo todo e só começa a crescer depois da implantação do PNCT.

4.2.2. As políticas de financiamento e gestão do PCT/ DOTS

Ainda em 1998, o PNCT trouxe duas inovações: instituiu, como estratégia, repasses financeiros aos municípios e estimulou a busca de casos e o tratamento através de benefícios. Mediante um termo de adesão, reafirmava-se o compromisso com o desenvolvimento das ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) e instituíam-se o repasse de verbas através de bônus (R\$ 150,00 [cento e cinquenta reais] ou R\$ 100,00 [cem reais] se houve ou não tratamento supervisionado). Foi estabelecida uma nova proposta de gerência do PCT baseada nos seguintes conceitos: reestruturação (os convênios foram eliminados); reengenharia (utilização de uma lógica baseada em resultados); bônus; reinvenção (DOTS); realinhamento (nova inserção do PCT no Ministério da Saúde); reconceitualização (descentralização); novas formas de aprendizagem; unidades de demonstração (RUFFINO-NETTO, 2002).

Assim, no ano posterior da implementação do plano, quando houve aumento do valor pago ao exame de baciloscopia de escarro, observou-se um pico de 50% de SRE, equivalente ao ano de 1982. Vale ressaltar que, durante a série histórica do presente estudo, esses dois momentos foram considerados marcos em relação à percentagem de SRE.

A descentralização, inicialmente, teve um impacto negativo no controle da TB, pois o processo de implantação do SUS ocorreu sem um planejamento racional para a integração de programas verticais e transferência de atividades para o nível local. Não foram previstos recursos extra-orçamentários para os níveis intermediários, e os municípios não dispunham de capacidade regulatória, de manuais e de incentivos que oferecessem suporte para a implementação e sucesso da reforma (KRITSKI & RUFFINO-NETTO, 2000).

A década de 90 é marcada por crises de “desfinanciamento da saúde” já que os recursos para as ações ambulatoriais foram limitados (WHO, 2004). A constância do percentual de cura abaixo de 85% e decréscimo gradual na detecção de caso, conforme o Gráfico 1, pode ser reflexo dessa limitação de recursos, uma vez que o principal ponto de atenção à TB nesse período é o ambulatório. Ainda nesse período, é estabelecida a política de municipalização, consolidada pela NOB 01/96, que instituiu a gestão plena do sistema municipal e a gestão plena da atenção básica e redefiniu as responsabilidades da União e dos Estados (MENDES, 2004), assim como previu dispositivos capazes de valorizar a incorporação de práticas epidemiológicas na gestão do SUS, além de incentivos para os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) (*op. cit.*).

A descentralização implantada pelo SUS se deu através da municipalização. Nele, a gestão do sistema de serviços de saúde, no âmbito local, é responsabilidade dos municípios, ainda que com algumas competências concorrentes com União e Estados. Este modelo organizacional da municipalização autárquica (MENDES, 2001) constitui a vertente polar da regionalização autárquica e tem suas origens no federalismo municipal brasileiro, mas acentuou-se no SUS em função das normas operacionais básicas. Em um país onde 75% dos municípios têm menos de 20.000 habitantes, a organização do sistema de serviços de saúde vem levando a uma forte fragmentação do SUS (MENDES, 2004).

A reorganização da rede de serviços locais de saúde representa um processo fundamental na reforma setorial e fortemente dependente da capacidade de gestão. As variações no desempenho gerencial explicam, em grande parte, as variações em termos de resultados e impactos na saúde da população. Uma série de pré-requisitos para a habilitação nos municípios (plano de saúde municipal, conta PAB, relatório de gestão, fundo de saúde, implantação dos bancos de dados nacionais de saúde, criação do Conselho Municipal de Saúde) é exigida com uma estrutura normativa para o processo de descentralização. Entretanto, as análises do processo de implementação da descentralização da saúde têm evidenciado o despreparo da esfera municipal e a precariedade de sua estrutura técnico-administrativa voltada à prestação de serviços. Têm sido incentivadas estratégias de microrregionalização e outras inovações gerenciais (BODSTEIN, 2002). Segundo o relatório da OMS (2004), um dos seis obstáculos para o avanço nos programas de controle da TB foi a descentralização incompleta (WHO, 2004).

Entretanto, em relação à tuberculose, as diferentes estratégias na sistemática de financiamento — como os incentivos do Piso da Atenção Básica (PAB, 1998), tanto em seu componente fixo, que utiliza o critério *per capita*, quanto em seu componente variável, que considera o incentivo ao PACS/PSF, às Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica, entre outras — “*nem sempre estão direcionados a induzir a maior integração dos distintos níveis de complexidade da atenção*”, como no caso do controle das endemias e outros programas verticais que eram realizados no Brasil de forma centralizada com relativo grau de sucesso e foram desorganizados tanto pelo *stress* fiscal quanto pelo processo de descentralização, com recrudescimento de epidemias (ALMEIDA, 2003).

Existem indícios de que a descentralização também afetou de forma importante esses programas, primeiro, porque não foram contemplados nas primeiras normas, centradas na assistência médica, como a NOB/93 e NOB/96; e segundo, pela

desorganização local frente à retirada do nível central que comandava e operava os programas verticais localmente (BRITO, 2002).

Assim, de acordo com o Gráfico 1, verifica-se que, na década de 90, o percentual de cura manteve-se abaixo dos 85% preconizado pela OMS e, ainda no ano 2000, o percentual estava em torno de 72% e a taxa de detecção, nesses anos, vem caindo gradualmente.

O avanço da implantação da estratégia DOTS vem enfrentando dificuldades financeiras, institucionais e administrativas dos sistemas de saúde dos municípios e, portanto, o seu avanço assinala a complexidade de consolidar uma política nacional de saúde em um país imenso, desigual, com um sistema político federativo (LEVCOVITZ, 2001).

4.2.3. A incorporação do controle da TB na Atenção Básica de Saúde no ano 2000

Em 2000, o PNCT e outras áreas programáticas (Hanseníase, Hipertensão, Diabetes, entre outras) foram incorporados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), criado pelo Ministério da Saúde com a função de normatizar a organização e a gestão da prática da atenção básica. Essa incorporação teve, como principal objetivo, o fortalecimento da relação entre a estratégia de Saúde da Família como “canal de distribuição” e as áreas programáticas como “produtoras de conhecimentos e serviços específicos”, agregando, assim, instrumentos para a organização da atenção (SOUZA, 2000).

Inserido nesse movimento de reformulação do setor de saúde, são propostos mecanismos de financiamento da Atenção Básica, como o Piso Assistencial Básico (PAB) que podem agregar alguns valores variáveis ao valor fixo sob a forma de incentivos ao Programa de Saúde da Família (PSF) e ao Programa de Agentes Comunitários (PACS). Entre os componentes do PAB variável, os grandes destaques, no ano 2001, foram o PSF e Epidemiologia e o Controle de Doenças (MENDES, 2002), nos quais se inserem as ações de controle da Tuberculose.

O gasto público com saúde em 1993 representava 15,7% do total do gasto federal e sua participação caiu, em 2001, para 13,8% (BARROS, 2003).

Instituiu-se a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS SUS 01/2002) que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, estabelece o processo de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema

Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de Estados e municípios (BRASIL, 2002). A partir de então, o pacto de gestão entre as três esferas de governo, denominado Pacto dos Indicadores de Atenção Básica, foi concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referente ao nível de atenção básica. O pacto constitui-se em um instrumento formal de negociação entre gestores tomando como objeto de negociação as metas a serem alcançadas em relação aos indicadores de saúde previamente acordados. Ressalta-se que, no ano de 2003, o indicador “proporção de abandono do tratamento de tuberculose” foi considerado como um dos vinte indicadores principais para o monitoramento da atenção básica (BRASIL, 2004a).

A NOAS SUS 01/2002 buscou, como objetivo principal, superar os problemas de ineficiência e qualidade determinados pela municipalização autárquica. Infelizmente, não conseguiu seu intento em função dos equívocos de seu desenho. É preciso ter claro, entretanto, que a construção de uma nova norma é condição necessária mas não suficiente para a superação dos problemas do SUS, caso seja mantida a perspectiva de reformas incrementais no sistema público brasileiro de saúde (MENDES, 2004).

O novo Plano de Controle da Tuberculose no Brasil (2001-2005) tem, como estratégias, a implantação/implementação do bônus para todos os municípios que tenham Unidades Básicas de Saúde, desenvolvendo ações de controle da TB; a realização de tratamento supervisionado; e o estímulo da adesão municipal ao Programa de Controle da TB. Dessa maneira, esse Plano introduz novas possibilidades de intervenção na sua proposta de trabalho, contando com as estratégias de PSF e PACS e sugere que tal parceria pode vir a contribuir para a expansão das ações do PCT, pois essas estratégias têm a família e o domicílio como instrumentos de trabalho. Nessa perspectiva, o Plano dá ênfase à atuação das equipes do PACS e PSF enquanto instrumento para melhorar a adesão terapêutica e evitar o abandono do tratamento. Nas unidades do PSF/PACS e nos demais serviços de saúde municipais, a busca ativa de sintomas respiratórios e contatos deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

O atual PNCT (BRASIL, 2004b) está integrado na rede de Serviços de Saúde e é desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até as ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às ações do PNCT. A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) na

atual estrutura do Ministério da Saúde vem reestruturar o combate à TB uma vez que une todas as ações de vigilância, controle e prevenção, possibilitando a integração entre os vários programas.

O Programa aponta a necessidade de consolidar a atuação dos Estados e municípios para o combate à TB sob as diretrizes nacionais, reforçando as atividades de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação nas três esferas, para pronta correção dos desvios que possam ser detectados. Em conformidade com estudos que analisam o uso de materiais e estratégias de comunicação e educação em saúde, impõe-se a descentralização de sua produção a fim de que a diversidade cultural e técnico-comunicacional seja respeitada e, conseqüentemente, tais ações sejam eficazes (BRASIL, 2004b). No Brasil, além da adoção da estratégia do Tratamento Supervisionado (TS), o PNCT reconhece a importância de horizontalizar o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, visa a integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

Além disso, o PNCT enfatiza a necessidade do envolvimento de Organizações Não-Governamentais (ONGs) e de parcerias com organismos nacionais (Universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais de combate à TB, como: Coalizão Global de TB (STOP TB); União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias (UICR); Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID); OMS; OPS, entre outras. Por intermédio dessas colaborações e parcerias, o PNCT visa o sinergismo e a multiplicação do impacto de suas ações de prevenção e controle da TB.

As Políticas de Controle da TB no SUS devem avançar a implantação do DOTS cuja cobertura vem aumentando gradativamente: 1998- 3%; 1999- 7%; 2000- 7%; 2001- 32%; 2002- 25%; 2003- 32%; 2004- 32%, 2005- 63,8% em Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2005a).

Em relatório oficial da OMS sobre a tuberculose no mundo, publicado em 2004, o Brasil era apontado com fraco desempenho no combate à TB quando comparado a outros países, inclusive, àqueles com piores níveis de desenvolvimento socioeconômico. Após essa publicação, os responsáveis pela coordenação do programa no Ministério da Saúde do Brasil (MS) justificaram o baixo desempenho do país no controle da doença devido à resistência dos gestores anteriores em descentralizar o PCT. No entanto, o documento afirma que a descentralização rápida também teria levado a uma falta de compromisso político da parte dos governos regionais (DYE *et*

al, 2003; WHO, 2004).

Diante de novos horizontes, é considerada a necessidade de definir estratégias de capacitação dos profissionais que estarão na vanguarda desse processo inovador e audacioso com a proposta de levar saúde para todos e, mais ainda, reformular o imaginário social da doença (RUFFINO-NETTO, 2001). Assim, a TB é uma doença presente e dependente de uma mudança de mentalidade, seja em relação à reformulação de políticas que enfatizam a tuberculose como prioridade, ou a gerenciamento/coordenadorias ou, ainda, ao envolvimento das equipes responsáveis pela assistência aos portadores de TB.

4.2.4. Financiamento das ações de controle da tuberculose na década de 2000

Em 2000, no Brasil, os gastos foram de US\$ 7,97 per capita em atenção primária à saúde, enquanto para a TB foram de US\$ 0,13 (BRASIL, 2003). A partir de outubro de 2001, “o incentivo para alta curado do paciente com Tuberculose” estava no Bloco de “Ações Assistenciais Estratégicas”, voltadas para grupos populacionais considerados prioritários pelo MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A partir de 2002, ocorrem reformulações nos valores de incentivos relacionados à alta por cura da TB (Portaria1474/GM). Essa portaria fixa novos valores do incentivo para o controle da TB para a notificação de casos novos, para alta por cura quando o tratamento for auto-administrado e alta por cura quando o tratamento for supervisionado (BRASIL, 2002).

Em 2004, o critério de concessão de bônus foi substituído por uma nova sistemática implantada pelo MS a partir de um recurso anual concedido mediante a apresentação de um plano de trabalho elaborado pelos municípios. O financiamento específico de TB segundo a portaria nº 2.646/GM de 16 de Dezembro de 2004 foi liberado para os municípios prioritários. O bônus não foi completamente suspenso, pois o MS distribuiu o recurso para os municípios prioritários em 2004, mediante um Plano de Aplicação que divide a distribuição do recurso em cinco áreas: capacitação, educação em saúde, vigilância epidemiológica, laboratório e supervisão. Esses recursos foram repassados fundo a fundo pelo Ministério da Saúde às Secretarias Municipais.

Foi suspensa a parte que cobrava as altas por tratamento auto-administrado e supervisionado, ou seja, o bônus foi suspenso, desde 2004, para pagamento de cura DOT'S e não-DOTS.

As baciloscopias para diagnóstico e controle continuam sendo pagas pelo

SIA-SUS ao valor de R\$ 4,20 (quatro reais e vinte centavos), correspondendo aos códigos anteriores. Permaneceu o pagamento via BDA das baciloscopias realizadas pelos municípios (diagnóstico e controle), feito mensalmente pelo Ministério da Saúde. O repasse de verbas é pago pelo FAEC (Fundo de Ações Estratégicas) que entra todos os meses no Fundo Municipal de Saúde dos municípios como um recurso extrateto. Esse recurso deve ser destinado às compras de insumos para laboratório ou ter outra utilização que o município julgar necessário para o controle da TB.

A partir de 2005, o financiamento das ações do PCT passou a ser realizado por meio de repasses extrateto, fundo-a-fundo de recursos para intensificação das ações de vigilância e controle da doença destinados a 26 Estados e o Distrito Federal (Portaria 2405, de 5 de novembro de 2004), 155 municípios prioritários para TB (Portaria 2646, de 16 de dezembro de 2005) e, além destes, para mais 159 municípios que foram incluídos como prioritários. A Comissão de Intergestores Tripartite, por meio da Câmara Técnica, pactuou também um repasse financeiro como incentivo aos Estados e municípios prioritários que alcançarem a meta de 90% ou mais de informações sobre o acompanhamento dos casos notificados que fazem parte das coortes de casos do ano de 2004. O recurso não é “carimbado” para ser utilizado nas ações de controle da TB, devendo ser assegurado sua utilização neste sentido, principalmente, pelo Controle Social, representado pelos Conselhos Municipais de Saúde e pelos coordenadores dos programas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a política de saúde no SUS ganhasse novas dimensões com a ampliação do conceito de saúde para além da prevenção e controle das doenças transmissíveis, as políticas de controle da tuberculose implementadas foram lentamente incorporadas, e as estratégias adotadas não têm sido suficientes para apontar a necessidade de corrigir as distorções do sistema, nem de preservar o que funcionava bem, evitando o desmonte desordenado como ocorreu na década de 90. Permanecem traços de descontinuidade na transferência de propostas para os municípios, com características seletivas e não universais e inclusivas, como os mecanismos de repasse financeiro priorizando os municípios, sem uma verba carimbada para a TB. Os fatores limitantes para o controle efetivo da TB estão relacionados à baixa efetividade da atuação dos serviços de saúde em prevenção, diagnóstico, tratamento e má-qualidade dos mesmos. Soma-se a isso a ausência da Sociedade Civil como parceira no monito-

ramento das ações governamentais.

Os problemas da política de controle da TB não serão satisfatoriamente resolvidos se forem tratados exclusivamente no âmbito técnico-normativo. Ao contrário, dependem de uma solução política que envolve diferentes atores da sociedade e do Estado na participação desse processo: macroestrutura da sociedade (economia, ideologia, política), pacientes, profissionais de saúde, pesquisadores, formadores de recursos humanos, sociedade civil e Ongs. Esse enfrentamento implica discutir as prioridades da TB no SUS, os mecanismos de financiamento através de planos pactuados pelo município que estabelecem novas sistemáticas para o financiamento das ações e serviços de saúde, bônus para os municípios prioritários e o desenvolvimento de mecanismos de integração intersetorial envolvendo a saúde e outros setores da sociedade brasileira capazes de unir e dispor recursos para o efetivo controle da doença.

Por tudo isso, torna-se fundamental compreender que:

(a) descentralização requer profissionais preparados para a gerência em saúde pública, capazes de utilizar um conjunto de instrumentos específicos de epidemiologia, gestão e planejamento e com habilidades e funções para atuar tanto em nível central (gerência) quanto periférico (Atenção Básica);

(b) o Controle da TB requer do sistema de saúde uma fonte de financiamento estável e regular dirigida ao PCT. É fundamental assegurar recursos financeiros e insumos para o PCT através de verba carimbada, pois o repasse de um pacote de recursos financeiros ao município (PPI ECD) não assegura sua aplicação no PCT;

(c) é necessário ter uma “inteligência” central que “pense e oriente as atividades do PCT”, cercada de assessores com competência técnica;

(d) algumas atividades do PCT podem ser descentralizadas, como a supervisão da dose medicamentosa e a busca ativa/deteção de casos (ações de vigilância epidemiológica) em níveis periféricos da Rede de Serviços de Saúde. Ao mesmo tempo, algumas atividades devem ser centralizadas na coordenação do PCT e ocupadas por profissionais com competência técnico-gerencial, como as informações de vigilância, supervisão regular e monitoramento;

(e) é preciso treinamento de Recursos Humanos (RH) prévio à descentralização e de forma articulada ao serviço, ao controle social e à gestão;

(f) é necessário assegurar um sistema de registro e informação para os RHs que atuam nos níveis periféricos da Rede de Serviços de Saúde (SS), para que os mesmos se responsabilizem por informação com qualidade dos seus dados (sua adequação, consistência, coerência, etc.) e também tenham noção epidemiológica, ope-

racional e da aplicação dos recursos financeiros no PCT;

(g) a comunidade deve participar para saber cobrar dos serviços de saúde a atenção de que necessita e, para isso, é preciso envolver diferentes atores da sociedade, governo, profissionais de saúde, pesquisadores e ONGs em fóruns de controle da TB;

(h) a atenção à TB na perspectiva da Abordagem Integrada ao sistema de saúde requer ações de caráter permanente e sustentadas em nível da Atenção Primária à Saúde (APS). Envolve funções gerenciais especializadas nos níveis de gestão do sistema e funções de prestação de serviços integrados. Alguns aspectos do controle da TB e sua tecnologia são difíceis de se integrar aos componentes da APS, pois requerem a combinação de gerência especializada e prestação de serviços integrados;

(i) a grande lição a ser aprendida é que a descentralização das ações do PCT requer uma política de capacitação de RH em aspectos técnicos, gerenciais, de sistema de informação e apoio laboratorial, um coordenador para o PCT no município com compromisso político em todas as instâncias de decisão e um financiamento com verba carimbada.

6. COMENTÁRIOS

Este capítulo poderá ser muito útil para se entender como as ações de controle da TB vão sendo incorporadas ou não na dinâmica das políticas de saúde. No transcorrer do texto, vai se perceber que houve uma tentativa de reorganização do controle da TB através de estratégias de descentralização das ações para os Estados e, depois, para os municípios. Essa descentralização efetivamente vem sendo posta em prática, com um avanço da implementação da estratégia DOTS a partir de 2003.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2003; 8 (2): 346-369.

BARREIRA IA. A enfermeira-Ananéri no “País do Futuro”; a aventura da luta contra a tuberculose. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: UFRJ, Escola de Enfermagem Anna Nery; 1993.

- BARROS E. Financiamento do sistema de saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto. In: Brasil, Ministério da Saúde SAS Projeto de desenvolvimento de sistema e serviços de saúde. OPAS. 2003.
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2002; 7(3): 401-412.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Dados de cobertura DOTS fornecidos pelo Ministério da Saúde em agosto, 2005a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SINAN, 2005b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde (SAS). Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002. Portaria 373 de 2002.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: Atlas; 1988, p.112-118.
- BRITO, J. S. A descentralização da gestão dos serviços de controle da malária no Brasil. Projeto de dissertação de mestrado. ENSP/FIOCRUZ março, 2002.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas do setor saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2001; 6(2) 319-328.

DYE C; WALT CJ; BLUD DB; WILLIANS BG. What is the limit to case detection under the Dots Strategy for tuberculosis control communicable Diseases. Wld Hlt Organiz, p.35-43. 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção da população do Brasil. Disponível em: [http:// www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/). Acesso em 29/Agosto/2005.

KRITSKI, AL; RUFFINO-NETTO, A. Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control. Int. J. Tuberc. Lung Dis.2000; 4(7):622-626.

LEVCOVITZ, Eduardo *et al.* Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. Ciência e Saúde Coletiva. 2001; 6 (2): 269-291.

MENDES, E.V. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda, RADIS comunicação em saúde. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/radis , set/2004.

MENDES, E.V. *Atenção primária a saúde no SUS*. Ceará: Escola de Saúde Pública, 2002. 92p.

MENDES, E.V. Os grandes dilemas do SUS. Salvador, Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

MENDES, E.V(org). A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. *In A organização da saúde no nível local*. São Paulo: Editora HUCITEC, 1998.

MENDES, E.V. (Org.) Distrito Sanitário: O processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HICITEC/ABRASCO, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período 2001-2005. Brasília, Dezembro de 2000, p.9.

- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA. Organização Mundial de Saúde. Reunion regional de directores nacionales de programas de control de la tuberculosis. Informe final. Ecuador, 1997.
- RUFFINO-NETTO, A. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. Informe Epidemiológico do SUS 2004; 10(3): 129-138.
- RUFFINO-NETTO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 2002; 35(1): 51-58.
- RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. IESUS, v. 10, n. 3, p.129-38, 2001.
- RUFFINO-NETTO, A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de tuberculose no Brasil. Boletim de Pneumologia Sanitária 1999; 7(1): 7-18.
- SOUZA, M.F. Gestão da Atenção Básica: redefinindo contexto e possibilidades. Rev. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, n.1, dez. 2000.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. Geneva: WHO, 2005. 65p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. An Expanded Dots Agência Brasil. No Dia Mundial de Luta contra a Tuberculose, Brasil tem pouco a comemorar. Disponível em: <http://www.tropinet.org/adCmsDocumentoShow.aspx?documento=349&Area=0> > (Acesso em 05/ abril/2004).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control. Stop TB Communicable Disease. WHO/CDS/TB/2002. 287p.

CAPÍTULO III

A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS NA MACRORREGIÃO CENTRO-OESTE



Neste capítulo, serão apresentados:

- antecedentes históricos do PCT na macrorregião Centro-Oeste;
- metodologia utilizada na implantação do DOTS nos serviços de saúde;
- resultados e discussão da implantação da estratégia DOTS na região;
 - sustentabilidade do projeto.

Aqui é apresentado um resumo da Dissertação de Mestrado de Ademir de Albuquerque Gomes, defendida na Universidade de Brasília, em 2004, intitulada “*Avaliação epidemiológica da implantação da estratégia do tratamento supervisionado (TS) da tuberculose na rotina dos serviços de saúde dos municípios prioritários da região Centro-Oeste, incluindo o Estado de Tocantins (1998-2001)*”. Capítulo preparado por Ademir de Albuquerque Gomes e Antonio Ruffino-Netto.

I. ANTECEDENTES

Em 1996, trabalhando na Área Técnica de Pneumologia Sanitária (ATPS) do Ministério da Saúde (MS), participei de uma oficina de trabalho em Caracas/Venezuela, organizada e patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização Pan-americana da Saúde (OPS). Nessa oficina, estavam presentes os coordenadores dos programas de controle da tuberculose dos países da Região das Américas. Durante a oficina, foram discutidos assuntos importantes a respeito da avaliação do controle da tuberculose nestes países, tais como, avaliação epidemiológica e operacional e principais avanços no controle da doença alcançado até o momento. Pela primeira vez, participei de grupos de discussão sobre a possibilidade de oferecer ao paciente um tratamento supervisionado (estratégia DOTS). Nesta ocasião, os representantes do Peru já haviam acumulado uma experiência nesta estratégia há quase cinco anos, com indicadores de resultado excelentes. Confesso que fiquei sensibilizado com a possibilidade de implantar esta estratégia em meu país, começando com uma área piloto para posterior avaliação e expansão.

Ao regressar, relatei o resultado da reunião às autoridades do programa nacional de controle da tuberculose do Ministério da Saúde. Imediatamente, iniciei contato por telefone com os profissionais responsáveis pelas coordenações estaduais do PCT dos Estados do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Tocantins e o Distrito Federal, todos fazendo parte da macrorregião centro-oeste. Ainda em 1996, o MS havia dividido o PCT por regiões: Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste, sendo esta última a mim confiada para a coordenação do PCT junto às Secretarias Estaduais de Saúde dos Estados a ela pertencentes.

Após esse primeiro contato telefônico, iniciamos uma pesquisa de material bibliográfico a respeito da estratégia DOTS para leitura e melhor compreensão deste assunto. Durante as visitas de supervisão internacional ao PNCT do MS por profissionais da OPS / OMS, procurava sempre conversar com estes profissionais a respeito da estratégia DOTS e sobre suas experiências reais na sua implantação nos países. Tudo o que foi aprendido, foi fundamental para fortalecer a nossa certeza e convicção de que a estratégia DOTS poderia com sucesso ser implantada em nosso meio. Ainda em 1996, fiz visitas aos Estados acima mencionados para reuniões com os profissionais para esclarecimento sobre a vantagem de supervisionar a tomada da medicação junto ao doente em comparação com o tratamento auto-administrado. Confesso que essa tarefa de sensibilizar os profissionais sobre essa nova maneira de cuidar do doente foi um início árduo e difícil, pois sempre eles alegavam, entre outros empecilhos, a falta

de tempo, o grande volume de atividades desenvolvidas nas unidades de saúde assim como o número em excesso de consultas, o baixo salário, entre outros. Consciente de tudo isso, assim mesmo, continuava insistindo na possibilidade de implantação da estratégia DOTS.

Em 1997, iniciamos uma maratona de treinamentos e capacitações para os profissionais de saúde, tanto aqueles de nível superior (médicos e enfermeiros) quanto os de nível médio (auxiliares de enfermagem). Nesses treinamentos, fazíamos uma abordagem geral a respeito da tuberculose, desde as características do agente etiológico, meios de transmissão, infecção, doença, tratamento e medidas de prevenção. Uma ênfase especial era dada ao tratamento de forma supervisionada. A aceitação da estratégia por parte dos treinandos era geral, difícil foi a implantação de fato no serviço. Vale a pena informar que, mesmo durante os treinamentos, alguns profissionais médicos, questionavam esta atividade alegando que era exclusivamente da enfermagem a tarefa de supervisionar a tomada da medicação do doente. Isso gerava polêmica durante os treinamentos e tínhamos que contornar da melhor maneira possível, o que muitas das vezes não era nada fácil.

Simultaneamente aos treinamentos, elaboramos o Livro de Registro do Sintomático Respiratório e a Ficha de Acompanhamento Diário da Tomada da Medicação Supervisionada que, assim como o Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose (livro preto), tornou-se instrumento de notificação indispensável nas unidades de saúde com atividades de diagnóstico e tratamento de tuberculose e elementos da estratégia DOTS.

Junto aos treinamentos/capacitações, conforme descritos acima, iniciamos também uma sensibilização dos gestores estaduais e municipais de saúde sobre a importância do tratamento supervisionado como forma de diminuir o abandono de tratamento e aumentar o percentual de cura dos doentes de tuberculose do município. Sempre fomos muito bem recebidos pelos gestores, os quais sempre colocavam as respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde à disposição para implantação da estratégia. Alguns deles solicitavam da parte do MS, algum tipo de recurso financeiro, alegando falta deste nos seus municípios. Tarefa, também, nem sempre fácil de resolver.

Sensibilizados os gestores estaduais e municipais de saúde e treinados os profissionais da rede básica de saúde nos seus diversos níveis hierárquicos, o próximo passo a ser dado seria a implantação da estratégia DOTS. Informo que entre sensibilizar, treinar e implantar, há uma diferença muito grande. Os profissionais sempre alegam que não estão suficientemente seguros para assumirem tal responsabilidade e os

argumentos são os mais diversos, desde questões salariais até a falta de infra-estrutura do serviço para tal empreendimento. Essa também é uma questão nem sempre fácil de solucionar por aqueles profissionais ou gestores que desejam implantar essa estratégia na rotina diária dos serviços de saúde.

Supervisões rotineiras e explanações sucessivas foram necessárias para vencer essa primeira barreira na implantação da estratégia. Tivemos muita paciência e perseverança para essa parte inicial do nosso trabalho.

Após um período de espera, finalmente, em março de 1998, fomos informados pela enfermeira do Centro de Saúde I Referência do município de Cuiabá /MT, do primeiro paciente diagnosticado com tuberculose e registrado na estratégia do tratamento supervisionado. Confesso que foi uma alegria muito grande para mim e para os profissionais daquele centro de saúde. Alegria geral. No final de 1998, primeiro ano da implantação, havia 66 pacientes registrados em tratamento supervisionado em toda a região centro-oeste.

Iniciamos o ano de 1999 com auto-estima, conhecimento e prática suficiente para a implementação da estratégia DOTS em outros serviços de saúde dos municípios prioritários dos Estados da região centro-oeste e demais.

Junto às secretarias estaduais e municipais de saúde desses Estados, elaboramos um cronograma de supervisões trimestrais nos serviços de saúde com a estratégia do tratamento supervisionado da tuberculose. Nessa ocasião, era avaliada a qualidade do DOTS implantado através do estudo de coorte e demais variáveis utilizadas para avaliação do PCT. Também foi uma tarefa gratificante embora difícil, tendo em vista a alta rotatividade dos profissionais de saúde, o que nos levava, quase sempre, a começar tudo do começo em relação aos ensinamentos feitos durante os treinamentos. A rotatividade dos profissionais é uma realidade e devemos sempre contar com esta possibilidade. Em nossas visitas de supervisão àquele serviço de saúde, foi uma constatação quase freqüente a informação, pelos funcionários, de que a enfermeira e/ou o médico treinados no PCT/DOTS haviam se mudado para outro serviço e até para outro município. O motivo, quase sempre, também era a questão salarial, sendo este também mais um problema enfrentado na implantação e manutenção da estratégia no serviço de saúde. Outro problema, também observado na supervisão, era que a estratégia DOTS ainda não havia sido implantada porque o médico já treinado não dispunha de tempo necessário para atender o paciente durante a jornada de trabalho e a enfermeira não assumiria esta responsabilidade sozinha. Esse fato também dificulta e até inviabiliza a implantação da estratégia. Entendemos que o compromisso é político e depende, fundamentalmente, do trabalho da equipe multiprofissional para a melhora do serviço de

saúde como um todo, incluindo o programa de controle da tuberculose.

Não foram poucos os treinamentos que tivemos de realizar conjuntamente com as secretarias estaduais e municipais de saúde para atender os novos profissionais, em substituição àqueles anteriormente treinados que, por motivos pessoais e/ou profissionais, tiveram de mudar para outra localidade. Para a manutenção da qualidade da estratégia DOTS, é necessário e fundamental termos um plano permanente de capacitação para os profissionais e um cronograma de supervisão sistemática e periódica aos serviços de saúde.

No início, alegando falta de tempo, a maioria dos serviços de saúde incluía, para tratamento supervisionado, apenas aqueles pacientes muito debilitados fisicamente, com diagnóstico avançado da doença, estado geral bastante comprometido, sem residência fixa (sem teto) e quase sempre com a co-infecção HIV/TB. Esta atitude, por si só, já selecionava, para tratamento supervisionado, um grupo de pacientes considerados de alto risco para óbito ou abandono de tratamento, fato constatado posteriormente pelas análises de coorte. Outra tarefa difícil foi sensibilizar os profissionais para incluírem na estratégia DOTS não somente os doentes em estado geral grave, mas todos os casos de tuberculose, principalmente, os pulmonares positivos à baciloscopia para diagnóstico. Tarefa também não muito fácil no início da implantação da estratégia.

Todos estes problemas enfrentados no início da implantação foram úteis para o nosso aprimoramento, aumentando a nossa confiança no manejo adequado da estratégia DOTS.

No decorrer do tempo, durante as avaliações das coortes, era visível a diferença, para melhor, do resultado do tratamento supervisionado quando comparado ao auto-administrado. Esse fato sempre era fundamental para sensibilizarmos outros profissionais e serviços de saúde e os conscientizarmos de que todo o esforço na implantação da estratégia do tratamento supervisionado era compensado quando a avaliação do resultado da cura do paciente era sempre superior a 85%.

Algumas declarações (das quais me lembro) antes e depois da implantação da estratégia do tratamento supervisionado (DOTS):

ANTES DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS:

- Enfermeiro / atendente – *“eu já tenho muitas atividades para realizar (cita os programas que estão sob sua responsabilidade) e agora ainda tenho de dar remé-*

dio na boca do doente?”

- Enfermeiro / atendente – *“estou no programa de tuberculose há muito tempo e sempre o doente levou a medicação para tomar em casa. Por que mudar agora?”*
- Enfermeiro / atendente – *“não vejo necessidade de ficar olhando o paciente tomar a medicação. Afinal de contas ele é adulto e não uma criança”.*
- Enfermeiro / atendente – *“nós temos que confiar que ele toma a medicação que leva para casa”.*
- Enfermeiro / atendente – *“eu não acredito que o doente venha tomar a medicação todos os dias aqui na unidade de saúde”.*
- Enfermeiro / atendente – *“não vou olhar marmanjo nenhum tomar medicação. O interesse é dele”.*
- Enfermeiro / atendente / médico – *“isto é muito paternalismo”.*
- Enfermeiro / atendente – *“se eu fosse o paciente não queria que alguém me visse tomar os remédios”.*
- Enfermeiro / médico – *“aqui não tem lugar adequado para oferecer/supervisionar a tomada da medicação”.*
- Atendente / auxiliar – *“não tem como ir até a casa do paciente devido à sobrecarga de serviço”.*
- Enfermeiro / atendente – *“É preciso ter algo a oferecer ao paciente – vale transporte, leite...”*
- Enfermeiro / atendente – *“O paciente não tem como pagar o transporte para vir à unidade de saúde”.*

DEPOIS DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS:

- Enfermeiro / atendente – *“realmente o tratamento supervisionado é melhor”.*
- Enfermeiro / atendente – *“antes os pacientes abandonavam muito e agora é difícil eles abandonarem o tratamento”.*
- Enfermeiro / atendente – *“eu fico feliz quando vejo que o paciente melhorou, engordou, está mais disposto e já voltou a trabalhar”.*
- Agente comunitário da saúde – *“o paciente que eu acompanho me chama de doutora e sou respeitada em sua casa”.*
- Agente comunitário de saúde – *“tem paciente que é mais difícil, mas com jeitinho a gente consegue fazer o tratamento supervisionado”.*
- Agente comunitário de saúde – *“eu iniciei o tratamento supervisionado com*

o meu paciente direitinho e depois de algum tempo ele foi preso, assim mesmo eu continuei levando a medicação dele na prisão”.

- Agente comunitário de saúde – *“passada a primeira fase do tratamento e agora que o paciente está bem, eu vou continuar até o fim do tratamento vendo ele tomar a medicação direitinho”.*
- Agente comunitário de saúde (passados os dois primeiros meses de tratamento) – *“agora que ele está bem, engordou, eu vou continuar vendo ele tomar os remédios do mesmo jeito. Se parar, ele pode abandonar”.*
- Enfermeiro / atendente – *“eu aconselho que todos os pacientes façam tratamento supervisionado para que eu possa acompanhar melhor o caso”.*
- Atendente – *“eu chego cedo e arrumo a medicação direitinho e quando o paciente chega, eu vejo ele tomar a medicação, aí eu dou o leite e a bolacha para ele comer”.*
- Atendente – *“sexta-feira eu arrumo a medicação para sábado e domingo e entrego para o paciente tomar em casa”.*
- Paciente – *“se não fosse a insistência da enfermeira para eu continuar vindo aqui todos os dias para tomar a medicação supervisionada, eu já teria abandonado o tratamento, principalmente agora que eu estou bem”.*

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo analítico de coorte que analisa dados secundários levantados pelo pesquisador. Tendo em vista a alta carga de tuberculose, a área de abrangência incluiu 27 municípios considerados prioritários, pertencentes aos Estados do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Tocantins e Distrito Federal. Os critérios para a seleção desses municípios foram os mesmos utilizados pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS/MS), por ocasião do lançamento do Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose (PECT), em 1996.

Foram selecionados cinco municípios do Estado de Mato Grosso, seis do Estado de Mato Grosso do Sul, sete do Estado de Goiás e quatro do Estado de Tocantins. Foram incluídos também Asa Norte, Asa Sul - de Brasília -, Gama, São Sebastião, Planaltina e Ceilândia. Esses municípios e regiões juntos notificam aproximadamente 75% dos casos de tuberculose em toda a região Centro-Oeste.

Em 1997, uma equipe de técnicos da CNPS/MS, composta de dois médicos e uma enfermeira, realizou, junto às secretarias estaduais e municipais de saúde, uma

avaliação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) dos Estados de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás, incluindo a visita a dez municípios e a vinte serviços de saúde. Foram analisados 1.540 prontuários médicos de pacientes com diagnóstico de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, que iniciaram tratamento em 1995 e 1996. Essa avaliação operacional serviu de linha de base para a pré-implantação da estratégia do tratamento supervisionado na região.

No presente estudo, foram incluídos, para avaliação do impacto da estratégia do tratamento supervisionado (TS), tendo em vista sua importância como fonte de infecção, exclusivamente os casos novos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva no momento do diagnóstico, nos pacientes com idade maior ou igual a 15 anos, notificados no período de 1998 a 2000. A definição para caso novo de tuberculose pulmonar positiva seguiu a mesma recomendação estabelecida nas normas nacionais para o controle da tuberculose do Ministério da Saúde (MS, 2002c).

Foram excluídos os casos com diagnóstico de tuberculose pulmonar e baciloscopia negativa no diagnóstico, os casos de tuberculose extrapulmonar, as recidivas após cura e os casos de retorno após abandono de tratamento, assim como os casos de tuberculose de qualquer forma clínica na população menor de 15 anos. Foram excluídos também os casos de tuberculose pulmonar positiva com diagnóstico confirmado somente por meio da cultura de escarro. O acompanhamento clínico, laboratorial, os critérios para encerramento do tratamento e a conduta quanto ao controle dos comunicantes e demais ações seguiram as recomendações da Área Técnica de Pneumologia Sanitária (ATPS) da Secretaria de Vigilância e Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS), destinadas aos serviços de saúde que desenvolvem ações do PCT no país (MS, 2002c).

Adotou-se o mesmo esquema de tratamento recomendado pelo Ministério da Saúde para os casos novos de tuberculose de todas as formas, pulmonar e extrapulmonar, o Esquema I (2RHZ/4RH), composto pela rifampicina (R), isoniazida (H) e pirazinamida (Z), durante dois meses (primeira fase), seguido de rifampicina (R) e isoniazida (H) por mais quatro meses (segunda fase), com tomada diária da medicação (MS, 2002c).

Na implantação da estratégia do tratamento supervisionado, foram mantidas as rotinas diárias dos serviços da rede básica de saúde, incluindo as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Agente Comunitário de Saúde (PACS). Todo o processo de sensibilização, implantação e implementação dessa estratégia foi realizado por técnicos da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) no Brasil, em estreita parceria com o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais e municipais de saúde que participaram do estudo. Houve uma preocupação constante quanto às possíveis

limitações na implantação dessa estratégia em decorrência de determinadas situações políticas, sociais, de recursos humanos e da própria organização e estrutura dos serviços de saúde.

Para a estratégia do tratamento supervisionado, foi recomendado que, nos dois primeiros meses do tratamento, isto é, na primeira fase, a supervisão fosse feita de segunda a sexta-feira (OMS, 1997). Aos sábados e domingos, seria fornecida a medicação, com o paciente recebendo orientação para tomá-la em seu domicílio, seguindo as regras do serviço de saúde. Nos quatro meses restantes, que compreendem a segunda fase, a supervisão da tomada da medicação seria feita pelo menos uma vez por semana. A estratégia do tratamento supervisionado poderia ser feita, pelo agente comunitário de saúde, no próprio serviço de saúde ou em domicílio. A participação de um líder comunitário ou de um membro da família nessa atividade não foi a mais recomendada. Para aqueles pacientes que, após esclarecimento pela equipe de saúde, concordaram em fazer o tratamento de forma supervisionada, não foi necessária a assinatura de “contratos” para comparecerem regularmente ao serviço. Os incentivos para o fornecimento de cesta básica ao final de cada mês de tratamento, lanche a cada ida ao serviço e, também, o fornecimento de vale-transporte (PINHO & NOGUEIRA, 2001) ficaram a critério de cada serviço ou do próprio gestor municipal, dependendo dos recursos existentes.

A situação mundial da tuberculose está ligada à pobreza, à má-distribuição de renda e à urbanização acelerada, contribuindo para a manutenção do ciclo vicioso da doença. Mesmo sabendo da importância desses incentivos quando destinados, principalmente, a pacientes selecionados, optou-se por não colocá-los neste projeto como condição indispensável para a implantação da estratégia. Essa decisão foi tomada tendo em vista a questão da sustentabilidade futura da estratégia DOTS no país.

Para os pacientes que, mesmo após a orientação e esclarecimento pelas equipes de saúde a respeito da estratégia, optaram pelo tratamento auto-administrado, foi-lhes assegurado o fornecimento regular das drogas tuberculostáticas, seguindo-se integralmente todas as recomendações da ATPS/SVS/MS para os pacientes em tratamento auto-administrado.

A recomendação da ATPS/SVS/MS para o tratamento supervisionado é de que a supervisão da tomada da medicação seja feita com pelo menos três observações semanais nos dois primeiros meses e uma observação por semana até seu final (MS, 2002c).

Como fonte de dados primários para análise do impacto do tratamento supervisionado comparado ao tratamento auto-administrado, foram utilizadas, neste

estudo, exclusivamente as informações disponíveis no Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose, recomendado pela ATPS/SVS/MS como instrumento que possibilita a avaliação da efetividade do tratamento da tuberculose em nível local (MS, 1999). Os dados foram analisados e consolidados trimestralmente durante supervisões periódicas por técnicos da OPAS, do MS, das secretarias estaduais e municipais de saúde e do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) dos 27 municípios priorizados no estudo. Em todas essas avaliações, foi fundamental a participação dos profissionais envolvidos nas ações do PCT desses municípios.

Em uma primeira etapa, todos os casos de tuberculose registrados no Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose dos anos de 1998 a 2001 foram revistos manualmente para a verificação de possíveis inconsistências. Algumas vezes, foi solicitado à unidade de saúde notificante esclarecimento quanto à idade do paciente, sexo, data de início e término do tratamento, assim como a forma clínica da doença. Após esse processo manual de seleção, foram digitadas 10.094 fichas no Programa Epi Info versão 6.0 para posterior avaliação e análise.

Concluída a fase de digitação, iniciou-se outra seleção dos dados, dessa vez, para eliminar (i) duplicidades de registros decorrentes tanto da unidade de saúde notificante quanto da digitação, (ii) casos de transferência para outro serviço e (iii) pacientes que iniciaram tratamento entre 1997 e 2002. Foram considerados como transferidos apenas os pacientes cujo desfecho final não era conhecido pelo serviço que inicialmente diagnosticou o caso (MS, 2002c).

Eliminadas essas inconsistências, foi selecionado um total de 7.882 fichas de casos de tuberculose de todas as formas, registrados pelos 27 municípios no período de 1998 a 2001. Desse total, 4.085 foram da forma pulmonar positiva, sendo 3.630 apenas os casos novos. Neste estudo, foram considerados 3.544 casos novos de tuberculose pulmonar com baciloscopia positiva no diagnóstico, em pacientes com idade maior ou igual a 15 anos, utilizando-se o Esquema I. Quanto ao critério de diagnóstico, dos 3.544 casos, 3.408 (96,2%) atendem aos critérios de definição de casos de tuberculose pulmonar positiva do Ministério da Saúde e 136 (3,8%) foram assim considerados quando apresentavam apenas uma baciloscopia de diagnóstico positiva, sem a realização da cultura ou que apresentassem, no exame radiológico do tórax, uma imagem sugestiva de tuberculose, segundo os critérios do Ministério da Saúde (MS, 2002c).

Na avaliação geral, foram utilizados dados secundários fornecidos pela Área Técnica de Pneumologia Sanitária (ATPS) da Secretaria de Vigilância e Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS). Como parte desse projeto, foram elaborados, pela OPS/Brasil, o Livro de Registro do Sintomático Respiratório e a Ficha de Acompanhamento da

Tomada Diária da Medicação, ambos implantados na área do estudo. Esses dois instrumentos de registros são de fácil preenchimento e possibilitam às equipes de saúde avaliar, de forma conjunta e periódica, as ações do PCT em nível local.

Os indicadores epidemiológicos de desfecho ou de resultado do tratamento aqui utilizados, como cura, que completaram tratamento, abandono, óbito, transferência e falência, são os mesmos recomendados pela ATPS/SVS/MS (MS, 2002c). O sucesso do tratamento, uma recomendação da OMS e adotado neste estudo, resulta da soma dos pacientes que receberam alta por cura mais aqueles que completaram o tratamento, expressos como porcentagem do número de casos registrados na coorte (WHO, 2003b). De acordo com os critérios estabelecidos pela OMS e pela International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) e também recomendados pelo Ministério da Saúde, a cura será considerada para um paciente que, inicialmente, apresenta baciloscopia positiva no diagnóstico e que, durante o tratamento, mostra no mínimo duas baciloscopias negativas, sendo uma na fase de acompanhamento e outra no final, na altura do quinto e do sexto mês. A alta porque “completou o tratamento” será dada com base em critérios clínicos e radiológicos, quando o paciente não tiver realizado a baciloscopia, por ausência de expectoração, e tiver alta com base na evolução clínica e nos exames complementares, assim como para os casos de tuberculose pulmonar inicialmente negativos e os casos de tuberculose extrapulmonar. Os demais critérios para encerramento do tratamento nas unidades de saúde encontram-se descritos nas normas nacionais para o controle da tuberculose (MS, 2002c).

A análise das diferenças entre as proporções encontradas para os diversos indicadores, como realização das baciloscopias, sua negativação durante o controle do tratamento e para os indicadores de resultado, foi realizada utilizando o Teste Chi² Mantel-Haenszel e calculando os Riscos Relativos (RR) e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. O nível de significância considerado foi de $p < 0,05$.

Com o objetivo de verificar a possível influência de outras variáveis nos indicadores de resultado, foi realizada uma análise multivariada, utilizando o Modelo Linear Generalizado Binomial. Diversos fatores, como a realização da baciloscopia de controle no segundo, no quarto e no sexto mês, a complexidade do serviço, a realização do teste HIV, o sexo e a idade dos pacientes foram incluídos no modelo. Esse método foi aplicado em dois momentos: inicialmente, tomando como variável de desfecho a cura; posteriormente, o sucesso do tratamento. Foi utilizada a função *glm* (*general linear model*) do programa estatístico R, de domínio público. As variáveis foram adicionadas sequencialmente, seguidas das interações de cada uma delas com a variável de resultado (cura ou desfecho). O modelo final selecionado incluiu as variáveis

que produziam maior decréscimo do desvio residual, isto é, variáveis que explicam, em maior grau, os desfechos em conjunto com o tipo de tratamento, considerando os valores p do teste de Wald e da estatística χ^2 dos coeficientes estimados. A adequação do modelo (qualidade do ajuste) foi avaliada tomando-se como critério o grau de significância (valor p) da estatística χ^2 do teste de Hosmer-Lemeshow para rejeição da hipótese nula.

3. RESULTADOS

Neste estudo, foram considerados os 3.544 casos novos de tuberculose pulmonar positiva em pacientes com idade maior ou igual a 15 anos, com a utilização do Esquema I (2RHZ/4RH). Desses, 852 (24,0%) foram diagnosticados no ano de 1998; 947 (26,7%) em 1999; 746 (21,0%) em 2000; e 999 (28,2%) em 2001. Dos 3.544 casos, 17,3% foram diagnosticados no Distrito Federal; 18,5% no Estado de Goiás; 28,3% no Estado de Mato Grosso do Sul; 31,6% no Estado de Mato Grosso; e 4,3% no Estado de Tocantins (Tabela 1).

Foram definidos dois níveis de complexidade para a classificação dos serviços de saúde. Do total de pacientes do estudo, 64,0% foram tratados em serviços de baixa complexidade, isto é, centros de saúde, e 36,0% em serviços de alta complexidade (Tabela 1). Dos 644 casos em tratamento supervisionado, 511 (79,3%) foram atendidos em serviços de baixa complexidade, em comparação com os 2.900 casos em tratamento auto-administrado, dos quais 1.757 (60,6%) foram atendidos nesses serviços, mostrando uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2_{MH} = 80,48$; $p < 0,05$). Foi considerado de alta complexidade o serviço com médico tísio-pneumologista, laboratório no local para a realização da baciloscopia e/ou serviço de radiologia.

Dos 3.544 casos, 62,4% foram do sexo masculino e 37,6% do sexo feminino (Tabela 1). Dos 644 casos em tratamento supervisionado, 62,9% foram do sexo masculino e 37,1%, do sexo feminino. No tratamento auto-administrado, dos 2.900 casos, 62,3% foram do sexo masculino e 37,7%, do sexo feminino. A idade variou de 15 a 97 anos (média = 39,1; desvio padrão = 16,1; mediana = 36,0).

Quanto ao resultado do exame radiológico de tórax no momento do diagnóstico, para os 3.544 casos, 89,4% apresentavam imagem radiológica sugestiva de tuberculose; para 0,5%, o resultado foi normal; 9,7% não tinham realizado o exame; e 0,4% apresentava imagem radiológica sugestiva de outras pneumopatias (Tabela 1). Dos 644 casos em tratamento supervisionado, 86,8% apresentavam imagem radiológi-

ca sugestiva de tuberculose; em 0,2%, o resultado foi normal; 12,9% não tinham realizado o exame e 0,2% apresentava imagem radiológica sugestiva de outras pneumopatias. Dos 2.900 casos em tratamento auto-administrado, 90,0% apresentavam imagem radiológica sugestiva de tuberculose; em 0,6%, o resultado foi normal; 9,0% não tinham realizado o exame e 0,4% apresentava imagem radiológica sugestiva de outras pneumopatias. Com relação à realização ou não do teste sorológico anti-HIV no momento do diagnóstico de tuberculose, dos 3.544 pacientes, 3,6% apresentaram resultado positivo; em 15,1%, o resultado foi negativo e 81,3% não tinham realizado o teste HIV (Tabela 1). Dos 644 pacientes em tratamento supervisionado, 2,8% apresentaram resultado do teste positivo; em 17,5%, o resultado foi negativo e, em 79,7%, o teste não foi realizado. Dos 2.900 pacientes em tratamento auto-administrado, 3,8% apresentaram resultado do teste positivo; em 14,6%, o resultado foi negativo e, em 81,6%, o teste não foi realizado.

Em média, foram realizadas de duas a três baciloscopias de acompanhamento do tratamento (média = 2,47; desvio padrão = 1,73; mediana = 3,0). No total de 3.544 casos, 20% não tinham realizado nenhuma baciloscopia de acompanhamento (Tabela 2). Observa-se que, dos 644 casos em tratamento supervisionado, 5,1% não tinham realizado nenhuma baciloscopia de acompanhamento. Para os 2.900 casos em tratamento auto-administrado, esse percentual foi de 23,3%.

Do total de 3.544 casos, 396 (11,2%) tinham realizado apenas uma baciloscopia de acompanhamento do tratamento; 1.556 (43,9%), de duas a três; e 884 (24,9%), mais de três baciloscopias de acompanhamento. Dos 644 casos em tratamento supervisionado, 51 (7,9%) tinham realizado uma baciloscopia de acompanhamento; 375 (58,2%), entre 2 e 3; e 185 (28,7%), mais de 3 baciloscopias. Em contraste, dos 2.900 casos em tratamento auto-administrado, 345 (11,9%) tinham realizado uma baciloscopia de acompanhamento; 1.181 (40,7%), de duas a três; e 699 (24,1%), mais de três baciloscopias.

Na Tabela 2, observa-se um percentual geral de negatificação da baciloscopia no segundo, no quarto e no sexto mês de 57,7%, 52,8%, e 54,0%, respectivamente. Quanto à realização da baciloscopia de acompanhamento, segundo a forma de tratamento, os percentuais de realização desse exame foram de 77,8%, 68,3% e 74,5%, e de 59,7%, 50,8% e 50,2% respectivamente, mostrando uma diferença estatisticamente significativa (Tabela 4).

Com relação à realização da cultura do escarro no diagnóstico de tuberculose pulmonar, dos 3.544 pacientes, 165 (4,7%) apresentaram resultado positivo; em 53 (1,5%), o resultado foi negativo e 3.326 (93,8%) não tinham realizado o exame. Dos 644

pacientes em tratamento supervisionado, 47 (7,3%) apresentaram resultado positivo; em 20 (3,1%), o resultado foi negativo; e, em 577 (89,6%), a cultura do escarro não tinha sido realizada. Dos 2.900 pacientes em tratamento auto-administrado, 118 (4,1%) apresentaram resultado positivo; em 33 (1,1%), o resultado foi negativo e 2.749 (94,8%) não tinham realizado o exame.

Quanto ao resultado do tratamento, dos 644 pacientes em tratamento supervisionado, 84,5% tiveram alta por cura; 10,2% completaram o tratamento; 1,6% abandonou; 1,6% foi a óbito e 2,2% foram transferidos (Tabela 3). Não foram registrados casos de falência do tratamento. O sucesso do tratamento foi de 94,7%, superior aos resultados encontrados por ZALESKY (1999). Para os 2.900 pacientes em tratamento auto-administrado, 56,6% tiveram alta por cura; 13,2% completaram o tratamento; 12,3% abandonaram o tratamento; 4,6% foram a óbito; 12,4% foram transferidos e 0,9% teve falência do tratamento. O sucesso do tratamento foi de 69,8%. Todas as diferenças nas proporções foram estatisticamente significantes.

Quanto à realização da baciloscopia de acompanhamento do tratamento, os pacientes em tratamento supervisionado tiveram maiores proporções de realização desse exame em comparação com os pacientes em tratamento auto-administrado. As diferenças observadas foram estatisticamente significantes (Tabela 4). Quando comparada a negatificação da baciloscopia de acompanhamento entre pacientes em tratamento supervisionado e pacientes em tratamento auto-administrado, não houve diferenças significativas nas proporções quando calculadas em relação aos pacientes que realizaram o exame (Tabela 5). Quando os cálculos dessas proporções, porém, foram realizados tomando como denominador o total de pacientes de cada grupo, houve diferença estatisticamente significativa (Tabela 5).

A probabilidade de cura foi ligeiramente maior para indivíduos do sexo feminino e tal diferença foi estatisticamente significativa (RR = 1,08; IC 95% = 1,02-1,13; p = 0,006). Em contraste, a probabilidade de completar o tratamento foi semelhante para ambos os sexos (RR = 1,12; IC 95% = 0,94-1,33; p = 0,22). Em relação à idade, a probabilidade de cura foi ligeiramente maior para indivíduos com menos de 40 anos, mas essa diferença não foi significativa do ponto de vista estatístico (RR = 1,02; IC 95% = 0,97-1,08; p = 0,44). Um efeito semelhante foi observado em relação à probabilidade de ter completado o tratamento quando comparadas as duas faixas etárias descritas acima (RR = 1,08; IC 95% = 0,91-1,29; p = 0,39). Quanto à complexidade do serviço, indivíduos tratados em serviços de maior complexidade tiveram proporções de cura significativamente maiores do que aqueles tratados em unidades básicas de saúde (RR = 1,09; IC 95% = 1,03-1,15; p = 0,002). A probabilidade de ter completado

o tratamento não se mostrou associada com significância estatística à complexidade da unidade (RR = 1,17; IC 95% = 0,97-1,41; $p = 0,09$).

A análise das variáveis independentes quanto a sua capacidade de explicar a variação da variável cura, além da forma de tratamento, ao ser introduzida no Modelo Linear Generalizado Binomial, mostrou maior força de redução do desvio residual da realização da baciloscopia no sexto mês ($p < 2, 2 \times 10^{-16}$). Outras variáveis que mostraram força de redução desse desvio foram as realizações da baciloscopia no segundo e no quarto mês ($p < 2, 2 \times 10^{-16}$) e, em menor grau, quanto a sexo ($p = 0,006$), complexidade do serviço ($p = 0,002$) e idade ($p = 0,01$).

Uma análise semelhante, utilizando-se o mesmo modelo, foi utilizada para verificar a influência de variáveis independentes no sucesso terapêutico, além da forma de tratamento. As variáveis que mostraram força na redução do resíduo foram as mesmas, seguindo seqüência idêntica: realização da baciloscopia no sexto mês ($p < 2 \times 10^{-16}$), no quarto mês ($p = 1,01 \times 10^{-13}$), no segundo mês ($p = 5,3 \times 10^{-7}$), quanto a sexo ($p = 0,003$), idade ($p = 0,003$) e grau de complexidade do serviço ($p = 0,047$).

4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Dos 3.544 casos de tuberculose pulmonar positiva deste estudo, o maior percentual (31,6%) foi diagnosticado no Estado de Mato Grosso e o menor, no Estado de Tocantins (4,3%). Os serviços considerados de baixa complexidade, incluídos principalmente os centros de saúde, foram responsáveis por 64,0% do atendimento geral dos pacientes com tuberculose, embora, em 36,0% dos casos, os pacientes fossem atendidos em hospitais e/ou serviços de referência.

Para os pacientes em tratamento supervisionado, 79,3% foram atendidos nos serviços da rede básica de saúde, ao passo que, para os pacientes em tratamento auto-administrado, esse percentual foi de 60,6%, mostrando diferença estatisticamente significativa. No total de casos do estudo, houve um predomínio da doença em pacientes do sexo masculino, não havendo diferença entre tratamento supervisionado e auto-administrado. A idade variou de 15 a 97 anos, com média de 39,1. O resultado do exame radiológico de tórax realizado no momento do diagnóstico mostrou que 89,4% apresentavam imagem radiológica sugestiva de tuberculose. É importante informar que o exame radiológico é auxiliar no diagnóstico de tuberculose, justificando-se sua utilização nos casos suspeitos. O exame radiológico permite a seleção de portadores de imagens sugestivas de tuberculose, sendo indispensável submeter essas pessoas

a exame bacteriológico. Não é aceitável, exceto em crianças, o diagnóstico de tuberculose pulmonar sem a investigação do agente causal por meio da baciloscopia de escarro. O exame radiológico em pacientes com baciloscopia positiva tem como função principal a exclusão de doença pulmonar associada que necessite de tratamento concomitante, além de permitir a avaliação da evolução radiológica do paciente (MS, 2002d). Quanto à realização do teste sorológico anti-HIV no momento do diagnóstico de tuberculose, 81,3% dos pacientes não tinham realizado esse exame. A realização do teste HIV nos pacientes com diagnóstico de tuberculose é fundamental na orientação quanto ao esquema de tratamento e acompanhamento do doente.

No total dos pacientes do estudo, 93,8% não realizaram a cultura de escarro concomitante com a baciloscopia no momento do diagnóstico. Segundo as normas do Ministério da Saúde, a cultura é indicada para pacientes suspeitos de tuberculose pulmonar persistentemente negativo ao exame direto de escarro e para o diagnóstico de formas extrapulmonares (MS, 2002c).

Quanto ao resultado do tratamento, os pacientes submetidos à estratégia do tratamento supervisionado obtiveram percentuais de cura e de sucesso do tratamento superiores aos de pacientes tratados de forma auto-administrada. Esses percentuais são também superiores aos publicados pelo relatório da OMS, de 2003, referentes aos dados notificados em 2000 (WHO, 2003a). O resultado do tratamento aqui apresentado é semelhante ao encontrado por PINHO & NOGUEIRA (2001) E MUNIZ & VILLA (2002).

Neste estudo, a estratégia do tratamento supervisionado mostrou-se mais efetiva em todas as variáveis, principalmente, as que envolvem a conclusão do tratamento. Houve uma melhora nos indicadores epidemiológicos da tuberculose, tornando factível sua implantação na rotina diária dos serviços da rede básica de saúde. Como forma de avaliação do desempenho das ações do programa de controle da tuberculose, foi estabelecido um cronograma regular de supervisão trimestral a esses municípios. Nessa atividade, contou-se com a participação de técnicos do Ministério da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde dos Estados e municípios que participaram deste estudo. É necessário um trabalho coordenado entre o programa de controle da tuberculose dos Estados e municípios, as coordenações estaduais e municipais de laboratórios e os programas de saúde da família e do agente comunitário de saúde na descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose. Dessa maneira, será possível levar o serviço para mais perto da residência do paciente, tornando viável a implantação da estratégia do tratamento supervisionado.

TABELA I

Distribuição dos pacientes com tuberculose pulmonar e baciloscopia positiva no diagnóstico, com idade maior ou igual a 15 anos, em uso do Esquema I (2RHZ/4RH).

Região Centro-Oeste, 1998-2001

VARIÁVEL	NÚMERO	PERCENTUAL
Estado		
DF	613	17,3
GO	655	18,5
MS	1.002	28,3
MT	1.121	31,6
TO	153	4,3
Total	3.544	100,0
Complexidade		
Baixa	2.268	64,0
Alta	1.276	36,0
Total	3.544	100,0
Sexo		
Masculino	2.211	62,4
Feminino	1.333	37,6
Total	3.544	100,0
RX Tórax no diagnóstico		
Suspeito	3.168	89,4
Normal	19	0,5
Não realizado	344	9,7
Outras pneumopatias	13	0,4
Total	3.544	100,0
Realização Teste HIV		
Positivo	128	3,6
Negativo	536	15,1
Não realizado	2.880	81,3
Total	3.544	100,0

Fonte: Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose - MS.

TABELA II

Realização da baciloscopia de acompanhamento do tratamento.

Municípios prioritários da região Centro-Oeste, incluindo Tocantins, 1998-2001.

		NÚMERO	PERCENTUAL
Número de baciloskopias realizadas	Nenhuma	708	20,0
	1	396	11,2
	2	489	13,8
	3	1.067	30,1
	4	427	12,0
	5	271	7,6
	6	186	5,2
TOTAL		3.544	100,0
Baciloscopia 2º mês	Negativa	2.044	57,7
	Positiva	189	5,3
	Não realizada	1.311	37,0
TOTAL		3.544	100,0
Baciloscopia 4º mês	Negativa	1.870	52,8
	Positiva	44	1,2
	Não realizada	1.630	46,0
TOTAL		3.544	100,0
Baciloscopia 6º mês	Negativa	1.914	54,0
	Positiva	21	0,6
	Não realizada	1.609	45,4
TOTAL		3.544	100,0

Fonte: Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose - MS.

TABELA III

Resultados do tratamento, segundo a estratégia supervisionada (TS) e auto-administrada (TAA).

Municípios prioritários da região Centro-Oeste, incluindo Tocantins, 1998-2001.

	Nº	%	RR(IC 95%)	VALOR P [*]	SIGNIFICÂNCIA
Cura					
TS	544	84,5	1,49 (1,43 - 1,52)	$<1 \times 10^{-7}$	S
TAA	1.641	56,6			
Completo tratamento					
TS	10	1,6	0,13 (0,07 - 0,24)	$<1 \times 10^{-7}$	S
TAA	356	12,3			
Abandono					
TS	10	1,6	0,13 (0,07 - 0,24)	$<1 \times 10^{-7}$	S
TAA	356	12,3			
Óbito					
TS	10	1,6	0,34 (0,18 - 0,64)	0,00036	S
TAA	134	4,6			
Transferência					
TS	14	2,2	0,18 (0,10 - 0,30)	$<1 \times 10^{-7}$	S
TAA	359	12,4			
Sucesso do Tratamento					
TS	610	94,7	1,36 (1,32 - 1,40)	$<1 \times 10^{-7}$	S
TAA	2.025	69,8			

Fonte: Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose - MS.

* Teste Chi² Mantel-Haenszel

TABELA IV

Realização da baciloscopia de acompanhamento segundo a forma de tratamento, supervisionado (TS) ou auto-administrado (TAA).

	Nº	%	RR(IC 95%)	VALOR P*	SIGNIFICÂNCIA
Baciloscopia no 2º mês					
TS	501	(77,8)	1,3 (1,24 - 1,37)	$< 1 \times 10^{-7}$	S
TAA	1.732	(59,7)			
Baciloscopia no 4º mês					
TS	440	(68,3)	1,34 (1,26 - 1,43)	$< 1 \times 10^{-7}$	S
TAA	1.474	(50,8)			
Baciloscopia no 6º mês					
TS	480	(74,5)	1,48 (1,4 - 1,57)	$< 1 \times 10^{-7}$	S
TAA	1.455	(50,2)			
Baciloscopia no 5º ou 6º mês					
TS	505	(78,4)	1,41 (1,34 - 1,45)	$< 1 \times 10^{-7}$	S
TAA	1.613	(55,6)			

Fonte: Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose - MS.

* Teste Chi² Mantel-Haenszel

TABELA V

Negativação de baciloscopia de acompanhamento segundo a forma de tratamento, supervisionada (TS) e auto-administrada (TAA).

	Nº	%	RR(IC 95%)	VALOR P*	SIGNIFICÂNCIA
Baciloscopia no 2º mês (R)					
TS	456	(91,1)	0,99 (0,96 - 1,02)	0,63	NS
TAA	1.588	(91,7)			
Baciloscopia no 2º mês (T)					
TS	456	(70,8)	1,29 (1,22 - 1,37)	$p < 1 \times 10^{-7}$	S
TAA	1.588	(54,7)			
Baciloscopia no 4º mês (R)					
TS	435	(98,8)	1,02 (1,00 - 1,03)	0,063	NS
TAA	1.435	(97,3)			
Baciloscopia no 4º mês (T)					
TS	435	(67,5)	1,36 (1,28 - 1,46)	$< 1 \times 10^{-7}$	S
TAA	1.435	(49,5)			
Baciloscopia no 6º mês (R)					
TS	477	(99,4)	1,01 (1,00 - 1,02)	0,26	NS
TAA	1.437	(98,8)			
Baciloscopia no 6º mês (T)					
TS	477	(74,1)	1,50 (1,41 - 1,59)	$< 1 \times 10^{-7}$	S
TAA	1.437	(49,5)			

Fonte: Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose - MS.

(R)= Coeficiente de incidência de negativação, calculado em relação àqueles que realizam a baciloscopia de acompanhamento.

(T)= Coeficiente de incidência de negativação em relação ao total de pacientes.

* Teste Chi² Mantel-Haenszel

5. COMENTÁRIOS

Como assinalado pelo próprio autor da dissertação, a principal dificuldade enfrentada foi aquela pertinente ao treinamento de recursos humanos. A grande rotatividade dos trabalhadores da saúde implicou repetir inúmeras vezes os treinamentos dos mesmos.

Por outro lado, deve-se destacar que a pesquisa toda foi efetuada sem custo algum adicional, exceto aquele envolvendo o treinamento de pessoal. O sistema de informação foi aquele apregoado pelo Ministério da Saúde (utilização de Livro Preto). Como fruto dessa investigação, uma ficha foi idealizada para o controle de tomada da medicação dos pacientes. Essa ficha está sendo adotada e sugerida pela OPAS para outras regiões do país.

Mesmo após o término da pesquisa, a estratégia está a cada dia mais consolidada na região, traduzindo a sustentabilidade do trabalho ali efetuado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2003. *Informações sobre notificações do SINAN/TB 1998-2001*. Brasília: Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Área Técnica de Pneumologia Sanitária, Ministério da Saúde.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2002a. *Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço*. 5. ed. p.11. Rio de Janeiro: Centro de Referência Professor Hélio Fraga, Ministério da Saúde.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2002b. Juntos na Luta Contra a Tuberculose. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 10 (2): 9.

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2002c. *Manual Técnico para o Controle da Tuberculose*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, 6).

MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 2002d. *Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde.

- MS (MINISTÉRIO DA SAÚDE), 1999. *Plano Nacional de Controle da Tuberculose/PNCT*. Brasília: Programa Nacional de Controle da Tuberculose, Ministério da Saúde.
- MUNIZ, Jordana Nogueira & VILLA, Tereza Cristina Scatena, 2002. O impacto epidemiológico do tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto 1998-2000. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 10 (1):49-54.
- MURRAY, John F. Ed., 1999. Dots and drug resistance: a silver lining to a darkening cloud. *The International Journal Tuberculosis and Lung Disease*, 3 (1):1-3.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 1998. WHA51.13 – Tuberculosis. In: 51 *Asamblea Mundial de la Salud: resoluciones y decisiones, anexos*. p.13-14. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 1997. *Tratamiento de la Tuberculosis: directrices para los programas nacionales*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2003. *Tuberculosis*, 6 (1):1-6.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 1999. *Qué es DOTS/TAES?*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- PINHO, Jorge Luiz, e Nogueira, Pércles Alves, 2001. Tratamento supervisionado em tuberculose no município de Taboão da Serra, São Paulo 1998-1999. *Boletim de Pneumologia Sanitária*, 9(1):13-18.
- RUFFINO-NETTO, Antonio, 2001. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. *Informe Epidemiológico do SUS*, 10(3):129-138.
- WHO (World Health Organization), 2003a. *Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (World Health Organization), 2003b. 3. ed. *Treatment of Tuberculosis: guidelines for national programmes*. Geneva: World Health Organization.

ZALESKI, R; ABDULLAJEV, F; KHECHINASSHVILLI, G; SARARIAN, M; MADARAS, T; GRZEMSKA, M; ENGLUND, E; DITTMANN; RAVIGLIONE, M., 1999. Tuberculosis control in the Caucasus: successes and constraints in DOTS implementation. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 3(5):394-401.

ENGANOS

Antonio Ruffino-Netto

*No terreno estéril dos meus sonhos
Plantei mais uma esperança,
Acrescentei mais uma expectativa,
Somei novos sonhos
E implementei todo meu desejo
Na espera de sua realização.*

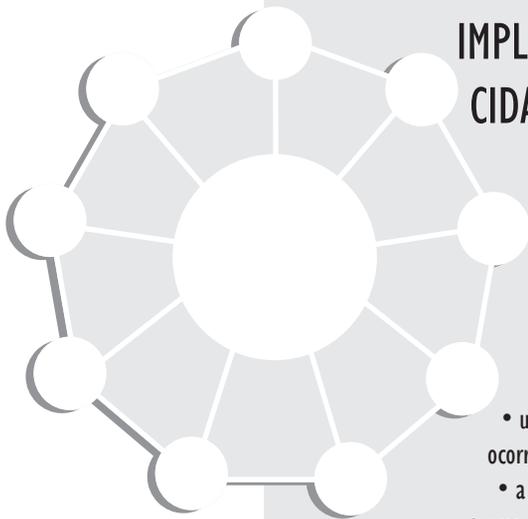
*O que plantei, murchou.
O que acrescentei, subtraíu.
O que agreguei, pulverizou.
E de tudo apenas restou
O que sempre resta:
Eu, impertinente sonhador...
Um ser sem solução...
Que refaz um a um todos os sonhos
Num ingênuo infantil teimar,
Mesmo sabendo que nada irá se realizar,
Quase estéril a vida... e todo o sonhar,
Tudo é... e sempre decorrerá,
Numa infinita eterna ilusão,
Forma de viver se enganando,
Trocando o que deveria se sentir pelo pensar.*

15-06-92

CAPÍTULO IV

(I) A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS NO ESTADO DE SÃO PAULO (1998-2005)

(II) A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS EM ALGUMAS CIDADES DO ESTADO DE SÃO PAULO



Neste capítulo, serão apresentadas:

- uma visão geral da descentralização dos serviços de saúde ocorrida no Estado de São Paulo no período de 1998 a 2005;
- a implementação dos diferentes componentes da estratégia;
- uma análise da tendência dos percentuais de cura, abandono e óbito no período assinalado;
- uma análise das informações pertinentes para alguns municípios prioritários do Estado em relação ao PCT.

Capítulo elaborado fundamentalmente por Tereza Cristina Scatena Villa, Aline Aparecida Monroe, Roxana Isabel Cardozo Gonzales, Ricardo Alexandre Arcencio, Mayra Fernanda de Oliveira, Vera Maria Neder Galesi, Laedi Alves Rodrigues dos Santos e Antonio Ruffino-Netto.

I. A SITUAÇÃO DO DOTS NO ESTADO DE SÃO PAULO

I.1. Antecedentes

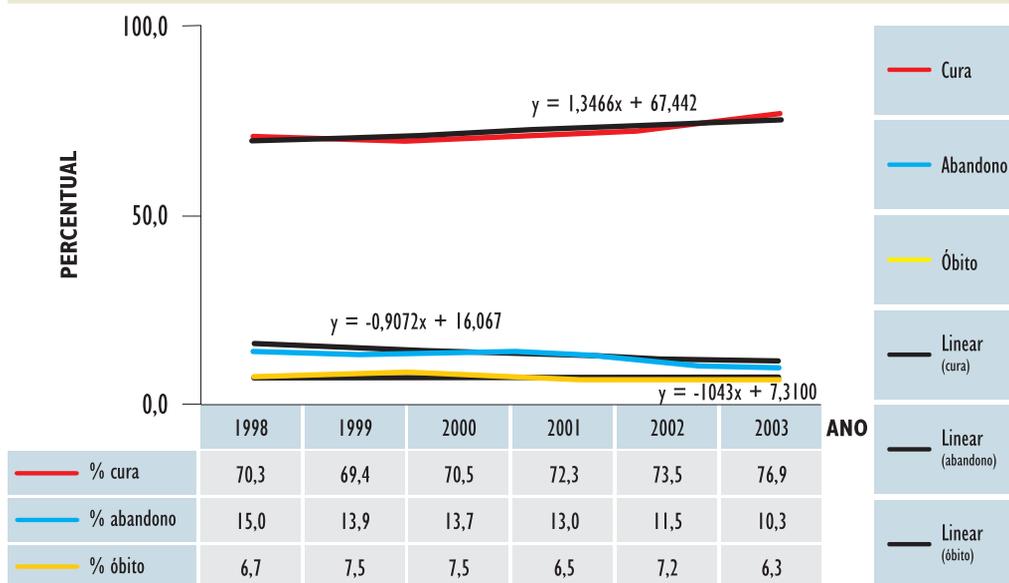
O Estado de São Paulo é constituído por 645 municípios com população total de 38.709.320 habitantes. Apresenta regiões bastante diversas quanto aos indicadores sociodemográficos e às características epidemiológicas. Nesse aspecto, distinguem-se: a Capital e Região Metropolitana; a Baixada Santista; o Vale do Ribeira; a Região Central e o Oeste do Estado. Existem grandes diferenças na incidência de agravos (especialmente, as doenças transmissíveis) entre essas regiões. O Estado é dividido em 24 regionais de Saúde, cinco delas compondo a região metropolitana da Grande São Paulo. Em 1995, ocorreu um grande avanço na política de descentralização do SUS, destacando-se o processo de habilitação municipal às diferentes condições de gestão, previstas na Norma Operacional Básica (NOB) 01 de 1996 e, posteriormente, com a NOAS 2001. Dos 645 municípios do Estado de São Paulo, 165 (25,6%) encontram-se em gestão plena do sistema de saúde e 480 (74,4%) em gestão plena de atenção básica de saúde. No decorrer desse processo, todas as unidades estaduais de atenção primária foram transferidas para a gestão municipal e as atividades de saúde coletiva vêm sendo gradativamente municipalizadas. Diante desse contexto, o papel da Secretaria de Estado da Saúde vem paulatinamente se modificando com o avançar da implantação do SUS. A função atual do Estado, no âmbito do Sistema Único de Saúde, concentra-se na coordenação do processo de regionalização, na avaliação e controle da assistência prestada pelos municípios, na garantia da equidade entre as diferentes regiões e municípios do Estado, no estabelecimento das prioridades de investimento na área da saúde e na efetivação de programas e ações que são de âmbito estadual na área da saúde (BRASIL, 2005).

Dentre os vários problemas de saúde do Estado, destacam-se as doenças infecto-contagiosas, dentre elas a tuberculose.

O Estado de São Paulo (ESP) ocupa o primeiro lugar no país em número de notificações de casos de tuberculose, com 20.690 doentes, e as taxas de cura estão próximas de 76,9% (Sistema de Informações de TB-EPI-TB/SES, 2003).

Através do Gráfico 1, observa-se que, no ESP, no período de 1998 a 2003, o percentual de cura aumenta a uma velocidade de 1,35% ao ano. Simultaneamente, o percentual de abandono declina a uma velocidade de 0,91% ao ano. O percentual de óbitos também declina a uma velocidade de 0,10% ao ano.

GRÁFICO I - Percentual de cura, abandono e óbito no Estado de São Paulo - 1998 - 2003



1.2. A estratégia DOTS no Estado de São Paulo

O ESP foi o primeiro a seguir a recomendação do Ministério da Saúde para a implantação da estratégia DOTS. No ano de 1998, o DOTS foi implantado em 36 municípios prioritários, eleitos de acordo com o Plano de Ação Emergencial (Brasil, 1997).

A seguir, o Quadro 1 apresenta a cobertura de casos novos de TB em tratamento supervisionado no ano de 2003. Os dados apresentados mostram que três municípios prioritários do ESP alcançaram cobertura DOTS/TS acima de 90%; 11, entre 50% e 89%; 14, entre 10% e 49%; e 6, menor que 10% (cf. Quadro 1).

QUADRO I

Cobertura de Casos Novos de Tuberculose em Tratamento Supervisionado nos Municípios Prioritários de Estado de São Paulo em 2003

>de 90%	>50% e 89%	>10% e <49%	<de 10%	Não DOTS
Itanhaém	Embu	Barueri	Franco da Rocha	Bertioga
Guarujá	Cubatão	Bauru	Carapicuíba	
Campinas	Itaquaquecetuba	Guarulhos	São Caetano do Sul	
	Jundiaí	Jacareí	Suzano	
	Praia Grande	Diadema	Ubatuba	
	Ribeirão Preto	Mauá		
	Santo André	Mogi das Cruzes		
	Santos	Osasco		
	São José do Rio Preto	Piracicaba		
	São José dos Campos	S. Bernardo do Campo		
	Taboão da Serra	São Paulo		
	Taubaté	São Sebastião		
		São Vicente		
		Sorocaba		

Fonte: Sistema de Informação de Tuberculose - EPI-TB/SES (2003).

1.3. Objetivos

Este estudo apresenta, como objetivo geral, a análise da implantação e implementação da estratégia DOTS nos municípios prioritários do ESP em 2005 e, como objetivos específicos, busca: descrever as atividades da estratégia DOTS no sistema de saúde, segundo o tipo e o local de realização; analisar os aspectos políticos envolvidos no processo de implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS; analisar a organização do tratamento supervisionado para o controle da tuberculose; e analisar a organização da busca de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose a partir da implantação da estratégia DOTS.

1.4. Metodologia

Estudo exploratório que utilizou a abordagem qualitativa para o aprofundamento da compreensão dos fatos sobre o processo de implantação da estratégia

DOTS no controle da TB no ESP, a partir da óptica dos coordenadores de PCT das Secretarias Municipais de Saúde (SMS).

Para a coleta dos dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada cujas questões norteadoras se voltaram para os componentes da estratégia DOTS, privilegiando-se, no plano da análise, o Compromisso Político, o Tratamento Supervisionado (TS) e a Busca de Sintomáticos Respiratórios. Os dados foram complementados com informações de um questionário com questões abertas e fechadas entregues aos coordenadores do PCT dos municípios prioritários, durante as reuniões agendadas em algumas regiões administrativas no ESP em 2005.

Foram entrevistados 22 coordenadores de PCT que aceitaram participar da entrevista, seguindo a Resolução 196/96, que rege a pesquisa envolvendo seres humanos. Os sujeitos foram previamente esclarecidos sobre o objetivo do estudo e assinaram o termo de consentimento disposto no Capítulo 1 deste livro.

Os dados foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática (MINAYO, 1999).

Para efeito de análise, o estudo abordou os componentes da estratégia DOTS, buscando contemplar a dimensão política e técnica da estratégia para nortear a interpretação dos fatos e versões apresentadas pelos entrevistados.

Os resultados da investigação serão apresentados a seguir como subcapítulos que se complementam.

1.5. A Descentralização das atividades da estratégia DOTS no Sistema de Saúde do Estado de São Paulo

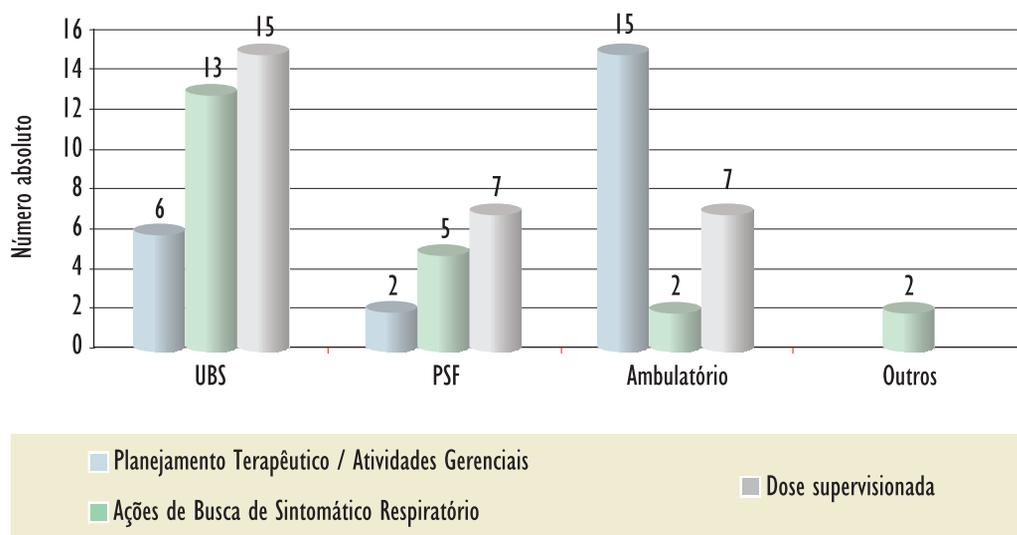
A análise dos dados permitiu identificar a descentralização das atividades da estratégia DOTS no sistema de saúde, segundo o tipo de atividade e local de realização, a partir dos 36 municípios prioritários do Estado de São Paulo, eleitos de acordo com o Plano de Ação Emergencial (BRASIL, 1997).

Em relação ao tipo de atividade da estratégia DOTS, elegeu-se, segundo os depoimentos, as atividades que se organizam no sistema de saúde de forma centralizada e incluem: atividades gerenciais, planejamento terapêutico, notificação compulsória, sistema de informação, planejamento de insumos e medicação, monitoramento e avaliação do tratamento. Essas são realizadas por equipes especializadas do PCT em nível de Ambulatórios/Unidades de Referência das SMS. As atividades consideradas descentralizadas foram as de natureza técnica como as ações de busca de SR e TS/

dose supervisionada, realizadas nos serviços mais periféricos do sistema de saúde, como as UBSs e PSF, desenvolvidas por equipes generalistas.

O Gráfico 2 apresenta o tipo de atividade segundo o local de realização (Unidade Básica de Saúde [UBS], Programa de Saúde da Família [PSF], Ambulatório de Referência e outros) e ocorrência de descentralização/centralização no sistema de serviços de saúde no Estado de São Paulo (2005).

GRÁFICO 2 - Tipo de Atividade realizada segundo o local e ocorrência de descentralização / centralização no sistema de serviços de saúde no Estado de São Paulo (2005)



De acordo com o Gráfico 2, os resultados mostram que as atividades que incluem o planejamento terapêutico, as atividades gerenciais, entre outras, são consideradas, nos depoimentos, como centralizadas e são atividades realizadas nos ambulatórios de referência (68,2%), ainda de caráter centralizado em nível de SMS. Entretanto, identifica-se que essa atividade já foi descentralizada para as UBSs, em seis municípios (27,2 %). As ações que possuem uma dimensão técnico-operacional, como a busca de SR e o tratamento supervisionado(TS)/dose supervisionada, são atividades que foram descentralizadas para as unidades mais periféricas do sistema serviços de saúde dos municípios, concentrando-se, predominantemente, nas UBSs (TS - 68,2%; Busca de SR - 59%). Entretanto, as ações de TS (31,8%) e de busca de SR (22,7 %) não têm sido amplamente realizadas pelos PSF dos municípios estudados, como previsto

no Plano Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2004) e no Plano Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2000) que propunham a incorporação das ações de busca de SR e de TS pelas equipes do PSF. O Gráfico 2 também mostra que os municípios realizam 31,8% de TS nos Ambulatórios de Referência.

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose identifica avanços e dificuldades no processo de descentralização do PCT para os municípios brasileiros. Em muitos lugares, a atenção aos doentes ainda continua ocorrendo em ambulatórios especializados, sem a expansão para a rede básica de saúde (BRASIL, 2004).

Os resultados da investigação serão apresentados a seguir como subcapítulos que se complementam.

2. O COMPROMISSO POLÍTICO NA IMPLANTAÇÃO E SUSTENTABILIDADE DA ESTRATÉGIA DOTS NO ESTADO DE SÃO PAULO (2005)¹

Este subcapítulo teve como objetivo discutir os aspectos políticos envolvidos no processo de implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS no Estado de São Paulo, a partir de 36 municípios prioritários, eleitos de acordo com o Plano Emergencial de 1997.

O Compromisso Político refere-se à consciência do problema da TB e dos benefícios da implementação de estratégias efetivas para o controle da doença. Inicia-se com a decisão do governo central ou local de fazer do controle da TB uma alta prioridade e um núcleo de atividades da rede de atenção primária à saúde (WHO, 1999).

O foco de análise se relacionou ao Compromisso Político na estratégia DOTS sob a óptica da coordenação municipal dos PCTs. A discussão dos dados foi norteadada pelo referencial teórico da organização de sistemas de serviços de saúde (MENDES, 2001), com enfoque no processo de descentralização que, desde a Constituição Federal de 1988, tem sido uma das diretrizes organizacionais mais enfatizadas no processo de construção do Sistema Único de Saúde para viabilizar seus princípios éticos e doutrinários (BARATA *et al.*, 2004). No Brasil, a descentralização é político-administrativa, envolvendo não apenas a transferência de serviços, mas também a transferência de responsabilidades, o poder e os recursos da esfera federal para a estadual e a

¹ O subcapítulo foi elaborado fundamentalmente por Aline Aparecida Monroe, Roxana Isabel Cardozo Gonzales, Tereza Cristina Scatena Villa e Antônio Ruffino-Netto. Trata-se de uma síntese dos resultados da Tese de Doutorado, em andamento, de Aline Aparecida Monroe, da EERP-USP, intitulada “*O compromisso político na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS para o Controle da Tuberculose no Estado de São Paulo (2005)*”.

municipal (LEUCOVITZ *et al.*, 2001).

O compromisso político deve-se traduzir em uma política de formulação, mobilização de recursos humanos/financeiros e suporte administrativo necessário para assegurar que o controle da TB seja uma parte essencial do serviço de saúde (WHO, 1999). Ressalta-se que no Brasil, em 2001, a TB passa a ser uma doença sob responsabilidade de todos os municípios de acordo com a (NOAS), reconhecendo as ações do PCT como competência da Atenção Básica à Saúde. Desse modo, os municípios devem se organizar para assistir ao doente de tuberculose e a seus familiares, pois se parte do pressuposto de que, no processo de descentralização, estão presentes, entre outros aspectos, a **transferência de responsabilidades de atividades de controle da doença e o envolvimento dos atores-chave** tanto em nível central como local ou periférico, uma vez que não é possível viabilizar a descentralização das ações de saúde sem uma disposição em delegar responsabilidades e sem uma efetiva participação dos atores-chave dos diferentes níveis.

A partir dos pressupostos anteriormente levantados e da análise prévia das entrevistas, foram identificadas as Unidades de Registro, que conformaram os seguintes Núcleos de Sentido: a **Transferência de Responsabilidades das Atividades Gerenciais e Técnicas do PCT em nível Municipal e o envolvimento dos atores-chave na Implantação e Sustentabilidade da Estratégia DOTS**. Esses núcleos de sentido, posteriormente, permitiram eleger a Unidade Temática: **O Compromisso Político na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS no Estado de São Paulo**.

A **transferência de responsabilidades** refere-se ao deslocamento de atividades para o controle da TB para os pontos mais periféricos do sistema de saúde municipal. Na discussão deste Núcleo de Sentido, foi considerada a execução das **atividades técnicas** (entrega da medicação; diagnóstico e tratamento; tratamento supervisionado e Busca de Sintomático Respiratório) e **gerenciais** (manuseio sistema de informações; planejamento e execução de treinamentos e capacitações; supervisões/monitoramento) tanto no âmbito da coordenação municipal do PCT como no âmbito local/periférico do sistema de saúde. A análise foi realizada a partir da identificação do local onde eram desenvolvidas tais atividades.

O **envolvimento dos atores-chave** refere-se à forma de participação dos gestores municipais de saúde, coordenadores dos PCTs e equipes locais na viabilização da implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS para o controle da TB. Para a análise deste Núcleo de Sentido, foram considerados, no **envolvimento dos gestores**, a **disponibilidade de recursos**; a **aprovação de propostas**; a **articulação** com outros elementos-chave do sistema de saúde; a **responsabilidade com o PCT** e o **incentivo às**

ações da Atenção Básica à Saúde (descentralização de ações e incorporação das equipes do PSF/PACS na rede municipal). No **envolvimento dos coordenadores municipais do PCT**, foram considerados a **negociação** com os diversos níveis (gestores, equipes locais, outras instâncias governamentais e comunidade); a **viabilização da descentralização** de algumas ações de controle da TB; o desenvolvimento de **estratégias** (criação de elos, criação de equipes de força-tarefa, treinamento, supervisões, entre outras) tanto para a sensibilização e incorporação de responsabilidades pelos profissionais no nível local como para a operacionalização das ações da TB (incorporação das ações da TB em outros programas e equipes de saúde) e a **captação de recursos** de outras instâncias governamentais. Quanto ao **envolvimento das equipes locais** de saúde, foi considerado o **desenvolvimento das atividades técnicas** do PCT.

A seguir, será apresentada a análise dos dados a partir dos Núcleos de Sentidos que conformaram a unidade temática. A análise incorpora alguns depoimentos com o intuito de descrever a percepção dos coordenadores municipais/equipe de coordenação dos PCT a respeito do compromisso político na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS no Estado de São Paulo.

2.1. A Transferência de responsabilidades das atividades gerenciais e técnicas do PCT em nível municipal

A partir dos depoimentos, identificou-se que as atividades gerenciais (manejo do sistema de informações, o monitoramento da situação da TB a partir do banco de dados EPI-TB, o planejamento e a execução de treinamentos/capacitações, as supervisões das equipes locais) são realizadas pela coordenação municipal do PCT e se configuram de maneira centralizada.

As **atividades gerenciais** centralizadas e de caráter especializado necessitam da atuação de *experts*, ou seja, profissionais que possuam tanto a habilidade gerencial para efetuar todo o planejamento local das ações, quanto de habilidade técnica para efetivar treinamento, supervisão e monitoramento das equipes locais que executam as atividades de controle da TB. A comunicação, a inserção política e a negociação constante com os diversos níveis fazem parte do cenário de atuação dos *experts* para inserir a doença como prioridade política nos municípios, bem como estimular o envolvimento das equipes de saúde para a incorporação das ações de TB, em nível local, para a sustentabilidade da estratégia DOTS.

Certos aspectos do controle de doenças e suas tecnologias são difíceis de

se integrem com outros componentes da atenção primária à saúde². Nesse sentido, RAVIGLIONE E PIO (2002) expõem que uma abordagem especializada e integrada pode ser uma solução prática para se almejar o sucesso no controle da TB. Desse modo, para a implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS, é necessária a designação de *experts* com capacidade de negociação e competência para o gerenciamento das ações de controle da doença. Além disso, é importante que sejam capazes de manter a visibilidade do PCT em nível central e local de modo a garantir a inserção e continuidade das ações de controle da TB no sistema municipal de saúde.

As **atividades técnicas**, ou seja, a notificação compulsória, a dispensação de medicamentos, o diagnóstico e tratamento, a observação da ingestão medicamentosa através do Tratamento Supervisionado (TS), o acompanhamento dos comunicantes e a Busca de Sintomáticos Respiratórios (SR), têm sido fortemente descentralizadas para as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), principalmente, as atividades de TS e busca de SR, elementos essenciais da estratégia DOTS.

“... quando a gente colocou em andamento a estratégia, começou a descentralizar (TS)...” (E2)

“... todas as unidades de saúde fazem a busca do sintomático respiratório...” (E19)

Alguns depoimentos apontam uma tendência de descentralização das atividades de diagnóstico/tratamento e dispensação de medicações para as UBSs (27,3%), contudo, estas ainda se configuram como atividades centralizadas e ocorrem, principalmente, nos PCTs das Unidades de Referência/Ambulatórios de Especialidades (54,5%). Um dos motivos para essa centralização, sob a ótica dos coordenadores municipais dos PCTs, é o despreparo das equipes locais que atuam nas UBSs para a incorporação dessas atividades, uma vez que exigem habilidade gerencial da equipe local para planejar tanto a assistência ao doente tanto quanto os recursos locais necessários.

“... o atendimento médico é centralizado... para o doente ter acesso rápido ao diagnóstico, ao tratamento... com um profissional capacitado, treinado para tratar da tuberculose...” (E4)

² Filosofia que norteia a organização do Sistema de Serviços de Saúde.

As atividades de busca de SR e TS estão sendo executadas principalmente nas Unidades Básicas de Saúde. Existe uma expectativa, segundo depoimentos, de descentralização das referidas atividades para as Equipes de PSF. Acredita-se que, para o PSF contribuir efetivamente nas ações de controle da TB, seria necessária, inicialmente, uma expansão dessa estratégia no Estado de São Paulo, pois a população coberta por esse modelo de atenção ainda é baixa (20,3%). A população residente no Estado de São Paulo, em 2005, é de 40.442.820 habitantes e o número de pessoas cadastradas no modelo de Atenção PSF é de 8.202.830 (MS-Sistema de Informação de Atenção Básica).

Apesar da busca de SR ser uma atividade técnica predominantemente descentralizada, nota-se uma dificuldade de sua incorporação pelas equipes locais. MUNIZ *et al* (2005) argumenta que essa dificuldade deve-se à falta de capacitação permanente e à forma de organização dos serviços de saúde.

A descentralização do TS para as UBSs visa aumentar a cobertura e facilitar o acesso dos doentes aos serviços de saúde para o acompanhamento do tratamento.

“... o supervisionado aproxima muito o serviço do doente... é realizado na unidade próxima da casa dele...” (E3)

O processo de descentralização do diagnóstico/tratamento, da busca de SR e do TS exige que atividades como a dispensação da medicação e o sistema de registro e notificação também sejam descentralizadas e organizadas paralelamente. Para tal, é fundamental uma estrutura mínima nos serviços de saúde, preparação das equipes locais (envolvidas, sensibilizadas, conscientizadas e com habilidade técnica) e supervisões contínuas da coordenação do PCT para que as atividades sejam efetivas e respondam à realidade local.

Essa tendência de descentralização de algumas atividades técnicas reflete o movimento de integração das ações de controle da TB, na atenção básica, de acordo com a NOAS (2001), incluindo PSF e PACS, e é incorporada pelo Programa Nacional de Controle da TB (2004) no sentido de garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e tratamento para o controle da doença.

Tal situação corrobora as considerações do estudo realizado por RAVIGLIONE & PIO (2002) quando afirmam que o futuro, na maioria dos países, é um sistema pragmático combinando uma forte unidade central e regiões bem definidas e equipe de gerenciamento distrital com a responsabilidade de treinamento, supervisão e monitoramento (gerenciamento especializado) com a total participação da APS nas

atividades de detecção de casos e tratamento (prestação de serviços integrados).

FRIEDEM & DRIVER (2003) apontam que a descentralização das ações do PCT oferece tanto oportunidades como riscos para a continuidade das ações. Quanto às oportunidades, pode haver melhoria da eficiência e qualidade dos serviços, bem como um aprimoramento da análise e do uso dos dados. Mas, segundo os autores, os riscos são significativos. A descentralização pode resultar em pulverização da responsabilidade e falta de compromisso, fragmentação dos programas e regimes de tratamento, maior dificuldade em desenvolver o TS e deficiência no sistema de informações.

Considera-se que a descentralização das ações de controle da TB, principalmente a partir da transferência de responsabilidades de algumas atividades técnicas para os pontos periféricos do sistema de saúde, é favorável na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS em locais onde se faz necessário uma reorganização da assistência à TB de modo a ampliar o acesso ao diagnóstico e ao tratamento para contribuir no efetivo controle da doença. Para tal, ressalta-se que é fundamental a designação de profissionais capacitados para assumirem o gerenciamento e a condução de todo esse processo em nível municipal.

2.2. O envolvimento dos atores-chave na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS

Alguns depoimentos (47,6%) apontaram que os PCTs municipais enfrentam dificuldades em relação à disponibilidade de recursos pelos gestores de saúde para o desenvolvimento de atividades de controle da TB, dentre elas, o TS. Essa situação apresenta-se como um dos principais problemas na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS. Evidencia-se que a TB ainda continua sendo uma doença que precisa ser valorizada na agenda dos **gestores municipais de saúde**. Alguns motivos para essa realidade estão relacionados à presença de outras doenças consideradas prioritárias, à própria dificuldade financeira do município, às mudanças de gestão, entre outros.

“... em 1997, nós tínhamos mais recursos financeiros... depois, teve todo esse problema político, nós tivemos menos recursos, então essa coisa (TS) acabou....” (E1)

“... nós não tivemos uma participação direta do gestor, porque quando nós implantamos o DOTS, o gestor estava assumindo um município que tinha muitos problemas de recursos humanos, então eles não viam só a tuberculose...” (E3)

“... esse ano com a mudança do prefeito da nossa cidade, ocorreu uma mudança estrutural... então nós perdemos o veículo da vigilância, então não está tendo mais possibilidades de fazer o DOT...”.(E5)

“... a TB passou a ser prioridade no município em agosto de 2004... quando nós conseguimos elevar o índice de dengue quase a zero... aí sim, sobrou TB...” (E9)

O envolvimento dos gestores também esteve relacionado à aprovação de propostas do PCT, ao incentivo às ações da Atenção Básica de Saúde (descentralização de ações e incorporação das equipes do PSF/PACS na rede municipal), ao incentivo à expansão da estratégia DOTS, à articulação com outros elementos-chave do sistema de saúde, à formação e à atualização de recursos humanos.

“... ele (gestor) não dificultou nossas ações... nos deu carta branca para irmos até as unidades e conversar diretamente com os funcionários e implantar este tratamento supervisionado...” (E3).

A participação dos gestores ainda é tênue em relação às ações de controle da TB e, por conseguinte, com a estratégia DOTS.

A descontinuidade política e a não priorização da TB dentre outras situações de saúde presentes nos municípios foram debilidades relacionadas ao envolvimento do gestor e fragilizam a implantação e sustentabilidade do DOTS. Essas debilidades constituem-se como desafios constantes para a coordenação municipal do PCT e exigem habilidades específicas desses profissionais, entre elas, a negociação com diversos níveis (gestor municipal de saúde, equipe local, outras instâncias governamentais, comunidade, entre outras) para inserção das ações de controle da TB na agenda da saúde do município.

De acordo com alguns depoimentos, além da negociação (57,1%), constituem-se como atividades essenciais realizadas pela **coordenação do PCT** para o DOTS: o desenvolvimento de estratégias que visem a sensibilização dos profissionais das equipes de saúde para a incorporação da responsabilidade das ações de controle da doença em nível local (81%); a viabilização da descentralização de algumas ações da TB (38,1%); e a captação de recursos (14,3%) provenientes de outras instâncias governamentais.

“... a partir do processo da descentralização... a gente teve que organizar uma grande campanha educativa... então começamos a capacitar...” (E2)

“... íamos até a unidade aonde ia fazer o tratamento supervisionado, procurávamos dar um treinamento ao funcionário...” (E3)

“... em 2001, o Ministério da Saúde respondeu aos nossos apelos nos auxiliando na contratação de um agente... que trabalhou com os pacientes e auxiliou na descentralização do DOTS...” (E9)

A inserção política da coordenação do PCT junto aos gestores e equipes locais, a forma de organização do sistema de saúde local voltado para a Atenção Básica à Saúde e a capacidade de inserir a TB na agenda de saúde são elementos facilitadores para a operacionalização da estratégia DOTS para controle da doença nos municípios. A falta de recursos (materiais, humanos e financeiros), a rotatividade de pessoal, a dificuldade de entendimento em relação ao investimento na estratégia DOTS, a necessidade de convencimento dos gestores de saúde e o **despreparo** das equipes locais para desenvolver as ações de controle da TB são obstáculos que exigem uma atuação permanente e habilidade tanto gerencial como técnica da coordenação do PCT para a implantação e sustentabilidade da estratégia nos municípios.

O despreparo das **equipes locais**, principalmente das UBSs, de acordo com 61,9% dos depoimentos, tem dificultado a incorporação e o desenvolvimento das atividades técnicas de controle da TB, entre elas, o TS e a busca de SR, elementos essenciais do DOTS. Essa realidade exige, portanto, intervenção da coordenação do PCT para que se garanta uma estrutura mínima para a atuação das equipes de saúde, capacitação e supervisões permanentes pela coordenação do PCT municipal.

“... os profissionais das UBSs têm dificuldade para incorporar a estratégia... não estão preparados... acham que é mais uma coisa que estamos passando para eles...” (E6)

Um dos obstáculos para essa incorporação refere-se ao grau de complexidade da assistência que exige um doente de TB no contexto da Atenção Primária à Saúde. Essa assistência implica o compromisso do profissional de saúde em lidar com condições crônicas que envolvem habilidades específicas para um atendimento diferenciado, pois se trata de doenças com longa duração, cujo planejamento das

ações deve incluir aspectos socioeconômicos e culturais e exige, necessariamente, o estabelecimento de vínculo e co-responsabilização entre o serviço de saúde, doente e família (OMS, 2002).

A implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS, necessariamente exige o envolvimento tanto dos gestores de saúde, das coordenações dos PCTs e das equipes locais, uma vez que não é possível viabilizar a estratégia se não houver disponibilidade de recursos com verba carimbada para a TB, além de negociação intensa da coordenação e uma adequada preparação das equipes locais de saúde.

3. A IMPLEMENTAÇÃO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO NO ESTADO DE SÃO PAULO (2005)³

*(...) cada município, tomando por base a orientação vigente, deverá desenvolver o seu Programa de Controle da Tuberculose, respeitando suas peculiaridades, principalmente no pertinente ao tratamento supervisionado, recomendado pela Organização Mundial de Saúde.
(BRASIL, 2000)*

Este subcapítulo tomou como base o Tratamento Supervisionado (TS), um dos componentes da estratégia DOTS, amplamente difundido e preconizado pela Organização Mundial de Saúde, cujos objetivos correspondem à garantia da conclusão do tratamento da tuberculose e à diminuição da Multidroga-resistência.

Desde 1993, quando a TB foi considerada uma emergência global, o TS imprimiu importantes avanços na política internacional de controle da TB e propiciou aumento nos percentuais de cura e redução nas taxas de abandono.

No cenário brasileiro, o TS foi considerado uma das prioridades entre as políticas de controle da TB, sendo privilegiado no Plano Emergencial para os municípios prioritários. O Plano tinha como principal meta o “controle da tuberculose nos municípios onde a doença atingisse sua maior força no Território Nacional, e nos

³ O subcapítulo foi elaborado fundamentalmente por Ricardo Alexandre Arcêncio, Roxana Isabel Cardozo-Gonzales, Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino-Netto. Trata-se de uma síntese dos resultados da Dissertação de Mestrado de Ricardo Alexandre Arcêncio, da EERP-USP, intitulada “A organização do Tratamento supervisionado no Estado de São Paulo (2005)”.

quais o emprego de recursos pudesse alcançar melhores resultados proporcionando considerável impacto na redução da doença” (BRASIL, 1997).

Desse modo, cada município vem implementando o TS de acordo com os seus respectivos contextos locais, demonstrando sua autonomia na gerência e execução do PCT.

Os núcleos de sentido foram se conformando pela recorrência dos dados, expressados através das falas dos conteúdos divergentes, convergentes e diferentes, destacando-se **aspectos técnico-operacionais na execução do Tratamento Supervisionado e estratégias de intervenção para a adesão do paciente.**

A análise dos dados girou em torno dos seguintes eixos de discussão: (i) a forma como vem sendo executado o TS, considerando critérios de inclusão para a inserção dos pacientes, frequência de supervisão semanal, local predominante da supervisão e principais atores envolvidos na supervisão; (ii) o perfil das equipes a realizar o TS, resgatando aspectos relacionados ao **acolhimento e vínculo.**

3.1. Aspectos técnico-operacionais na execução do Tratamento Supervisionado (TS)

O TS constitui-se numa estratégia essencial no tratamento de pacientes com tuberculose, porque garante que as drogas estão sendo ingeridas na combinação certa e com a duração da terapêutica apropriada (WHO, 1999). Desse modo, cada município tem implementado o TS de acordo com suas peculiaridades, adequando a estratégia de acordo com suas necessidades locais e disponibilidade de recursos.

Nesse sentido, o primeiro aspecto técnico-operacional observado voltou-se para a utilização de critérios para a inserção dos pacientes em TS, evidenciando-se, assim, nas falas dos sujeitos, que 59% dos municípios seguem um dos princípios diretivos do Sistema Único de Saúde que corresponde à universalidade, adotando também para essa forma de organização a terminologia TS universal. Assim, a universalidade refere-se à inserção de pacientes, independentemente da forma clínica, condição social, gênero, entre outros.

De acordo com BAYER *et al.* (1998), em seu estudo realizado nos Estados Unidos, observou-se que o TS universal é um método que consegue não somente sanar os problemas de falência, multidrogaresistência e da incidência de TB, como também impossibilita os efeitos do estigma ao identificar grupos com alto risco para a não adesão.

Desse modo, a universalidade no atendimento pode representar uma forma

de amenizar o preconceito, tendo em vista que todos serão contemplados, e evita que determinados grupos sejam identificados.

ISEMAN *et al.* (1993) acreditam que todos os pacientes no país deveriam ser incorporados no TS, já que os custos destes são iguais ou abaixo aos métodos tradicionais de tratamento auto-administrado.

O CENTERS DISEASE CONTROL (1993) considera que o “TS deveria ser considerado para todos os pacientes por causa da dificuldade pelos profissionais em prever se os pacientes aderirão ao regime de medicamento prescritos”.

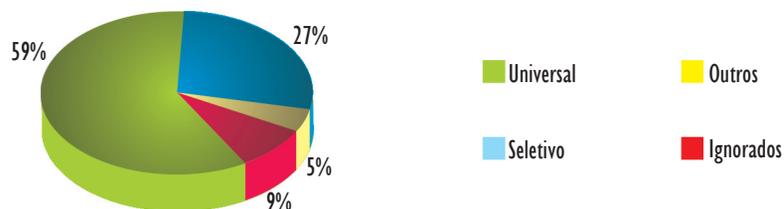
CHAULK *et al.* (1995), a partir de estudos realizados em Baltimore, comparou duas fases de um programa: a fase inicial, quando selecionavam os pacientes em TS, e a fase atual, em que todos os pacientes foram inseridos no TS. Os autores verificaram, na cidade, uma queda maior do número de casos na segunda fase, pois, quando todos estavam inseridos no TS, evitavam-se irregularidades no tratamento, principalmente, para aqueles pacientes cujo abandono na fase inicial do tratamento era difícil de prever.

O Ministério da Saúde vem recomendando o TS, desde 1994, principalmente para os pacientes com maior probabilidade de abandono (BRASIL, 1999).

De acordo com alguns entrevistados, é difícil a inserção de todos os pacientes no TS, em função da disponibilidade de recursos, assim, as equipes acabam priorizando apenas aqueles potenciais riscos para o abandono, identificados na fase inicial do tratamento a partir de um processo subjetivo de pressentir através dos comportamentos e dos hábitos dos pacientes.

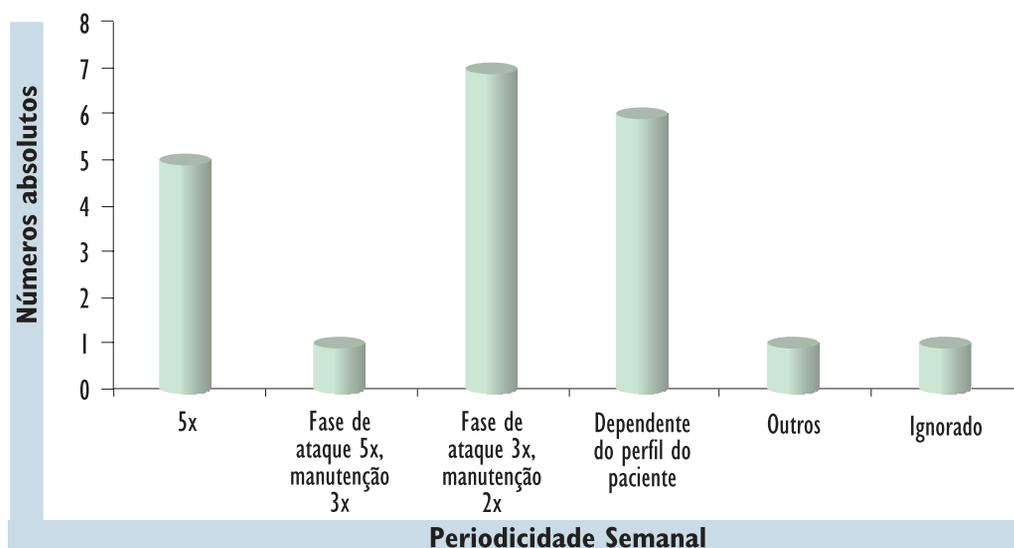
“...é minha auxiliar M. sabe quando deve ser supervisionado (E. 14)...”

GRÁFICO 3. DISTRIBUIÇÃO DOS MUNICÍPIOS QUE UTILIZAM OU NÃO CRITÉRIOS PARA A INCLUSÃO DOS PACIENTES NO TRATAMENTO SUPERVISIONADO NO ANO DE 2005.



Outro aspecto importante observado foi a frequência de supervisões, já que, de acordo com o Gráfico 4, a maioria dos municípios realizam a supervisão três vezes por semana na fase de ataque e duas vezes, na fase de manutenção, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde. Outros municípios determinam a periodicidade de acordo com o perfil do paciente, havendo assim uma participação do doente/família no processo de cuidado que ocorre desde a tomada de decisão até o planejamento das ações a serem desenvolvidas.

GRÁFICO 4 - Distribuição dos Municípios prioritários segundo a periodicidade de supervisão semanal / fase do tratamento no Estado de São Paulo no ano de 2005.



Ressalta-se que o processo de participação do paciente na determinação da frequência da supervisão pode ser considerado um dos pontos fundamentais para a adesão ao tratamento.

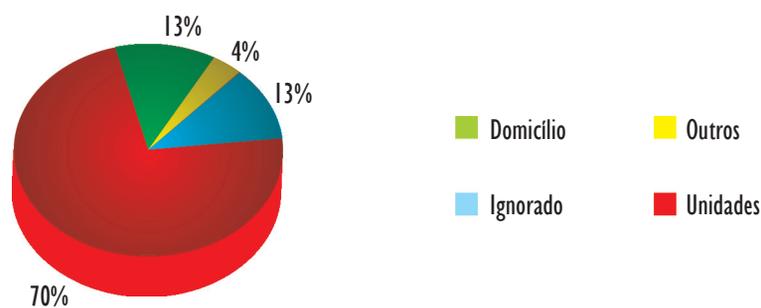
“... um menino... trabalhava... no tráfico... eu falei (para) estar vindo uma vez por semana para pegar medicação... se eu falasse vai ter que vir todo dia... ele não ia vim...” (E. 20).

Observou-se que a supervisão da medicação acontece predominantemente na Unidade de Saúde (Unidades de Referência, Unidades Básicas de Saúde, PSF). Desse modo, o paciente tem de se deslocar do domicílio até a unidade para a ingestão da medicação. Em alguns municípios, como os de maior porte, que mantêm centralizado

o TS em Unidades de Referência, é disponível vale transporte; em outros, onde o TS é desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde e Programas Saúde da Família, o paciente deve caminhar até a unidade próxima a sua residência.

Em alguns municípios, por situações mais adversas, quando existe impossibilidade de deslocamento do paciente à Unidade de Saúde, a supervisão é realizada em domicílio (Gráfico 5).

GRÁFICO 5. Distribuição dos Locais de supervisão do Estado de São Paulo no ano de 2005.



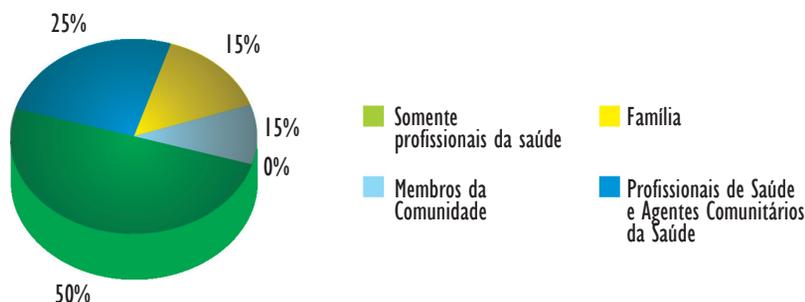
Em 13% dos municípios, a supervisão acontece predominantemente em domicílio, sendo essa forma de organização apontada pelos coordenadores como aquela que oferece maior proximidade ao contexto familiar, facilitando o processo de estabelecimento de vínculo entre serviço de saúde-doente-família.

“A possibilidade de ir à casa, de conhecer a família, o paciente, conhecer a realidade que ele vive, estreitou as relações...” (E. 21)

Assim, o TS possibilita a aproximação do contexto social dos indivíduos, bem como a detecção precoce de indivíduos ou grupos potenciais para a transmissão da TB, a garantia da ingestão medicamentosa, além da educação em saúde.

Em relação aos atores-chave envolvidos no TS, observa-se o predomínio de profissionais de saúde, embora alguns municípios já possam contar com a participação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), membros da família e da comunidade (Gráfico 6).

GRÁFICO 6. DISTRIBUIÇÃO DOS ATORES ENVOLVIDOS NA REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO NO ESTADO DE SÃO PAULO EM 2005.



Desse modo, de acordo com os relatos de alguns entrevistados, a participação de outros atores começa a ganhar destaque, podendo-se constituir em importantes parcerias na execução do TS.

De acordo com a visão dos entrevistados, o ACS parece aceitar mais facilmente a estratégia do que outros profissionais:

“... porque é muito mais fácil você ensinar e conseguir a adesão para fazer o supervisionado dos agentes comunitários ou da equipe de [saúde] da família do que na unidade básica.” (E.6)

A estratégia Saúde da Família, que se configura pela participação do ACS, visa uma reorganização da atenção básica, na lógica da vigilância à saúde, representando uma concepção de atenção à saúde focalizada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre profissionais de saúde envolvidos, suas famílias e suas comunidades. Com isso, criam-se condições que conduzem a construção de um novo modelo de atenção à saúde, mais justo, equânime, democrático, participativo e solidário (BRASIL, 2000).

Desse modo, o ACS passa a constituir-se um ator flexível na assimilação de novas estratégias, incorporando mais facilmente seus conceitos, atuando com criatividade e favorecendo um ambiente propício ao desempenho do TS.

Outro aspecto relatado pelos sujeitos refere-se à inserção de membros da comunidade na supervisão, de modo a garantir a regularidade e conclusão do tratamento.

“... pedimos pro dono do bar está supervisionando com a gente, paciente alcoólatra... tem que dar o remédio para ele todo dia, dá uma diluída na pinga dele... desde que ele toma o remédio com a pinga, ele pode tomar. Ele fez o tratamento, curou, supervisionado pelo dono do bar...” (Ent. 6).

De acordo com ZACHARIAH *et al.* (2005), em seu estudo realizado na Malária, quando avaliou a participação da comunidade no controle da tuberculose, verificou que a mesma parece um “recurso inexplorado”, sendo assim, necessário um compartilhamento de responsabilidades entre sociedade e serviços de saúde.

A participação da sociedade demonstra que a TB não é somente responsabilidade dos profissionais de saúde, doente e família, mas também da comunidade como um todo. Assim, o envolvimento desta, fazendo-se valer de sua cidadania, pode contribuir muito no processo de controle da TB.

De acordo com COSTA (2003), os movimentos da sociedade civil passaram a expressar uma dimensão mais participativa, buscando canalizar as novas demandas sociais e obter uma legitimidade popular maior. Ao tratar de redistribuição de responsabilidades entre o Estado e a Sociedade Civil, enfatizam-se as ações que buscam a solidariedade e a justiça social que, como cimento, agregam esses blocos. Considera-se, assim, que a participação ativa dos agentes sociais é capaz de potencializar as relações de cooperação entre os membros da sociedade, contribuindo para o seu desenvolvimento.

Desse modo, formam-se redes ou organizações que exercem papel fundamental na quebra do ciclo de transmissão da doença por intervirem em pontos fundamentais, como a supervisão da ingestão medicamentosa, que garante que o paciente está tomando a medicação regularmente e permite resultados satisfatórios no final do tratamento, além de deixar evidentes suas cidadanias.

Assim, verificou-se que, em cada local, há um modo peculiar de implementar o TS, demonstrando a viabilidade da aplicação da estratégia em diferentes contextos, demonstrando, assim, um aspecto positivo de enxergar o TS como uma das prioridades entre as intervenções no controle da TB.

3.2. Estratégias de intervenção para a adesão do paciente

Por vezes, tem-se que o TS consiste apenas na supervisão da ingestão me-

dicamentosa, entretanto, conforme os resultados aqui apresentados, verifica-se que essa estratégia vem sendo desenvolvida juntamente com outros elementos tidos como primordiais no controle da TB, como o suprimento alimentar, apoio psicológico/social/cultural, co-responsabilização, vínculo e acolhimento.

De acordo com os coordenadores, além da supervisão medicamentosa, uma das estratégias freqüentemente utilizada pelas equipes refere-se à entrega de incentivos e benefícios (cestas básicas, bebidas lácteas, entre outros), elementos considerados como facilitadores no processo de adesão e no estabelecimento do vínculo por alguns coordenadores.

A entrega de incentivos e benefícios, segundo a maioria dos coordenadores, contribuiu nas relações entre o paciente e o profissional de saúde, tendo em vista que o profissional passa a reconhecer o paciente em sua forma integral, holística, e este, por sua vez, tende a valorizar as ações de saúde desempenhadas pelo profissional.

A TB é uma doença de cunho social, assim, os doentes, ao levarem uma vida de intenso sofrimento, desprovidos de condições mínimas de dignidade humana, a morte lhes parece a única alternativa:

“... Às vezes tem pacientes que vivem numa miséria tão grande, tão grande, que morrer de Tuberculose para ele, é o de menos...” (Ent. 16).

De acordo com NETO (2004), a estratégia de combate da tuberculose não pode mais se centrar somente no tratamento da doença; deve-se deslocar para o combate à miséria.

A TB é um mal profundo que afeta a sociedade. Uma doença que tem suporte na miséria. Atacar a doença apenas — e isso quer dizer programas médicos e tudo o mais que vise unicamente a doença — é como fechar um corte profundo como faz o confeiteiro: fecha-se uma superfície doente, mas fica o interior da ferida social (*op.cit.*).

Essa situação exige uma visão ampliada e humanizada da equipe sobre a atenção à TB, uma visão capaz de atingir as necessidades individuais para além da doença.

Tem-se que os incentivos/benefícios não acabarão com a miséria que assola parte da sociedade, já que são apenas atenuantes. De acordo com os coordenadores, entretanto, os incentivos/benefícios podem ser considerados instrumentos importantes na implementação do TS, pois, além de estimular a participação do doente e da família no processo terapêutico, favorecendo a adesão e a conclusão do tratamento, contribui para o restabelecimento das condições biológicas.

“... a tuberculose... é uma doença que ela ta muito ligada a fatores sociais, então... é importante melhorar a condição de vida do próprio individuo, pra que ele tenha melhor condição pra ser curado...” (Ent. 10).

As equipes acabam por compreender o indivíduo como sujeito do seu próprio processo, sendo assim, co-responsável nos processos de promoção, manutenção e recuperação de sua saúde, respeitando os valores e as diferenças culturais. Desse modo, com os pacientes, criam-se vínculos capazes de consolidar a construção da autonomia dos sujeitos/grupos, além da construção de redes sociais.

Nesse contexto, as equipes lançam mão de intervenções que minimizam ou solucionam eventuais problemas desses doentes, valorizando suas singularidades e articulando-se com outros setores.

“... cada paciente é um, e cada paciente merece uma abordagem diferente do outro...” (E. 16).

“... porque, porque além dele receber remédio, a gente trabalhava o problema dele...” (E. 03).

“... tinha um rapaz que queria escrever pelo menos o nome dele, hoje ele está estudando... Não é só ir na doença, é tudo...” (Ent. 14).

“... eu posso encaminhar ele pra um serviço de primeiro emprego...” (E. 14).

“... uma pessoa que não tem estudo que não tem trabalho que não tem nada na vida... a auto-estima dele esta lá embaixo... morrê ou não morrê para ele não faz diferença nenhuma... é até melhor morrer do que ficar insistindo aí no tratamento supervisionado que vai curar ...” (E. 13)

A integralidade contrapõe-se à abordagem fragmentária e reducionista dos indivíduos, assim o olhar do profissional, neste sentido, deve ser totalizante, com apreensão do sujeito biopsicossocial, sendo esse olhar caracterizado pela assistência que procura ir além da doença e do sofrimento manifesto e que busca apreender necessidades mais abrangentes dos sujeitos (ALVES, 2005).

“... Os novos profissionais têm que ter um olhar muito sensível para um paciente de Tuberculose, enxergar o paciente inteiro. E tentar saber o que... fazer para esse paciente ter vontade de se curar da Tuberculose...” (E. 16).

Portanto, as equipes passam a entender o indivíduo além do biológico, compreendem o sujeito em sua dimensão psicológica, social e cultural. Dentro dessa perspectiva, lançam mão de estratégias de intervenção que possibilitam contemplar tais dimensões.

De acordo com SILVA & BARBOSA (2004), o adoecer envolve questões que ultrapassam os limites da biologia. Da mesma forma, concebe-se que o processo de adoecimento de TB requer uma explicação multifatorial e não somente relação de causa e efeito entre bacilo e o corpo infectado. Assim, submeter-se a um tratamento requer a aceitação do lugar social de “doente”, e a TB é uma enfermidade que está associada, no imaginário social, à pobreza e aos vícios, o que traz efeitos de estigmatização, pois qualifica o “sujeito” como causador de sua própria doença. O atendimento psicológico e social busca possibilitar maior compreensão sobre o processo de adoecimento e acompanhar o processo de tratamento e as implicações que este pode gerar.

Desse modo, as intervenções no campo psicossociocultural possibilitam não somente o entendimento de sua doença, mas também o enfrentamento de situações como o estigma.

Assim, o vínculo, a co-responsabilização e o acolhimento constituem-se importantes pilares na busca da integralidade da assistência e na consolidação da adesão.

“... Ela precisava de alguém para conversar e então ela [profissional de saúde] era a única pessoa que ia lá e conversava com ela [paciente].” (E. 20)

“... Era uma auxiliar de enfermagem, ela procurou esse paciente por muitos lugares... ela foi até o local e deixou um bilhete para ele, dizendo que estava preocupada... que gostaria que ele fosse até o Centro de Saúde. E quando ele recebeu esse bilhete, ele... nos procurou, e esse paciente foi para a cura..., ele se sentiu super valorizado...” (E. 16)

“... foi a orientação para os familiares e para os pacientes que aí todo mundo estava envolvido no processo de cura...” (E. 4)

De acordo com alguns coordenadores, as equipes atuantes na implementação do TS tendem a trabalhar dentro dessa perspectiva de modelo integral, humanizado e compromissado com o atendimento das necessidades individuais:

“... levaram esse paciente para o tratamento odontológico. A hora que ele viu que estava com a boca bonita, começou a fazer barba, ele começou a se tratar de Tuberculose...” (E. 16).

A disponibilidade de ouvir, o compromisso da equipe de saúde com o indivíduo e a utilização de grupos dinâmicos para troca de experiências entre pacientes são considerados importantes elementos na construção da adesão:

“... ela já tentou fazer três vezes o tratamento, e nunca deu certo. E agora é a quarta, e ela está conseguindo... e está servindo como exemplo muito bom... porque talvez a gente não ouvia tanto como deveria ter ouvido...” (E. 14).

Conclui-se que as equipes, quando estão envolvidas com estratégia do TS, buscam um modelo de saúde que incorpore alguns conceitos ideários da Reforma Sanitária como vínculo, acolhimento, integralidade e responsabilização.

4. A BUSCA DE SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS (SR) NA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS NO ESTADO DE SÃO PAULO (2005)⁴

A Busca de SR representa um dos aspectos técnicos da Estratégia DOTS e caracteriza-se como uma importante estratégia para a detecção de casos de TB. Reconhecidamente, a baciloscopia de escarro, por ser altamente específica, é o método prioritário para a identificação do caso de TB e para o controle do tratamento, além de permitir a identificação da principal fonte de transmissão da infecção: o paciente bacilífero (II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose, 2004). Os casos pulmonares, com baciloscopia de escarro positiva, que representam aproximadamente 50 a 60% de todos os casos de TB, são enfocados pelos Programas DOTS por estes serem a principal fonte de infecção para outras pessoas e porque esses pacientes tipicamente sofrem

⁴ O subcapítulo foi elaborado fundamentalmente por Mayra Fernanda de Oliveira, Roxana Isabel Cardozo-Gonzales, Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino-Netto. Trata-se de uma síntese dos resultados da Dissertação de Mestrado de Mayra Fernanda de Oliveira, EERP-USP, intitulada “A Busca de Sintomáticos Respiratórios nos municípios prioritários do Estado de São Paulo (2005)”.

mais altos índices de morbidade e mortalidade do que aqueles com baciloscopia de escarro negativa (WHO, 2005).

Os Planos Nacionais de Controle da Tuberculose, desde o ano de 1998, enfocam a importância da incorporação das ações de Busca de SR na rotina dos serviços de saúde como estratégia para aumentar a detecção de casos em todo o país. Acredita-se que a baixa detecção de casos observada em todo o Brasil esteja relacionada à inadequada realização dessa atividade. Segundo o relatório da WHO, em 2002, o índice de detecção de casos de TB em locais com DOTS foi de 10% do total estimado e, em 2003, esse índice foi de 18%, também muito abaixo dos 70% esperados (WHO, 2005).

O referencial teórico que norteou a discussão dos dados foi o da Organização dos sistemas de serviços de saúde com ênfase na Vigilância da Saúde em sua concepção ampla, baseada no diagrama proposto por PAIM (1999), definida como *“visão ampliada do conceito de saúde e da formulação de modelos de interpretação dos determinantes, riscos, agravos e danos à luz da moderna epidemiologia, articulando-os em um esquema operacional que resgata e amplia o modelo clássico da História Natural das Doenças, incorporando desde as ações sociais organizadas pelos distintos atores até as ações específicas de prevenção de riscos e agravos, bem como de recuperação e reabilitação dos doentes”* (VILASBÔAS, 2003).

A Vigilância da saúde corresponde a um modelo assistencial que incorpora contribuições da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, tendo como suporte político-institucional o processo de descentralização e de reorganização dos serviços e das práticas de saúde em nível local (TEIXEIRA, PAIM & VILASBÔAS, 1998). Aborda o controle de causas da doença através da promoção da saúde, o controle de riscos pelas ações de proteção da saúde e rastreamento e, ainda, o controle de danos através de diagnóstico precoce, limites de danos e reabilitação. Neste sentido, a Busca de Sintomáticos Respiratórios foi analisada enquanto estratégia de Vigilância da Saúde que permite a **proteção da saúde, o rastreamento, o diagnóstico precoce e os limites de danos.**

A análise das entrevistas possibilitou uma prévia contextualização através da **Organização da Busca de Sintomáticos Respiratórios** e a determinação dos seguintes Núcleos de Sentido: **“O envolvimento dos profissionais de saúde nas ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios”**; **“Estratégias utilizadas para as ações de Busca de Sintomáticos Respiratórios”** e **“A retaguarda Laboratorial e a Busca de Sintomáticos Respiratórios”**. Esses núcleos de sentido permitiram a definição da Unidade Temática:

A Busca de Sintomáticos Respiratórios sob a óptica dos coordenadores/membros de coordenação dos PCTs.

O **envolvimento dos profissionais nas ações de Busca de SR** é considerado como a forma de participação dos profissionais no planeamento e na execução das ações de Busca de SR para viabilizar tal atividade.

Estratégias utilizadas para as ações de Busca de SR referem-se à aplicação de meios e recursos disponíveis para a realização da Busca de SR pelos municípios.

A retaguarda laboratorial e as ações de Busca de SR referem-se a um dos aspectos estruturais relacionados à Busca de SR, considerando-se sua estrutura física, material e de pessoal, bem como a agilidade na realização de exames, que facilitam ou dificultam as ações de Busca de SR. Para sua análise, considerou-se também o tempo para a divulgação dos resultados de baciloscopias.

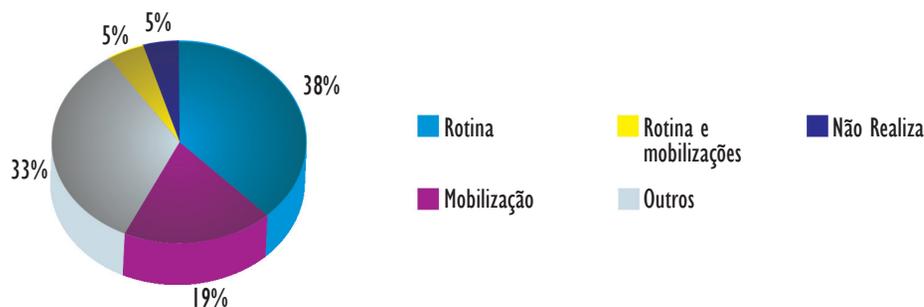
A análise dos dados será apresentada a partir da contextualização da **Organização da Busca de Sintomáticos Respiratórios** e dos Núcleos de Sentido que representam a Unidade Temática, destacando-se depoimentos dos entrevistados que descrevem sua percepção com relação à Busca de SR.

4.1. Organização da busca de Sintomáticos Respiratórios:

A **organização da Busca de SR** envolve sua **forma de realização, local de realização e pessoal responsável por sua realização**. Quanto à **forma de realização** da Busca de SR, é considerado como a Busca está inserida nas atividades dos serviços de saúde, podendo ser atividade de rotina nas unidades, atividade realizada em mobilizações ou campanhas ou, ainda, outras formas peculiares a cada município. Em relação ao **local de realização da Busca de SR**, consideram-se os serviços de saúde responsáveis por essa atividade, podendo ser eles as unidades básicas de saúde, um determinado ambulatório de referência ou Programa Saúde da Família/ Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Quanto ao pessoal responsável pelas atividades de Busca de SR**, identifica-se se há pessoal determinado para a realização dessa atividade ou se ela é de responsabilidade de todo o pessoal das unidades.

4.2. Forma de realização da busca de SR

GRÁFICO 7 - Distribuição da forma de realização da Busca de SR no Estado de São Paulo no processo de implantação da Estratégia DOTS, 2005



Segundo os coordenadores/membros de coordenação que participaram do estudo, a Busca de Sintomáticos Respiratórios no Estado de São Paulo é realizada predominantemente como rotina nas unidades (38%) e através de mobilizações (19%). No entanto, a Busca ainda é incipiente, pois a rotina se focaliza mais fortemente na demanda espontânea dos serviços de saúde.

A forma como a Busca de SR é realizada na rotina dos serviços de saúde demonstra a atual presença marcante de um modelo assistencial baseado na “demanda espontânea”. Este modelo baseia-se na hipótese de que se espera que o indivíduo com Tuberculose procure pelo serviço de saúde ao perceber algum sinal ou sintoma da doença. É importante ressaltar que a tosse, muitas vezes, não é valorizada pelo doente e tampouco pela equipe de saúde. Em muitos casos, ao se realizar o diagnóstico de Tuberculose, evidencia-se que o paciente já percorreu diversos serviços de saúde sem que fosse feita suspeita clínica.

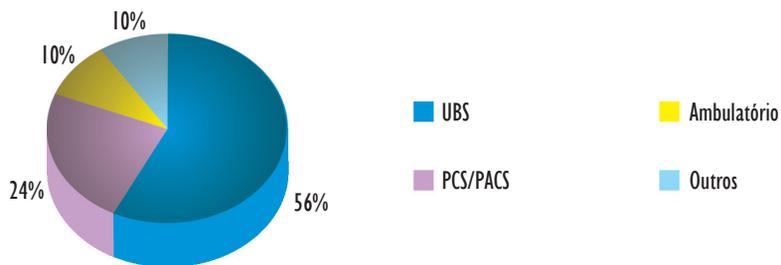
O modelo a ser construído, como proposto pelo SUS, prevê que os serviços estejam voltados para as necessidades de saúde, e os principais problemas devem ser identificados na comunidade, orientando uma “oferta organizada” (ou programada) em nível local. A “oferta organizada” tende a superar as formas de organização da produção de ações de saúde como campanhas, programas especiais e aquelas voltadas para a “demanda espontânea”. No caso da TB, privilegia-se a detecção precoce e o tratamento oportuno mediante a Busca de SR na demanda espontânea e na comunidade, enfocando principalmente locais fechados como asilos, presídios, entre outros

(PAIM, 2003).

É difícil de chegar à incorporação dessa atividade na rotina dos serviços devido à falta de capacitação, ao tipo de envolvimento dos profissionais de saúde e à deficiência de recursos humanos para tal atividade. Por outro lado, tem sido expressiva a realização dessa atividade em mobilizações em virtude das campanhas programadas pelo Ministério da Saúde. É importante ressaltar que essas mobilizações são realizadas em respeito às diretrizes nacionais e não como estratégia proposta pelos próprios serviços de saúde.

4.3. Local de Realização da busca de SR

GRÁFICO 8 - Distribuição dos locais de realização da busca de SR no Estado de São Paulo, no processo de implantação da estratégia DOTS, 2005.



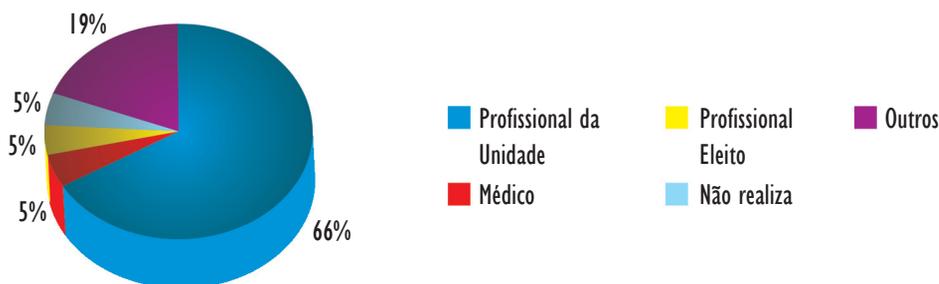
O local predominante de realização da Busca de SR, segundo os entrevistados é a Unidade Básica de Saúde (56%) e alguns municípios ainda realizam essa atividade em ambulatório de referência (10%). Cabe ressaltar que, em função do processo de descentralização das ações e dos serviços de saúde e da ampliação da cobertura de equipes de Programas Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde, atualmente, essa atividade também tem sido expandida minimamente para tais programas (24%), porém, essa expansão permanece limitada devido ao fato de que esses programas ainda possuem baixa cobertura no Estado de São Paulo. Esse panorama evidencia o processo de descentralização das ações de controle da Tuberculose, entre elas, a busca de SR, trazendo mudanças em relação ao local de realização dessa atividade, assim como à distribuição de responsabilidades para os profissionais

de saúde.

De acordo com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), ampliam-se as ações de controle da TB como parte das ações de Atenção Básica, as quais passam a fazer parte das responsabilidades municipais. Assim os municípios passam a planejar e executar as atividades de controle da TB com autonomia, evidenciando-se o processo de descentralização política e administrativa do país. Esse fato leva à necessidade de estimular o maior envolvimento das equipes locais para a incorporação das ações de TB no seu cotidiano.

4.4. Pessoal responsável pela realização da busca de SR

GRÁFICO 9 - Distribuição do pessoal responsável pela realização da Busca de SR no Estado de São Paulo no processo de implantação da estratégia DOTS, 2005.



Quanto ao pessoal responsável pela realização da Busca de SR, observa-se que, na maior parte dos municípios (66%), esta atividade é de responsabilidade dos profissionais do serviço de saúde, envolvendo médico, equipe de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde e também dentista, psicólogo e recepcionista.

“Nós preparamos os nossos profissionais, desde o porteiro porque a gente tem que entender que o profissional de saúde depende do cargo que ele tá ocupando... é um profissional de saúde... então é fundamental o envolvimento de todos os profissionais...” (Ent.10)

4.5. Envolvimento dos profissionais de saúde nas ações de busca de Sintomáticos Respiratórios

No Estado de São Paulo, tanto o adequado envolvimento quanto a falta de envolvimento dos profissionais de saúde nas ações de Busca de SR estão presentes na mesma proporção. Nos locais em que há um comprometimento desses profissionais, esse fato se revela como um facilitador para as ações de Busca de SR. Ao mesmo tempo, naqueles locais onde os profissionais não incorporam a Busca de SR como uma atividade importante para o controle da tuberculose, isso se torna uma barreira para a Busca de SR. Ressalta-se que há municípios em que as unidades de saúde apresentam um grau adequado de envolvimento dos profissionais, enquanto em outros municípios, esse grau é insatisfatório.

“A dificuldade é essa mesma do funcionário não estar a fim de estar perguntando pro cliente... se ele tem tosse.” (Ent.1)

“... nós precisávamos ter equipes diferenciadas e conscientizadas... Hoje consigo fazer com que elas entendam que há necessidade de maior busca nos seus clientes.” (Ent. 9)

“Tem exemplos bons e ruins... Nessa Unidade todos os profissionais estão envolvidos... E tem unidades que não.” (Ent. 16)

Acredita-se que muitos casos de tuberculose não estejam sendo diagnosticados, seja pelo fato de os sujeitos contaminados não terem acesso aos serviços de saúde ou pelo fato de os profissionais de saúde não estarem atentos aos sintomáticos respiratórios (MUNIZ *et al*, 2005). Isso demonstra o não envolvimento dos profissionais de saúde com as ações de Busca de SR.

A Busca de SR na demanda dos serviços requer que os profissionais estejam atentos não só com a sintomatologia, mas com o período de tempo em que decorre o aparecimento dos sintomas. Considera-se sintomático respiratório o indivíduo que apresente tosse há mais de três semanas. Esse tempo foi padronizado justamente para descartar um evento agudo (MUNIZ, 2004).

A falta de envolvimento das equipes locais de saúde culmina com a não incorporação e o não desenvolvimento das ações de Busca de SR em contraponto ao adequado envolvimento que promove a sustentabilidade dessas ações.

Nos locais em que há PACS e PSF, identificou-se, como fator fortalecedor para as ações de Busca de SR, a presença destas equipes de saúde, por estarem esses profissionais mais envolvidos com ações diretamente na comunidade. Como dito anteriormente, embora a cobertura do PACS e do PSF no Estado de São Paulo ainda seja baixa (20% segundo dados da SES-SP), tem sido identificado que estes programas representam uma possibilidade de alcance para a reorganização da atenção primária.

“E a gente tem recurso disponível, nós temos os Agentes Comunitários de Saúde... E outra coisa que eu acho é o próprio Programa de Saúde da Família, são os facilitadores...” (Ent. 16)

4.6. Estratégias utilizadas para as ações de busca de Sintomáticos Respiratórios

Segundo os depoimentos, os municípios utilizam diferentes estratégias com o objetivo de ampliar a busca de SR, de acordo com suas características e disponibilidade de recursos. Essas estratégias são de caráter técnico-burocrático e educativo, tais como: Livro de SR, treinamento das equipes de saúde, carimbo/caneta de SR e mobilizações/divulgações da busca de SR. Todas as estratégias utilizadas são apontadas como fortalecedoras da busca de SR.

As estratégias de Vigilância da Saúde podem variar de acordo com características da situação epidemiológica ou de acordo com o grau de desenvolvimento, disponibilidade de recursos e capacidade técnico-operacional das diferentes áreas geográficas, conferindo uma concepção flexível, heterogênea, baseada na própria heterogeneidade epidemiológica e sanitária existente no país (I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, 1990).

O Livro de SR é uma estratégia proposta pelo Ministério da Saúde como forma de sistematizar a Busca de SR uma vez que possibilita organizar as informações dessa atividade. Essa estratégia ainda está em processo de implantação no Estado de São Paulo e contempla dados de todos os SR examinados, desde nome, endereço, solicitação de exames e resultados desses exames, principalmente, em relação à baciloscopia de escarro. É ressaltado pelos entrevistados, porém, que deve ser implantada com cautela, permitindo treinamentos anteriores e incorporação da sua importância à equipe de saúde para garantir a responsabilização dessa equipe na realização desta atividade.

“... estamos fazendo um novo treinamento que tem o livro de sintomático respiratório. Vamos ver se a gente consegue uma boa abordagem de quem vai fazer. Se não é mais uma coisa combatendo.” (Ent. 6)

“... estou mais devagar para montar o livro de sintomático respiratório, porque eu não tenho como vou ter essa resposta no livro.” (Ent. 17)

O treinamento das equipes de saúde é realizado em grande parte do Estado de São Paulo, apresentando-se como outro fator facilitador da Busca de SR. Para realizá-lo, porém, é necessário planejamento e estruturação. A realização desses treinamentos exige a liberação dos profissionais de saúde de seus postos de trabalho. Isto requer um remanejamento de recursos humanos que, muitas vezes, não é possível aos serviços de saúde. Essa situação constitui-se um problema, pois prejudica os treinamentos quanto ao número de profissionais e à periodicidade que atingem.

“A dificuldade que eu vejo é a do profissional. Nós acabamos de fazer um treinamento... a Unidade acaba colocando obstáculos pela falta de funcionários.” (Ent. 15)

“... tem vários treinamentos... atualmente nós estamos incluindo é... para ver a disponibilidade de estar tirando a funcionária da unidade de saúde para gente estar reciclando...” (Ent. 19)

O carimbo ou a caneta é uma estratégia utilizada como forma de integrar diferentes especialidades de uma mesma unidade de saúde. Todas as especialidades da unidade de saúde possuem o carimbo ou a caneta contendo um dizer como “Tuberculose” ou “DOTS”. Assim o profissional de saúde de qualquer especialidade interroga o paciente sobre a presença de tosse, carimba a ficha de atendimento desse paciente e, se necessário, encaminha-o para o Programa de Controle da Tuberculose.

Essa estratégia é vista como uma maneira de conscientizar os profissionais de saúde da responsabilidade pela Busca de SR, além de integrar a atenção à tuberculose a outras especialidades. É considerada uma forma de atender ao princípio de integralidade, visando as necessidades do indivíduo.

“... nós também implantamos o carimbo... estar carimbando independente da especialidade que está passando e estar perguntando se tem tosse...” (Ent. 12)

Outra estratégia utilizada na busca de SR são as mobilizações e divulgações dos sintomas da tuberculose e da Busca de SR, as quais são realizadas para atingir tanto a sociedade quanto aos profissionais de saúde, ultrapassando os limites da unidade de saúde. Há várias formas de mobilizações/divulgações e cada município escolhe realizar aquela mais adequada às suas condições de recursos físicos e materiais e de maior impacto diante do seu público alvo. Entre algumas formas utilizadas, destacam-se teatros para a população e para os profissionais de saúde, divulgações na mídia radiofônica ou televisiva e, ainda, passeatas e cartazes. As principais mensagens divulgadas são sobre a tosse enquanto principal sintoma da TB e sobre o exame de baciloscopia de escarro enquanto a forma mais efetiva de realizar o diagnóstico da doença.

“... a gente começou a divulgar por escrito... em todas as unidades, tivemos uma divulgação... falamos também na mídia, na televisão, na radio e tudo...” (Ent. 14)

A intervenção na perspectiva da Vigilância da Saúde extrapola o uso de conhecimentos médicos-sanitaristas e inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, a organização e a atuação de diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (TEIXEIRA, PAIM & VILASBÔAS, 1998).

RUFFINO-NETTO (2001) considera necessário criar alternativas para o controle da TB que se voltem para uma prática de saúde participativa, coletiva, integral, vinculada à realidade da comunidade e capaz de ultrapassar as fronteiras das Unidades de Saúde.

É necessária a utilização de estratégias que conscientizem os profissionais de saúde na atenção à TB. Para isso, é necessária uma prévia incorporação de atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) por parte de todo o serviço de saúde. Nesse sentido, é preciso desencadear transformações no modo de organização dos sistemas de serviços de saúde.

O manejo da TB, considerada uma condição crônica, depende fundamentalmente de uma atenção primária à saúde eficaz, que contenha o risco evolutivo das doenças. É impossível organizar um bom sistema na lógica da atenção aos eventos agudos, como tem sido feito atualmente (MENDES, 2002).

4.7. Retaguarda laboratorial e tempo de divulgação dos exames de baciloscopias

Segundo os entrevistados, o Estado de São Paulo apresenta uma adequada estruturação da rede laboratorial, desde a sua estrutura física, material e de recursos humanos, e também possui uma adequada comunicação entre as unidades de saúde e os laboratórios. A rede laboratorial é um ponto importante de apoio para a Busca de SR, pois a existência de uma estrutura adequada permite agilidade na realização dos exames de baciloscopia e facilita o aumento na demanda desses exames.

“... a equipe do laboratório está envolvida com as unidades...” (Ent.2)

“... a estrutura do laboratório eu tenho suficiente para dar cobertura para a população...” (Ent. 6)

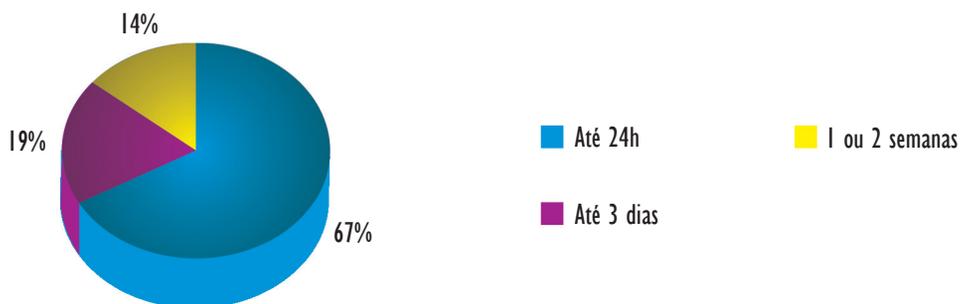
Os Planos Nacionais de Controle da Tuberculose estabelecem, em suas diretrizes, a necessidade de redes laboratoriais organizadas em todo o país. Estabelecem diretrizes destacando a descentralização desses laboratórios sob a Coordenação dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN); a ampliação da realização de baciloscopia para Rede de Serviços de Saúde dos municípios prioritários; a implantação da realização da cultura de escarro para identificação do bacilo de Koch; a implantação do Sistema de Informação Laboratorial para Tuberculose (SILTB) nos LACEN e Unidades Laboratoriais dos municípios prioritários; a implantação de um programa de garantia da qualidade para os exames bacteriológicos na rede laboratorial; e a garantia do resultado da baciloscopia em 4 horas na urgência/emergência e 24 horas na rede ambulatorial (BRASIL, 2004).

Através do Gráfico 10, pode ser observado um tempo hábil para divulgação dos resultados de baciloscopias pelos laboratórios do Estado de São Paulo. Em 67% dos municípios, o tempo para divulgação de resultados é de, no máximo, 24 horas para casos positivos.

A agilidade para a divulgação dos resultados de exames é influenciada pela estrutura física, pelos recursos humanos e pela articulação entre serviço de saúde e laboratório. Municípios de maior porte promoveram a municipalização da rede de laboratórios, o que possibilita maior agilidade no processo de solicitação, realização e divulgação dos exames devido a maior articulação entre serviço de saúde e laboratório. Já municípios de pequeno porte possuem convênios com laboratórios de referência o que, muitas vezes, quando não há um adequado gerenciamento e uma

adequada articulação pode influenciar diretamente no processo de realização de exames e, portanto, no maior tempo para divulgação de exames.

GRÁFICO 10 - Distribuição do tempo para divulgação dos resultados de baciloscopias no Estado de São Paulo no processo de implantação da estratégia DOTS, 2005.



5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A descentralização das ações de controle da TB, a partir da transferência de responsabilidades de algumas atividades técnicas, como o TS e a busca de SR, para os pontos periféricos do sistema de saúde amplia o acesso ao diagnóstico e ao tratamento para o controle da doença, sendo, portanto, favorável à implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS. Para a condução desse processo, ressalta-se que é fundamental a designação de profissionais capacitados e que possuam habilidade, tanto gerencial quanto técnica, para assumir a coordenação dos PCTs nos municípios.

Em relação ao compromisso político dos atores-chave na implantação e sustentabilidade da estratégia DOTS, algumas dificuldades estiveram presentes no envolvimento dos gestores municipais de saúde, tanto de ordem epidemiológica (outras doenças prioritárias para o município) como financeira (disponibilidade de recursos para as ações de controle da TB) e, também, política (descontinuidade política frente às mudanças de gestão nos municípios). O envolvimento dos coordenadores dos PCTs esteve voltado principalmente para a negociação permanente entre os diversos níveis (gestor, equipe local, outras instâncias governamentais, comunidade, entre outros), na tentativa de tornar a TB prioridade na agenda municipal, além do esforço contínuo

para o desenvolvimento de estratégias que visem a sensibilização e a incorporação da doença pelas equipes locais de saúde, pois evidencia-se o despreparo das mesmas, o qual tem dificultado a execução das atividades técnicas para controle da TB, entre elas, o TS e a Busca de SR.

De acordo com os resultados aqui apresentados, os municípios prioritários têm desenhado a estratégia conforme sua disponibilidade de recursos, além do estabelecimento de importantes parcerias com o PSF, membros da família e da comunidade. Embora incipientes, essas parcerias demonstram resultados satisfatórios já em seus ensaios.

Um dos aspectos observados foi a flexibilidade pelas equipes ao desenhar o TS, considerando-se nesse processo a singularidade dos indivíduos.

Em relação à Busca de SR no Estado de São Paulo, esta vem sendo realizada predominantemente em Unidades Básicas de Saúde (56%), com uma pequena tendência de expansão para PSFs e PACS (24%), o que demonstra que essa atividade técnica vem acompanhando o processo de descentralização pelo qual tem passado o setor saúde no Brasil.

Destaca-se, no Estado de São Paulo, a forte organização da rede laboratorial com adequado preparo de profissionais em seu campo de atuação e adequada comunicação entre laboratórios e serviços de saúde. Isso se reflete num tempo hábil de divulgação dos resultados de baciloscopias (em até 24 horas em 63% dos municípios), levando à melhoria nas ações de Busca de SR e conseqüente aumento de casos detectados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface (Botucatu)*, set./fev. 2005, vol.9, no.16, p.39-52.

BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.D.V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.13, n.1, p. 15-24, 2004.

BAYER, R.; STAYTON, C.; DESVARIEUX, M.; HEALTON, C.; LANDESMAN, S.; TSAI, W.Y. Directly Observed Therapy and Treatment Completion for Tuberculosis in the

- United States: Is Universal Supervised Therapy Necessary? *American Journal of Public Health*, v. 88, n. 7, p. 1052-1058, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, acessado em 11/11/2005. *Disponível em*: www.datasus.gov.br
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro Nacional de Epidemiologia. Centro de Referência Hélio Fraga. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Estratégico para a Implementação do Plano de Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005. Resumo Executivo. Brasília, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano nacional de controle da tuberculose. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Controle da Tuberculose: diretrizes do Plano de ação emergencial para municípios prioritários. Brasília, 1997.
- BUENO, W.S.; MERHY, E.E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? [artigo da Internet]. [citado em 07 de novembro de 2005.] *Disponível em*: <http://datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crithtm>.
- CENTERS DISEASE CONTROL. Initial therapy for tuberculosis in the era of multidrug resistance. Recommendations of the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1993; 42 (RR7): 1-8.
- CHAULK, C.P; MOORE-RICE, K.; RIZZO, R.; CHAISSON, R.E. Eleven years of community-based directly observed therapy for tuberculosis. *JAMA* 1995; 274: 945-951.

- CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, I. Vigilância epidemiológica – Reformulação do sistema face à municipalização dos serviços de saúde. Relatório da Oficina de trabalho. Anais. UNICAMP – ABRASCO. Campinas, p. 33-36, 1990.
- COSTA, A.A.N. Sinergia e capital social na construção de políticas sociais: A favela da Mangueira no Rio de Janeiro. *Rev. Sociol. Polit.*, v. 21, p. 147-163, nov. 2003.
- FRIEDEM, T.R.; DRIVER, C.R. Tuberculosis control: past 10 years and future progress. *International Journal Tuberculosis and Lung Disease*, v.83, n. 1-3, p. 82-5, 2003.
- ISEMAN, M.D.; COHN, D.L; SBARBARO, J.Á. Directly observed treatment of tuberculosis – we can't afford not to try it. *N Engl J Med* 1993; 338:576-578.
- LEUCOVITZ, E.; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. Políticas de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.6, n.2, p.269-91, 2001.
- MENDES, E.V. A atenção primária à saúde no SUS. Escola de Saúde Pública, Ceará, 2002.
- MENDES, E. V. Os Grandes Dilemas do SUS. Salvador: Editora Casa da Qualidade, Tomo I e II, 2001.
- MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec. Abrasco, 1999.
- MUNIZ, J.N.; PALHA, P.F.; MONROE, A.A.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitários. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (2): 315-21, 2005.
- MUNIZ, J. N. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde na Identificação de Sintomáticos Respiratórios no Controle da Tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária à saúde. 2004. 148 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2004.

NETO, C.C. Tuberculose, Vila Rosário e a cadeia da miséria. Antigas angústias, mais reflexões e novos caminhos. Bol. Pneumol. Sanit 2004; 12 (3): 171-183.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Relatório Mundial, 2002.

PAIM, J.S. A Reforma e os Modelos Assistenciais. *In*: Rouquayrol, M.Z (Org). Epidemiologia e saúde. 5ed. Rio de Janeiro, 1999, p.473-487.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. *In*: Rouquayrol, M.Z (Org). Epidemiologia e saúde. 6ed. Rio de Janeiro, 2003, p.567-586.

RAVIGLIONE, M.C.; PIO, A. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001. The Lancet, v.359, p.775-80, 2002.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: Situação Atual e Novas Perspectivas. Informe Epidemiológico do SUS, v. 10, n. 3, p. 129-138, 2001.

SILVA, A.C.A.; BARBOSA, E.C. Ampliação da equipe do Programa de Controle da Tuberculose e implantação do tratamento supervisionado. Bol. Pneumol. Sanit 2004; 12 (3): 155-158.

SILVA, M.D. Fatores associados à demora para o início do tratamento da tuberculose pulmonar em Cuiabá-MT. 2002. 199 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA/MINISTÉRIO DA SAÚDE. II Consenso Brasileiro de Tuberculose: Diretrizes Brasileiras para Tuberculose 2004. J Pneumol 2004; 30 (1): S1-S56.

SURMATOJO, E. When tuberculosis treatment fails. A social behavioural account of patient adherence. Lancet 2003; 356: 1031-1032.

TRIVINOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Atlas, 1992.

VILASBÔAS, A.L. et al. Vigilância à saúde. In: Rouquayrol, M. Z (Org). Epidemiologia e saúde. 6ed. Rio de Janeiro, p. 685, 2003.

VOLMINK, J.; MATCHABA, P.; GARNER, P. Directly observed therapy and treatment adherence. The Lancet 2000. 355: 1345-1350.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. What is dots?. A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. WHO/CDS/CPC/TB/99, 1999. 270p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2005. Geneva, Switzerland, WHO/TB/2003.316, 2005.

ZACHARIAH, R.; TECK, R.; BUHENDWA, L.; LABANA, S.; CHINJI, C.; HUMBLET, P.; HARRIES, A.D. How can community contribute in the fight against HIV/AIDS and tuberculosis? An example from a rural district in Malawi. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 2005; October 5: 1-9.

(II) A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS EM ALGUMAS CIDADES DO ESTADO DE SÃO PAULO

I. EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS EM RIBEIRÃO PRETO⁵

I.1. O município de Ribeirão Preto e a rede de serviços de saúde

O município de Ribeirão Preto localiza-se no interior do Estado de São Paulo, a 319Km da capital, e conta com uma população estimada em aproximadamente 542.912 habitantes.

A cidade tornou-se um centro de referência na prestação de serviços de saúde, recebendo pacientes da região e de vários outros Estados do Brasil. Conta com ampla rede de serviços de saúde (privada, filantrópica e pública) abrangendo a atenção primária, secundária e terciária. A rede hospitalar é constituída por 11 hospitais, sendo nove gerais (um hospital-escola de caráter público, três filantrópicos e cinco privados) e dois psiquiátricos (um público e um filantrópico). Desses, seis são ligados ao SUS.

Possui uma rede básica ambulatorial composta por 33 unidades de saúde, sendo 28 unidades básicas e cinco unidades distritais de saúde (UBDS Vila Virgínia, UBDS Castelo Branco, UBDS Central, UBDS Simioni e CSE-Cuiabá). Além do atendimento básico e especializado, oferece serviços ambulatoriais para os hospitais conveniados e contratados. Conta ainda com um Ambulatório Regional de Especialidades (NGA-59), um Núcleo de Assistência Psicossocial e um Ambulatório de Saúde Mental, que também atendem municípios da região.

I.2. Antecedentes históricos

O processo de municipalização da saúde no município de Ribeirão Preto iniciou-se no final de 1987. A partir desse período, houve significativa ampliação da rede básica e conseqüente redistribuição de competências entre as instâncias de governo.

⁵ O subcapítulo foi elaborado fundamentalmente por Jordana Nogueira Muniz, Tereza Cristina Scatena Vila e Antônio Ruffino-Netto. Contém informações da Dissertação de Mestrado de Jordana Nogueira Muniz, em 1999, na EERP-USP, intitulada: “*O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção da equipe de saúde-1999*”.

As ações de vigilância epidemiológica que eram de competência estadual começaram a ser gradativamente incorporadas pelo município, no ano de 1989, com a implantação do Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal da Saúde, hoje Divisão de Vigilância Epidemiológica. Ocorreram mudanças importantes no fluxo de informações, ou seja, no caminho percorrido pelas notificações das doenças. O município passou a executar as ações de vigilância, exercendo uma participação ativa no sistema.

Esse serviço, inicialmente constituído por apenas dois profissionais, tem seu quadro de recursos humanos ampliados anualmente em face do aumento de atribuições da competência do município. Para atender ao processo de distritalização em curso, a Vigilância Epidemiológica se organizou em equipes distribuídas em nível central com suas respectivas atividades e competências.

Gradativamente, ocorreu a divisão do trabalho entre os profissionais do nível central, que receberam responsabilidades diferenciadas. Determinou-se que cada profissional respondesse por um grupo de doenças previamente estabelecidas, entre elas, a tuberculose.

No entanto, apesar de o fluxo de informações centralizar-se na Divisão de Vigilância Epidemiológica da SMS de Ribeirão Preto, o gerenciamento de Programas historicamente mais verticalizados, como o da Tuberculose e o da Hanseníase, eram ainda realizados pelo nível estadual.

No ano de 1995, são eleitos 25 municípios no Estado São Paulo como prioritários ao combate da tuberculose, entre os quais, encontra-se Ribeirão Preto por apresentar taxa de co-infecção TB/HIV, em torno de 30%, taxa média de abandono de 16% e 50% de cura.

Sob iniciativa da Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, em dezembro de 1995, é realizado o *I Fórum Regional de Tuberculose e co-infecção TB/HIV*, cujo objetivo era sensibilizar os profissionais da área da saúde quanto à situação alarmante da tuberculose no país e no município.

Para atender às propostas estabelecidas pela Divisão de Vigilância Epidemiológica, em março de 1996, o cargo de Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose é criado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Desse modo, o município passa a gerenciar o Programa de Controle da Tuberculose, atendendo às competências estabelecidas pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária.

Além da extensão da oferta de serviços, a descentralização administrativa e operacional do Programa de Controle da Tuberculose teve como consequência a am-

pliação gradativa das atribuições municipais, como: compra de equipamentos, insumos, contratação e capacitação de recursos humanos, orientação técnica e supervisão para as equipes das unidades de saúde em consonância com as normas preestabelecidas pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária e com o apoio técnico da DIR XVIII e da Divisão Estadual do Programa de Controle da Tuberculose.

Nesse período, implantou-se a estratégia de Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios nas Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto. As baciloscopias, que historicamente eram realizadas pelo Instituto Adolfo Lutz, passaram a ser de responsabilidade do município. A supervisão e controle de qualidade ficaram sob responsabilidade dos antigos Laboratórios Públicos Estaduais. Essas mudanças exigiram a adoção de medidas de reorganização da assistência para que fossem viabilizadas a identificação do sintomático respiratório e a realização do exame de escarro. As equipes de saúde foram capacitadas, o fluxo laboratorial foi reorganizado e o serviço de apoio passou a ser responsabilidade do município (aquisição de potes de escarro, isopores para conservação, requisição do exame e transporte do material).

Com a implantação da Busca Ativa de Sintomáticos Respiratórios pelas Unidades de Saúde, houve um acréscimo significativo de baciloscopias de escarro realizadas pelo município e um aumento de casos diagnosticados.

A inclusão do município de Ribeirão Preto no Plano Emergencial exigiu que o mesmo encaminhasse à Fundação Nacional de Saúde, no ano de 1996, um projeto que continha as metas e o dimensionamento dos recursos. Embora esse projeto tenha sido aprovado, somente em maio de 1997, o recurso tornou-se disponível. Uma de suas metas era melhorar a adesão do paciente ao tratamento, diminuindo as taxas de abandono e aumentando os percentuais de cura.

Entre 1993 e 1996, o município apresentou uma taxa média de 48,7% de cura, um percentual muito abaixo dos 85% esperados pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária, cujos valores dificilmente seriam atingíveis considerando que a taxa média de óbito, nesses quatro anos, foi de 20%. Cabe ressaltar que, dos 59 óbitos ocorridos no ano de 1996, 76% foram atribuídos à co-infecção TB/HIV/Aids.

Como estratégia para alterar a situação epidemiológica do município, optou-se por adotar o tratamento supervisionado (TS). O processo de implantação iniciou-se no ano de 1997 e vem se estabelecendo como atividade de rotina do Programa de Controle da Tuberculose.

I.3. A implantação do Tratamento Supervisionado nas ações do programa de controle da Tuberculose em Ribeirão Preto.

O momento de construção da Proposta

Inicialmente, programou-se o agendamento de reuniões nas unidades em que o Programa estava instalado, solicitando-se a presença dos profissionais envolvidos com as ações do Programa de Controle de Tuberculose e da equipe de Vigilância Epidemiológica. A proposta foi sendo debatida e construída em etapas não estanques, que permitiram o seu entrelaçamento, em um movimento contínuo e complementar, com possibilidades de flexibilização no decorrer do processo.

Nestes encontros, foram discutidos os indicadores epidemiológicos do município e das áreas de abrangência do Programa; foi apresentada e debatida a “estratégia tratamento supervisionado”; foi realizado um levantamento de necessidades (capacidade instalada de profissionais e recursos materiais disponíveis); foram redefinidas as competências e atividades dos profissionais e estabelecidos os critérios de inclusão de pacientes no tratamento supervisionado, respeitando-se a realidade do serviço, a diversidade do território e as diferenças econômicas e sociais da população atendida por cada unidade.

A implantação do TS exigiu, ainda, que várias providências fossem adotadas, tais como: aquisição de viatura, aquisição de insumos (cesta básica, vale transporte, leite), estabelecimento de parceria com a Secretaria do Bem Estar Social, aquisição de materiais educativos (panfletos, cartazes, álbum seriado, fichas de aprazamento); aquisição de televisão, vídeo, retroprojetor, projetor de slides e microcomputador para implementação do sistema de informação.

Investiu-se em atividades educativas para a comunidade e supervisão periódica junto às equipes do programa, incentivou-se a realização de visitas domiciliares para os casos novos e contactantes, disponibilizou-se benefícios para os pacientes em tratamento e implantou-se o sistema de informação EPI-TB.

O momento de execução da Proposta

O trabalho foi iniciado em setembro de 1997, em uma Unidade de Referência de Tratamento da Tuberculose situada na região sul do município, tendo sua expansão para as outras unidades no ano seguinte.

A Coordenação Municipal do Programa de Controle da Tuberculose, reco-

nhecendo que a proposta era um tanto inovadora aos membros da equipe, realizava reuniões freqüentes de avaliação, tentando buscar alternativas ou soluções para os problemas e/ou dificuldades que aparecessem durante o processo.

Ainda, atendendo à proposta de distritalização da saúde no município de Ribeirão Preto, foram implantados mais dois ambulatórios para o atendimento e acompanhamento dos casos diagnosticados. Com um total de cinco unidades de atendimento, garantia-se o acesso ao tratamento de tuberculose nos cinco distritos de saúde do município de Ribeirão Preto. Esses ambulatórios recebem pacientes e familiares das respectivas áreas de abrangência.

Vale ressaltar que todos estes recursos disponíveis e atividades desencadeadas foram fundamentais para a melhoria na organização da assistência ao paciente de tuberculose. Ao longo destes últimos cinco anos, vem-se ampliando a oferta de tratamento supervisionado na rotina dos serviços. Em 1998, 20,3% dos pacientes foram supervisionados diariamente em domicílio. Em 2004, a supervisão terapêutica alcançou 73,9% dos pacientes.

Inicialmente, eram priorizados os pacientes que potencialmente ofereciam risco de abandono, tais como: alcoólatras, usuários de droga, HIV positivos, retratamento pós-abandono, recidivas. Ao longo do tempo, essa oferta vem se estendendo aos demais pacientes e a todos os casos pulmonares bacilíferos.

1.4. Informações epidemiológicas e operacionais

Na cidade de Ribeirão Preto, em termos de cura, observa-se que houve um declínio de 2,2% ao ano no período de 1993/1996. No período de 1997/2003, houve um aumento de cura de 1% ao ano (*cf.* Gráficos 1, 2 e 3).

O percentual de abandono, durante o período de 1993/2003, apresentou uma tendência geral de queda de 1,84% ao ano. Já a mortalidade, no período de 1998/2003, apresentou um aumento de 0,09% ao ano.

A estratégia DOTS foi introduzida no final de 1997, o que poderia explicar o aumento de percentual de curas a partir desse ano.

A tendência de diminuição do percentual de abandono, a partir de 1993, parece traduzir uma consolidação do PCT local, culminando com a implantação do tratamento supervisionado. Deve-se assinalar que Ribeirão Preto foi a primeira cidade no Brasil a atender as recomendações do Ministério da Saúde em relação à supervisão do tratamento.

Curiosamente, no ano 2001, houve algum fato novo, pois houve discreta diminuição do percentual de curas, acompanhado de leve aumento do percentual de abandono.

Hipóteses explicativas:

Pressupõe-se que, nesse ano, três fatores tenham interferido nas taxas de cura e abandono: o primeiro de cunho **gerencial**; o segundo, **operacional**; e o terceiro, **epidemiológico**.

Gerencial: mudança do gestor municipal.

A coordenação municipal do Programa de Controle da Tuberculose acumulou outras funções, como o gerenciamento das ações do Programa de Hanseníase e Saúde do Adulto (Idoso, Hipertensão, Diabetes).

Operacional:

Nos anos de 1999 e 2000, a coordenação do programa Estadual de DST/Aids contratou com recurso próprio um agente de saúde para realizar o tratamento supervisionado dos pacientes com co-infecção TB/HIV. Considerando que o município já se encontrava com equipes organizadas, este profissional foi absorvido pelo ambulatório vinculado ao Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para realizar tratamento supervisionado nos casos em seguimento naquela instituição. Em 2001, este profissional teve seu contrato de trabalho cancelado, causando interrupção das atividades.

Epidemiológica:

No ano de 2001, registramos um alto percentual de óbitos associados ao HIV, ou seja, durante o tratamento de tuberculose, pacientes com co-infecção TB/HIV faleceram. Esse fato interferiu na taxa de letalidade do município e contribuiu para a redução das taxas de cura.

Porcentagem de encerramento por óbitos nos casos notificados de tuberculose, residentes em Ribeirão Preto no período de 1993 a 2003.

GRÁFICO 1 - Percentual de cura, abandono e óbito - Ribeirão Preto, 1993 - 2003

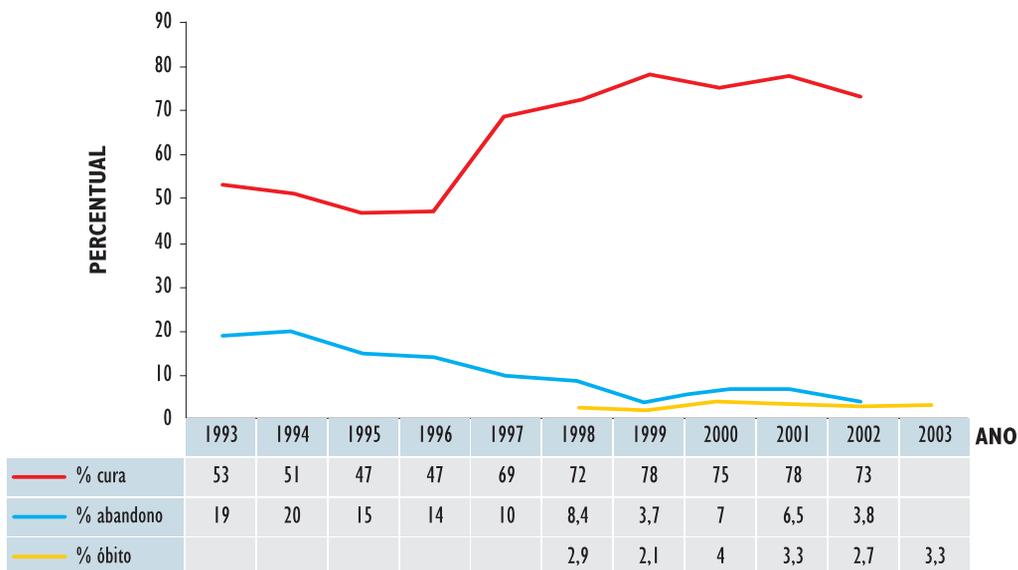


GRÁFICO 2 - Percentual de cura, abandono e óbito - Ribeirão Preto, 1993 - 2003

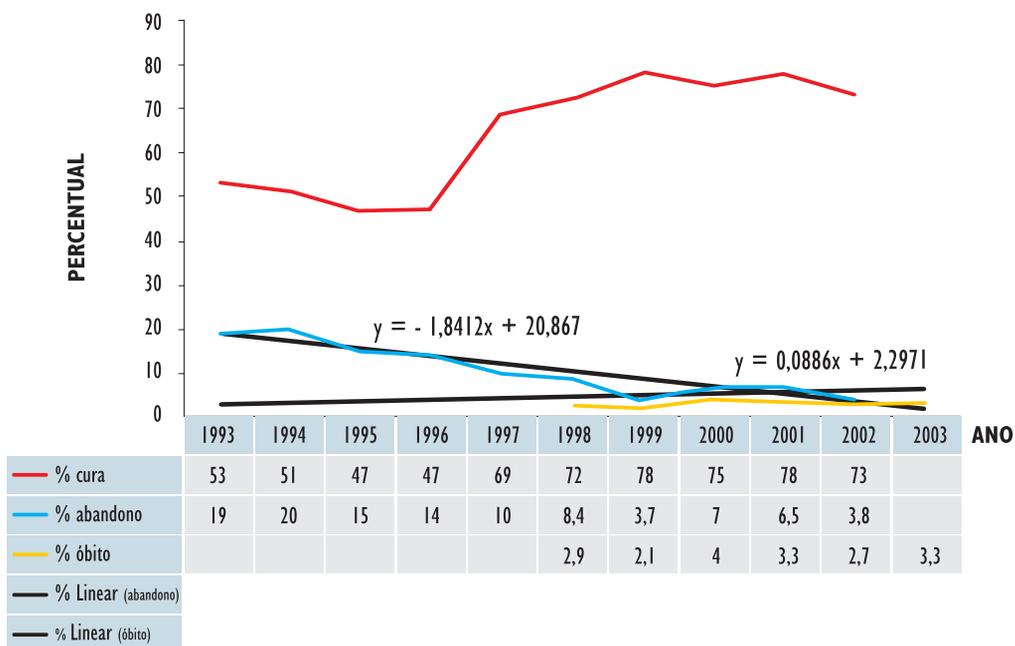


GRÁFICO 3 - Percentual de cura, Ribeirão Preto, 1993 - 1996

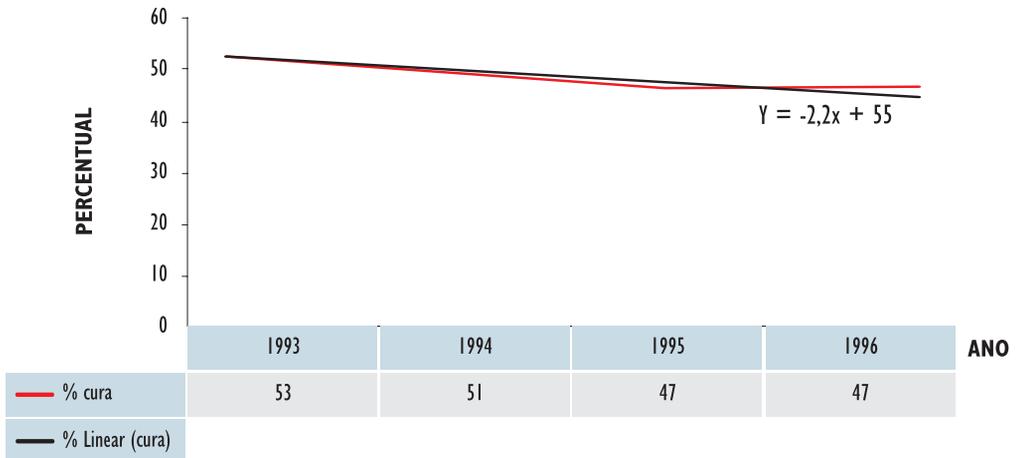
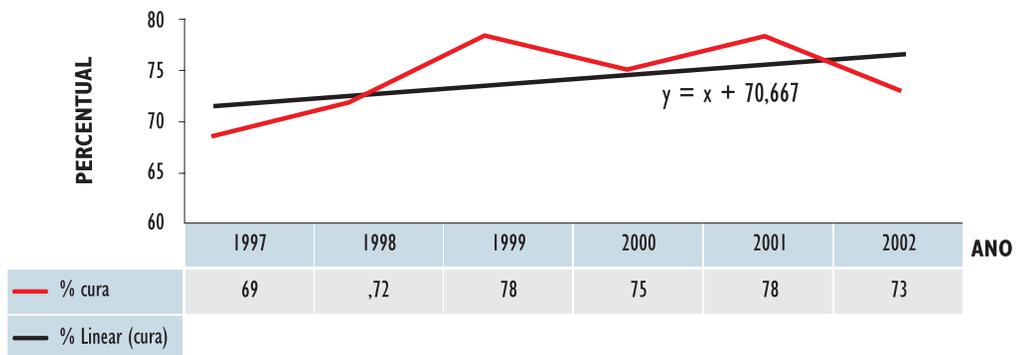


GRÁFICO 4 - Percentual de cura, Ribeirão Preto, 1997 - 2002



1.5. Considerações finais

No município de Ribeirão Preto, a implantação do tratamento supervisionado aos pacientes com tuberculose exigiu, inicialmente, a reavaliação da assistência oferecida. Desse modo, essa implantação, embora construída aos poucos, com avanços e dificuldades, foi se revelando capaz de transformar a prática de atenção ao paciente com tuberculose.

O princípio norteador da proposta, caracterizado pelo ato de supervisionar a ingestão medicamentosa, continua sendo a finalidade central da intervenção, pois visa alcançar mudanças nos indicadores e conseqüente impacto epidemiológico. Assim sendo, o processo de implantação e operacionalização do tratamento supervisionado desponta como capaz de modificar a estrutura de trabalho da equipe envolvida, bem como amplia os espaços e formas de intervenção no âmbito individual e coletivo.

Do ponto de vista processual, apreendeu-se que o processo de implantação do tratamento supervisionado abre espaço para novas possibilidades de organização do trabalho, pois:

- aponta para novas relações de trabalho, exigindo a participação de diferentes categorias profissionais em um mesmo projeto de trabalho;
- impõe uma redefinição das funções e papéis dos profissionais à medida que requer reestruturação dos aspectos relacionados à distribuição de recursos humanos (turno, quantitativo) e à divisão do trabalho;
- valoriza a visita domiciliar com o propósito inicial de conhecer as condições de vida dos pacientes, levantar prioridades, dificuldades e, desse modo, decidir sua inserção ou não na terapia supervisionada;
- permite ampliar o estabelecimento de rotinas internas, tais como a elaboração de instrumento para registro de visitas, o preenchimento de livro de controle e o controle diário de faltosos;
- possibilita maior interação entre a equipe à medida que exige freqüentes discussões sobre os casos em tratamento, bem como decisões pactuadas e articulação intersetoriais.

Por outro lado, cabe enfatizar como fundamental o comprometimento político e financeiro dos diferentes níveis de governo e seu total apoio na implantação da proposta. Ressalta-se que, em parte, o processo desencadeou-se em resposta a um convênio estabelecido entre o município de Ribeirão Preto e o Ministério da Saúde,

havendo assim, total interesse em implantar medidas que atendessem a uma necessidade política e epidemiológica. No entanto, em nível local, a mudança do gestor pode ocasionar abalos na condução das ações do programa, exigindo freqüentes negociações do coordenador municipal.

É importante considerar que o tratamento supervisionado tem prioritariamente sua atenção voltada para a cura do paciente. A prática, porém, tem demonstrado que, durante o desenvolvimento dessa ação, é possível promover outras intervenções, ainda que de forma focalizadas no indivíduo e familiares.

Acresce-se a esse aspecto que o comparecimento diário do profissional ao domicílio do paciente permite conhecer a realidade de vida do paciente, modificando as relações e atitudes. Esse convívio freqüente pressupõe o estabelecimento de vínculo, amplia o compromisso do profissional com o paciente e, conseqüentemente, promove mudanças na qualidade da atenção e maior adesão ao tratamento.

É relevante, contudo, enfatizar que a situação de saúde da população é resultante de determinantes estruturais socioambientais, políticas e econômicas. Assim, nem sempre será possível à equipe dar respostas ou soluções para os problemas identificados. Às vezes, os mesmos dependem de intervenções que envolvem articulações de amplo alcance, com participação de outras instâncias decisórias (políticas, econômicas e socioculturais). Nesse sentido, é preciso ampliar os espaços de participação e conceber iniciativas pactuadas entre sociedade, municípios, Estados e Governo Federal.

Conclui-se que a estratégia do tratamento supervisionado se coloca como uma intervenção que:

- representa uma ação de enfoque terapêutico;
- configura-se como um meio de reduzir a transmissão através do controle dos comunicantes, privilegiando ações educativas no âmbito familiar;
- possibilita ampliar a capacidade de interação e atuação dos agentes através do estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilidade cujo objetivo é garantir maior qualidade da atenção e adesão do paciente ao tratamento.

2. EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS EM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO⁶

2.1. Antecedentes

A cidade de São José do Rio Preto está localizada na região noroeste do Estado de São Paulo, caracterizando-se como pólo regional, sede da 8ª Região Administrativa, com 96 municípios. Fundada em 19 de março de 1852, apresenta população de 406.827 mil habitantes (SÃO PAULO, 2004), sendo considerada um município de grande porte e conta com área de influência que atinge parte dos Estados de Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul.

De acordo com o IPRS (Índice Paulista de Responsabilidade Social), nas edições de 2000 e 2002 (SÃO PAULO, 2004), o município de São José do Rio Preto está classificado no Grupo 1 do Estado de São Paulo (grupo de elite), com bons níveis de riqueza, longevidade e escolaridade. No entanto, enquanto a existência de uma Rio Preto oficial é comparada aos países do Primeiro Mundo, há uma Rio Preto real, ilegal, representada pelos loteamentos clandestinos (5% da população) que não têm escrituras das propriedades, não contam com escolas, praças, Serviços de Saúde e bebem água contaminada pelo esgoto das fossas negras (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005). A estrutura populacional da cidade assemelha-se a países desenvolvidos, com diminuição da faixa etária de 0 a 4 anos e notável aumento na população economicamente ativa (14 a 49 anos) e na faixa etária de 50 anos e mais, principalmente, a maior de 75 anos (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005).

Além do aumento da necessidade por equipamentos e serviços de uso coletivo, a construção dos conjuntos habitacionais para migrantes, incentivada pelo Banco Nacional de Habitação (BNH) com o Programa de Cidades de Porte Médio, criado para aliviar a situação demográfica dos grandes centros metropolitanos, e as mudanças na política de saúde do país a partir da década de 80 levaram a um desenvolvimento e crescimento dos serviços públicos de saúde em São José do Rio Preto.

O município de São José do Rio Preto tornou-se um centro de referência na prestação de serviços de saúde, recebendo pacientes da região de vários outros Estados do Brasil. Conta com a média de 4,4 médicos para cada mil habitantes, coeficiente duas vezes maior que a do Estado de São Paulo (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005).

⁶ O subcapítulo foi elaborado fundamentalmente por Silvia Helena Figueiredo Vendramini, Cláudia Eli Gazetta, Maria Rita Cury, Tereza Cristina Scatena Villa e Antônio Ruffino-Netto. Contém informações da Tese de Doutorado de Silvia Helena Figueiredo Vendramini, intitulada “*O Programa de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto-SP: do contexto epidemiológico à dimensão social - 2005*”.

A implantação do SUS, a partir de 1988, promove mudanças no sistema de saúde em São José do Rio Preto. Em maio de 1998, o sistema é habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica (BRASIL, 1997; SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1999).

O ano de 2001 representou, para o município, o início de um período de reestruturação e reorganização do sistema de saúde, com a divisão do município em Pólos de Saúde e a definição das áreas de abrangência de cada serviço de saúde. Houve expressivos investimentos na reformulação e expansão da Vigilância Epidemiológica que se encontra atualmente informatizada, inclusive, com utilização da Tecnologia de Geoprocessamento (SANTOS *et al.*, 2004) para instrumentar, planejar e avaliar todas as ações, principalmente, quanto às doenças de notificação compulsória como a TB, o que permite a agilização dos serviços.

No período anterior a 1998, o atendimento ao doente de tuberculose (TB) era coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde e centralizado no Centro de Saúde I. Com a municipalização dos serviços estaduais de saúde, o atendimento do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) passou a ser realizado no Ambulatório Regional de Especialidades (ARE) no Núcleo de Gestão Assistencial-60 (NGA-60), considerado especialidade em nível secundário na qualidade de referência regional.

O Plano Emergencial de Controle da TB, nesse período, selecionou 230 municípios prioritários, entre eles, São José do Rio Preto, devido à alta de taxa de co-infecção TB/HIV que, no período de 1998 a 2004, variou entre 35% e 51% (VENDRAMINI *et al.*, 2005). Em 1998, a implantação do Tratamento Supervisionado (TS) aconteceu inicialmente para os doentes co-infectados TB/HIV.

A legislação vigente, o apoio da Secretaria Estadual de Saúde (SES-SP) e o interesse no recebimento do bônus impulsionaram o gestor a implantar o DOTS. Foi contratado um funcionário por meio de convênio com a OPAS para realizar o TS em co-infectados em domicílio. A partir de 2000, o Programa DST/AIDS assume o tratamento da TB/HIV no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), e o funcionário que realizava o TS no NGA-60 passou a fazê-lo no SAE.

Em 2001, ocorreu a contratação de uma agente de saúde com apoio financeiro do Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para atuar no TS do NGA-60, principalmente, em domicílio. Com o intuito de aumentar o oferecimento do TS para todos os doentes, em 2003, foi remanejada uma auxiliar de enfermagem do Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene (SMSH) para o NGA-60.

Inicialmente, o TS foi realizado com a presença do doente no NGA-60, onde a enfermeira observava a ingestão da medicação. Com a contratação do primeiro

agente de saúde, os casos de co-infecção passaram a ser tratados, em sua maioria, segundo o preconizado pelo PCT: “observação da ingestão da medicação três vezes por semana nos dois primeiros meses e duas vezes por semana nos outros quatro meses de tratamento”. Em 2002, o atendimento aos doentes ainda priorizava os que apresentavam maiores riscos de abandono do tratamento como os drogaditos, alcoólatras, andarilhos, os excluídos da comunidade familiar e os co-infectados. Somente após a disponibilidade de uma terceira agente, o TS foi oferecido indiscriminadamente a todos os doentes que iniciavam o tratamento.

Várias dificuldades impediram que o TS fosse administrado igualmente a todos os doentes, entre elas: a viatura era disponível de forma irregular pela Central de Transporte, com constantes atrasos na realização das atividades impedindo que os agentes que se revezavam nas atividades diárias do TS não observassem a ingestão do medicamento por vários pacientes agendados durante a rotina de trabalho; o despreparo dos motoristas da central de transporte e a resistência dos responsáveis pela mesma em escalar um motorista com perfil adequado ao trabalho, dificultou, por muito tempo, a execução da estratégia provocando, além de atrasos, também a falta do agente em TSs agendados, visto que as viaturas não compareciam com regularidade ao serviço sob a alegação de outras prioridades ou falta de motoristas para o transporte.

No final de 2002, na tentativa de incentivar o TS, foram instituídas doações de cestas básicas, ovos e hortaliças, além de manter passes de ônibus para as eventuais necessidades dos pacientes.

Outra estratégia utilizada na implementação da TS foi a aproximação da Equipe do PCT aos Gerentes das UBSs, fornecendo informações a respeito das ações de controle da doença no município, com o objetivo de iniciar o processo de descentralização do TS para a UBSs.

Os doentes em TS foram localizados nas Áreas de Abrangência de cada Unidade de Saúde e foi sugerido que a equipe da Unidade Básica acolhesse seus doentes realizando a supervisão da tomada de medicamento. Nesse momento, essa iniciativa não foi aceita e, apesar das dificuldades encontradas, a equipe do PCT entendeu a necessidade de reestruturar o programa e continuou com o trabalho de sensibilização dessas Unidades de Saúde, buscando primeiramente descentralizar o TS, pois iniciar a descentralização total do programa era um risco de desestabilização do mesmo com perda da qualidade do atendimento.

A continuidade do trabalho de sensibilização na descentralização do TS teve influência marcante com o Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica da Tu-

berculose (TBVE-TB) nos anos de 2000 e 2001, oferecido aos técnicos da rede básica (médicos, enfermeiros e auxiliares/técnicos de enfermagem). A partir de então, algumas UBSs, principalmente, na figura do enfermeiro, aderiram à proposta de iniciar o TS com os doentes da sua área de abrangência.

Nas Equipes de Saúde da Família (ESF), a incorporação do PCT foi importante para a reestruturação do programa no município devido às características próprias da estratégia. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) já faziam o TS nas residências e o tratamento e acompanhamento do doente permaneciam no NGA-60. A partir de 2001, com a expansão do número de ESFs e capacitação pelo TBVE-TB, a busca ativa, o diagnóstico, o tratamento e o TS foram descentralizados.

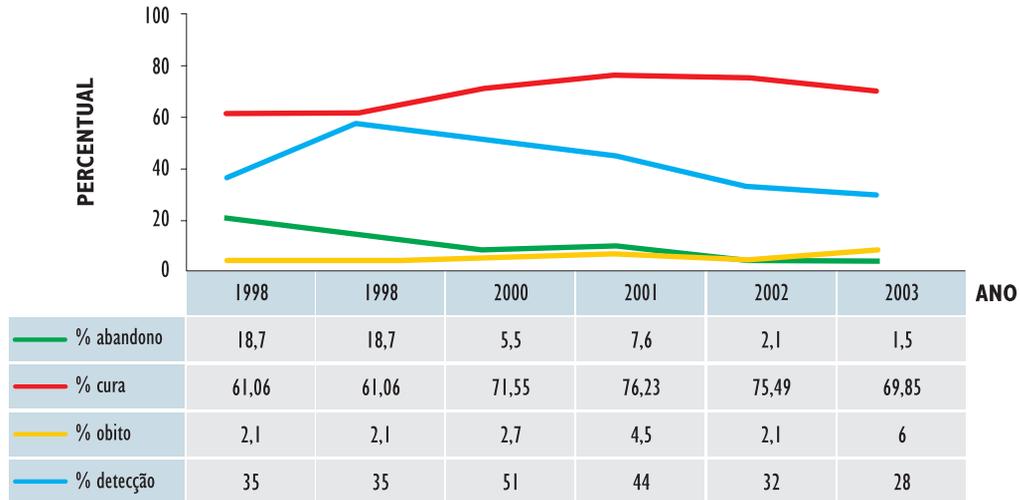
No final de 2004, após apresentação da situação da doença no município pela Coordenação do PCT em reunião técnica, a TB foi considerada uma das prioridades para o trabalho de Vigilância em Saúde. Foram traçadas as metas e ficou decidido que a descentralização do programa deveria acontecer de maneira gradual, conforme os casos surgissem na área de abrangência da Unidade de Saúde. Coube à equipe do PCT supervisionar o TS realizado na Unidade, monitorar o processo de descentralização e contatar o profissional médico de perfil mais adequado para assumir o tratamento e as ações de controle do doente.

2.2. Resultados

O estudo realizado por VENDRAMINI *et al.* (2005) no município de São José do Rio Preto analisou o coeficiente de incidência de TB no período de 1985 a 2003, comparando-o ao Brasil e ao Estado de São Paulo. Essa comparação apontou que, em 1985, o risco de adoecer por TB era inicialmente maior no Brasil do que no Estado de São Paulo, mas, em 2003, houve diminuição dos coeficientes, que alcançaram valores semelhantes para ambos. A população de São José do Rio Preto manteve estáveis os coeficientes durante o período analisado, apresentando sempre menores riscos de adoecer por TB em relação aos outros dois níveis. O mesmo estudo aponta que o risco de adoecer por TB é aproximadamente três vezes maior para a população da área com piores níveis socioeconômicos do que para a população da área com melhores níveis.

O Gráfico 1 apresenta o percentual de curas, óbitos, abandono e detecção de casos no município de São José do Rio Preto no período de 1998 a 2003. O ano de 2004 não foi considerado no estudo pelo fato de, no período da coleta de dados, muitos casos ainda não terem o tratamento encerrado.

GRÁFICO 1 - Percentual de cura, óbito, abandono e detecção de casos novos de Tuberculose pulmonar. São José do Rio Preto, 1998 - 2003.



As porcentagens de casos novos de TB pulmonar com baciloscopia positiva ao diagnóstico em relação a abandono, cura, óbito e detecção, no período de 1998 a 2003, apontam para a diminuição da taxa de abandono e detecção de casos e para o aumento da taxa de cura e óbito.

A implantação da estratégia DOTS no município, no período analisado, causou impacto positivo nos resultados de cura e abandono. Houve um contexto de aumento do comprometimento político do gestor na implantação da estratégia através de contratação de agentes de saúde, treinamentos específicos para os profissionais e início da descentralização do TS para as UBSs e ESFs.

Em relação aos óbitos, a tendência foi crescente nos seis anos analisados. Resultados de avaliação no banco de dados da SMHS (EPITB) apontam que um terço desses óbitos por TB ocorreram para pessoas maiores de 50 anos; o outro terço de óbitos ocorreu devido à co-infecção TB/HIV e o restante foi associado a outras doenças.

Esses fatos poderiam ser atribuídos tanto a fatores demográficos relaciona-

dos ao envelhecimento da população quanto à influência de programas de controle e da infecção por HIV. Com o envelhecimento da população, diversas pessoas que, nas primeiras décadas do século XX, tiveram a primo-infecção poderiam se transformar em suscetíveis na terceira idade. Por apresentarem quadros clínicos atípicos, essas pessoas não são facilmente diagnosticadas, o que aumenta a mortalidade entre os idosos (MOTA *et al.*, 2003).

Outras hipóteses poderiam explicar os dados acima apresentados, como: dificuldade de acesso aos serviços de saúde, apesar da disponibilidade de serviços na Atenção Básica e da recente reorganização do modelo; dificuldade de os profissionais saúde estarem atentos aos sintomáticos respiratórios; hábito cultural da população pela procura por serviços de urgência/emergência para o primeiro atendimento médico, independentemente da gravidade do caso; e o modelo de atenção hegemônico, curativista e hospitalocêntrico que, com frequência, promove a procura espontânea pelo serviço de referência quaternária (Hospital Universitário), o que propicia diagnósticos tardios, com doente em condições clínicas precárias e podendo evoluir para óbito (GAZETTA *et al.*, 2003).

Para melhor entendimento das taxas de detecção dos casos, estas foram analisadas em dois períodos distintos: de 1996 a 1999 e de 1999 a 2003, conforme os Gráficos 2 e 3.

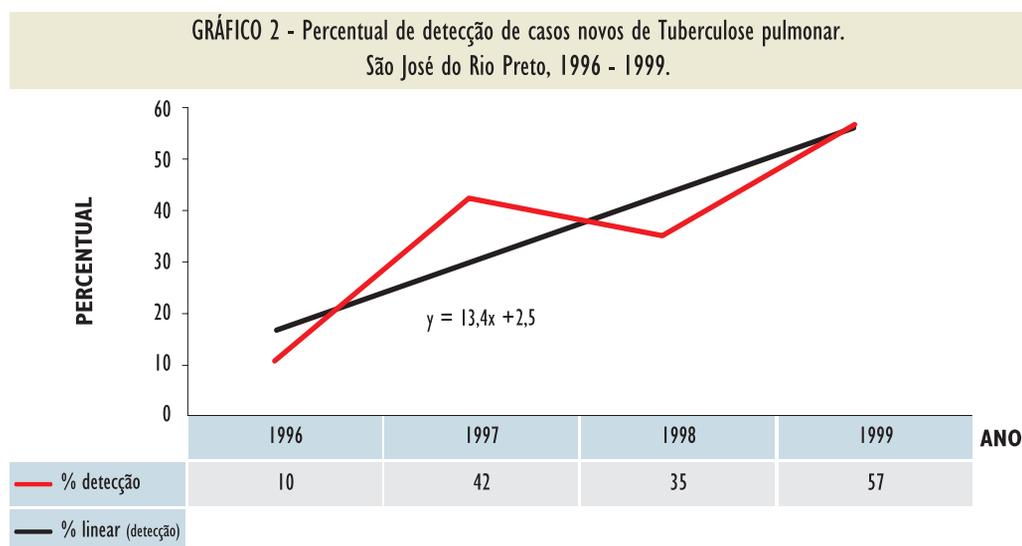
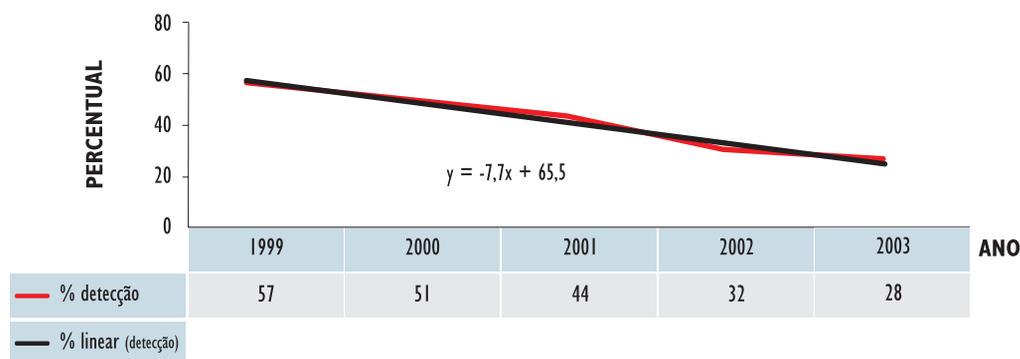


GRÁFICO 3 - Percentual de detecção de casos novos de Tuberculose pulmonar. São José do Rio Preto, 1999 - 2003.



Em São José do Rio Preto, no período de 1996 a 1999, ocorreu uma inclinação positiva na linha de regressão, que variou de + 2,5% a + 13,4% na detecção de casos. Esse aumento pode ter sido influenciado pelo reflexo da instalação da população municipal mais carente e migratória nos conjuntos habitacionais em 1995. A criação de novas UBSs e ESFs facilitou momentaneamente o acesso aos serviços de saúde permitindo maior detecção de casos. Outros motivos dessa inclinação positiva na linha de regressão seriam a divulgação da mudança da estratégia do PCT e a implantação do DOTS, as campanhas anuais de busca ativa de sintomáticos respiratórios e a municipalização da saúde em Gestão Plena do Sistema Municipal em 1998.

Em âmbito nacional, a partir de 1998, observa-se a mesma tendência de crescimento na busca de Sintomáticos Respiratórios como apresentada pelo município, provavelmente, em função da implantação do novo Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

No período de 1999 a 2003, ocorreu declínio da detecção em -7,7%, conforme apresentado no Gráfico 3.

Comparado ao período de 1996 a 1999, a procura de casos diminuiu 21% no período de 1999 a 2003. Essa inclinação negativa sugere que, apesar do município assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal em 1998 e iniciar o processo de reestruturação dos serviços de saúde, a prioridade da Secretaria de Saúde era o combate à Dengue que, desde sua instalação no ano de 1992, preocupava as autoridades sanitárias e políticas.

Apesar da vontade política de implantar o DOTS, a equipe do PCT continuou centralizada no NGA, conseguindo atingir melhora na cura e no abandono e

consolidando o TS. Esse fato, possivelmente, reforçou a idéia de “tuberculose como doença a ser tratada em nível secundário”, diminuindo a busca ativa da TB nas UBSS em fase inicial.

Outra hipótese poderia ser explicada pela relação entre forma pulmonar (P) e extrapulmonar (E) — P/E — uma vez que a forma pulmonar alimenta a cadeia de transmissibilidade da doença enquanto a forma extrapulmonar da doença indica quadros de imunossupressão do organismo, causados principalmente pela presença da co-infecção TB/HIV. Se a razão P/E aumenta em função da forma pulmonar, pode-se dizer que a doença está sendo disseminada por falta de controle da própria TB. Mas se ocorreu diminuição da relação P/E devido a um aumento da forma extrapulmonar, isso poderia estar indicando um possível aumento das doenças imunossupressoras, apesar de a forma pulmonar também ser sensível a situações de imunossupressão do organismo (TEIXEIRA, 2003). Essa última hipótese corrobora os dados encontrados no município de São José do Rio Preto que, a partir do ano 2000, apresentou uma diminuição na razão P/E em função do aumento da forma extrapulmonar, provavelmente, devido à alta taxa de co-infecção TB/HIV. Outra explicação seria o maior uso de tecnologia apropriada pelo programa nas investigações diagnósticas, uma vez que, no município, os hospitais realizam a maioria dos diagnósticos da doença (SMSH,VE 2005).

Outro fato observado, segundo dados constantes no EPITB do município, é que a TB pulmonar no município tem apresentado diminuição do número de casos diagnosticados por meio de exames de baciloscopias com resultados positivos (BAAR+), o que poderia, epidemiologicamente, sugerir a diminuição da transmissão.

2.3. Considerações finais

No município de São José do Rio Preto, a estratégia DOTS serviu principalmente para a reorganização do PCT que, a partir da sua implantação, apresentou melhora significativa nos indicadores de cura e abandono. Isso desencadeou a descentralização das ações de controle no acompanhamento do maior número possível de doentes e, aliado a essa descentralização, houve o envolvimento e a integração das Unidades de Saúde com a Equipe do PCT.

Aliada às questões relacionadas à vontade política do gestor e à reorganização do serviço, a equipe responsável pela coordenação do PCT no município con-

sidera que, além do acompanhamento da dose supervisionada, o TS compreende sobretudo o acolhimento do doente e seus familiares e o estabelecimento de vínculo entre estes e os profissionais da equipe. Os incentivos e benefícios específicos, como alimentos e vale-transporte, entre outros, assim como orientações gerais a respeito de auxílio-doença, seguro-desemprego e visita domiciliária permitem uma maior aproximação dos trabalhadores da saúde aos doentes e familiares. Tudo isso favorece os resultados, como os encontrados em São José do Rio Preto, permitindo maior adesão ao tratamento, reduzindo o número de casos de abandono e crescendo o número de casos curados.

As questões de controle da TB, sendo repensadas no âmbito de macrogestão, requerem indiscutivelmente a melhoria progressiva das condições de vida da população da cidade e apontam, também, para a necessidade de implementação de políticas de saúde voltadas para populações residentes em áreas de maior risco em relação à ocorrência de TB em São José do Rio Preto, no sentido de progredir no controle do problema no município.

É de fundamental importância a adoção de medidas intersetoriais de promoção e vigilância da saúde, como tem realizado o município nesta gestão, capazes de atuar nos fatores condicionantes de forma articulada, não apenas monitorando casos, surtos e comunicantes, mas também aliando-se à estratégia DOTS para eliminar, principalmente, a baixa aderência ao tratamento e o surgimento de cepas resistentes.

A Saúde Pública e o Poder Executivo governamental serão responsáveis pelo sucesso ou fracasso da tuberculose, cabendo ao Governo tornar o controle da TB uma prioridade política com todas as condições lógicas e estratégicas necessárias a esse caminho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema de Saúde/NOB-SUS 96. Brasília, 1997.

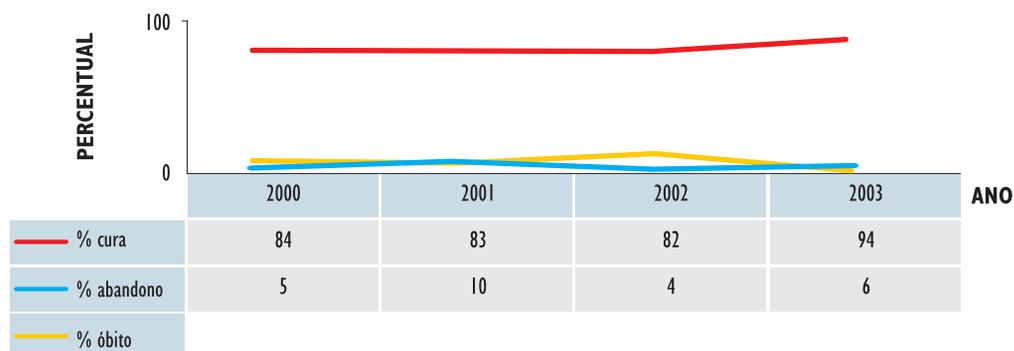
GAZETTA, C.E.; et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto-SP, a partir das notificações da doença em um hospital-escola (1993-1998). *Pulmão RJ*, v. 12, n.3, p.155-162, jun/set, 2003.

- MOTA, F.F.; VIERA DA SILVA, L.M.; PAIM, J.S.; COSTA, M.C.N. Distribuição espacial da mortalidade por tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.915-922, jul-ago, 2003.
- SANTOS, C.B. dos; HINO, P.; CUNHA, T.N. da; VILLA, T.C.S.; MUNIZ, J.N. Utilização de um sistema de informação geográfica para descrição dos casos de tuberculose. **Bol Pneumol Sanit**, v.12, n.1, p.7-12, 2004.
- SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2005**. São José do Rio Preto. São Paulo, 2005.
- SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Secretaria Municipal de Higiene e Saúde. Relatório de Gestão 1998. São José do Rio Preto, 1999.
- SÃO PAULO. Fundação Seade. Índice Paulista de Vulnerabilidade Social: espaços e dimensões da pobreza nos municípios do Estado de São Paulo – Metodologia. São Paulo, 2004.
- TEIXEIRA, I.A. **Tendência da Incidência de Tuberculose em Belo Horizonte, apresentada na década de 1990 a 1999 e sua projeção para os anos de 2000 a 2009**. 2003. 57p. Belo Horizonte-MG. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- VENDRAMINI, S.H.F. et al. Tuberculose em município de médio porte do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **J Bras Pneumol**, v.32, n.3, p.237-43, 2005.

3. DADOS DA CIDADE DE ITAPEVI

A estratégia DOTS foi implantada em 1998, contudo, dispusemos de dados apenas a partir de 2000. O período de 2000/2004 apresentou um aumento discreto do percentual de curas, acompanhado de diminuição do percentual de abandono. O percentual de óbitos no ano de 2002 apresentou pequena elevação. Uma das hipóteses explicativas talvez seja a co-infecção HIV-TB.

GRÁFICO I - Percentual de cura, abandono e óbito - Itapevi - 2000 - 2003.



4. DADOS DA CIDADE DE JACAREÍ

A estratégia DOTS foi implantada em 1999. No período de 1998/2003, houve uma elevação do percentual de curas acompanhada de queda do percentual de abandono. Deve-se ressaltar que, no ano de 2000, houve discreta diminuição do número de curas acompanhada de elevação do percentual de abandono.

Repete-se aqui a hipótese explicativa: Co-infecção HIV-TB.

GRÁFICO 1 - Percentual de cura, abandono e óbito - Jacareí / SP - 1998 - 2003.

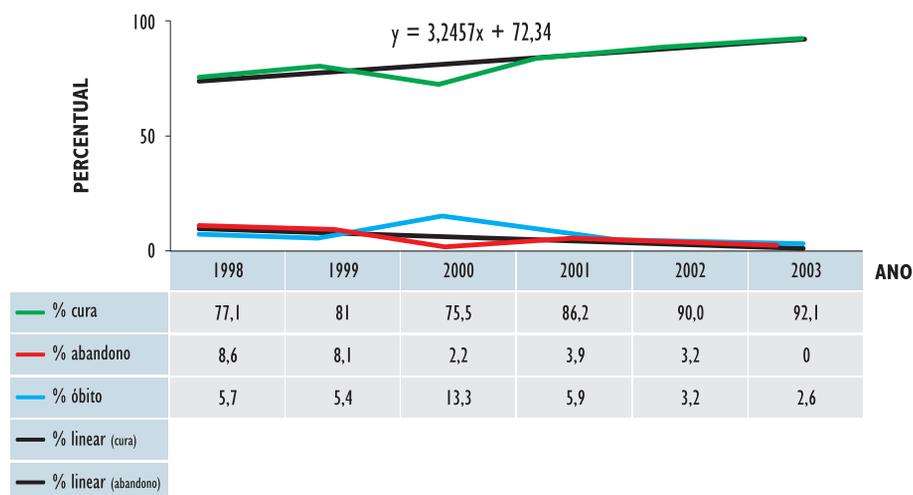


GRÁFICO 2 - Percentual de Detecção de casos de TB no município de Jacareí - SP, 1998-2004

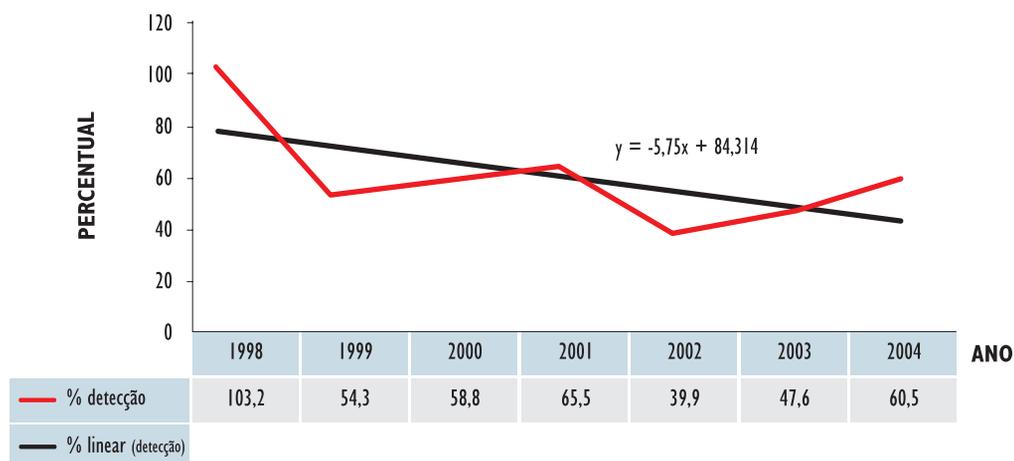
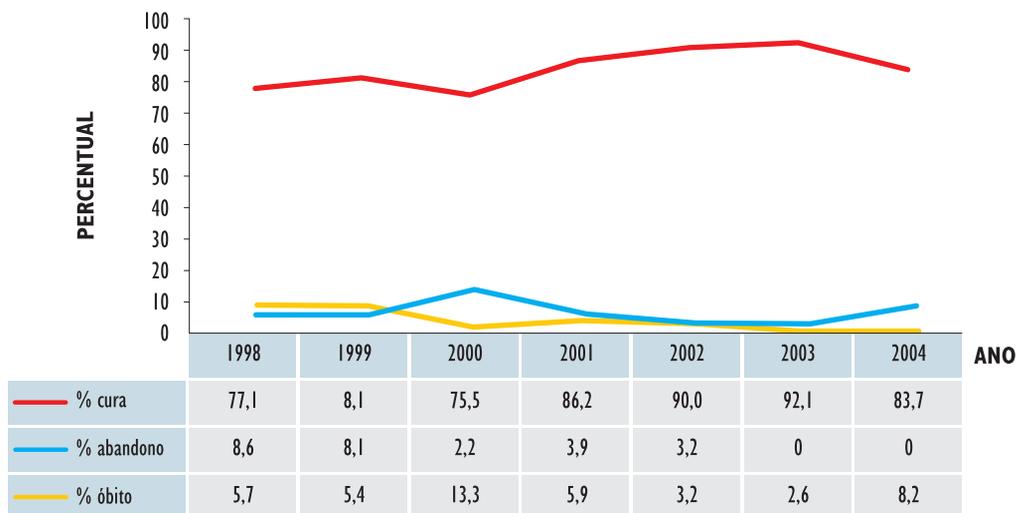


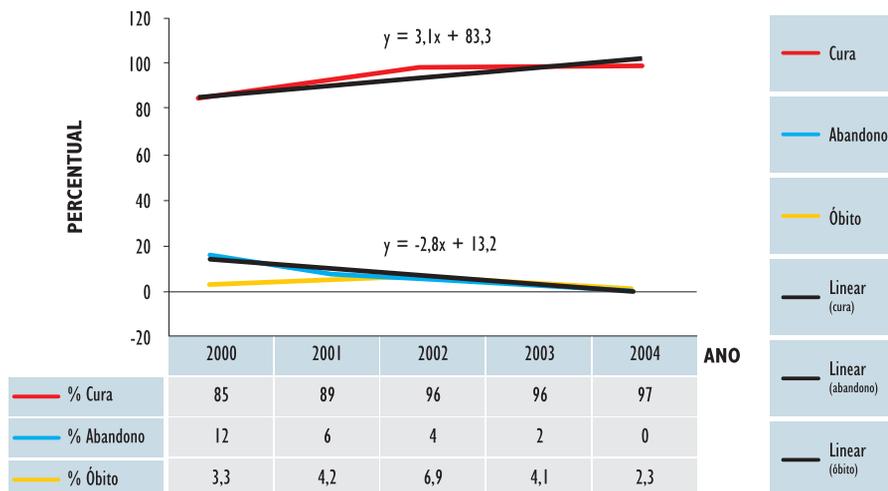
GRÁFICO 3 - Percentuais de cura, abandono e óbito no município de Jacareí / SP - 1998 - 2004



5. DADOS DA CIDADE DE EMBU

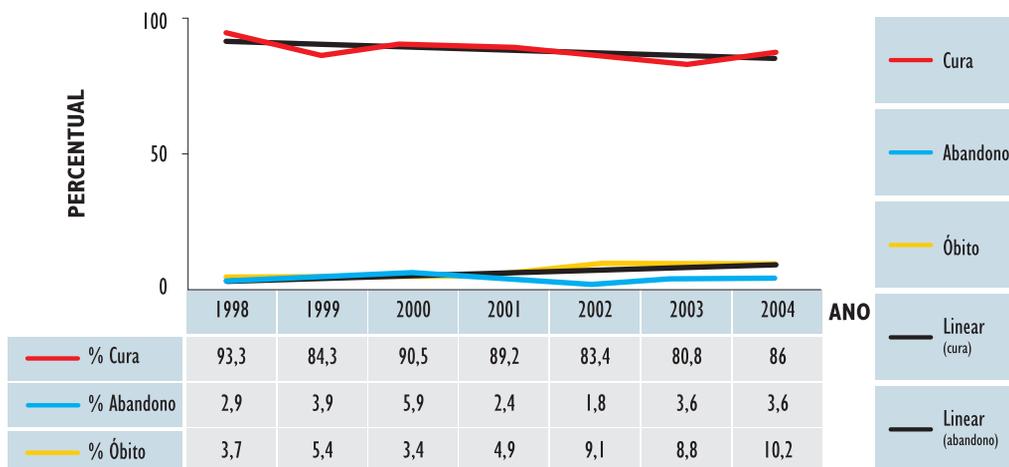
A estratégia DOTS foi implantada no ano de 2000. No período de 2000/2004, houve um aumento do percentual de curas à velocidade de 3,1% ao ano e, simultaneamente, houve uma diminuição do percentual de abandono de 2,8% ao ano. Em 2001 e 2002, houve pequeno aumento do percentual de óbitos.

GRÁFICO 1 - Percentual de cura, abandono e óbito - Embu, 2000 - 2004



6. DADOS DA CIDADE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

GRÁFICO I - Percentual de cura, abandono e óbito - São Bernardo do Campo - SP, 1998 - 2004



Algumas informações sobre os municípios prioritários do Estado de São Paulo não foram apresentadas devido à falta de envio de dados e/ou por apresentarem dados que eram incompatíveis (a principal incompatibilidade diz respeito ao número de curas no ano como sendo maior que o número de casos detectados).

CAPÍTULO V

A EXPERIÊNCIA DA IMPLANTAÇÃO DO DOTS EM SEIS MUNICÍPIOS PARAIBANOS



Neste capítulo, serão apresentados:

- os antecedentes do PCT nos municípios prioritários do Estado da Paraíba;
- a experiência da implantação do DOTS nos municípios prioritários;
- os resultados da implantação da estratégia nos municípios.

Capítulo elaborado fundamentalmente por Lenilde Duarte de Sá, Tânia Maria Ribeiro Monteiro Figueiredo, Dinalva Soares Lima, Marclineide Nóbrega de Andrade, Rodrigo Pinheiro de Queiroga, Maria Aparecida Alves Cardoso, Tereza Cristina Scatena Villa, Antonio Ruffino-Netto.

I. ANTECEDENTES

O Estado da Paraíba, conforme dados do IBGE/2001, possui uma superfície territorial de 56.584 Km, correspondendo a 0,6% do território nacional e a 3,6% do território nordestino. Sua população, estimada em 2001, era de 3.439.344 e encontra-se distribuída nos 223 municípios que integram esta unidade da Federação. Por sua vez, esses municípios estão agrupados em 23 microrregiões, quatro mesorregiões e 12 regiões geoadministrativas (PARAÍBA, 2001).

O Estado da Paraíba encontra-se habilitado na gestão avançada do Sistema Estadual, aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite (CIT) desde 26/abril/2001, tendo sido a publicação feita através da portaria GM Nº 763 de 16.05.2001, em conformidade com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB/SUS 01/96 (PARAÍBA, 2001). Atualmente, 100% dos municípios paraibanos estão habilitados em uma forma de gestão, seja em conformidade com a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOB/96) ou com a Norma Operacional de Saúde (NOAS 01/02) (VERAS, 2005).

A Secretaria de Estado de Saúde é a instância Gestora do SUS na Paraíba. Além da estrutura central, o Estado paraibano dispõe de 12 Núcleos Regionais de Saúde (NRS) que integram todos os municípios.

Entre os vários problemas de saúde da população paraibana, destacam-se as doenças infecto-contagiosas como a tuberculose (TB). No período de 1993 a 2001, foram notificados 12.536 casos novos, sendo 1.696 manifestações na forma extrapulmonar e 10.838 de localização pulmonar. No ano de 2002, foram registrados 81 óbitos por TB no Estado. A faixa mais acometida é a de 15 anos acima. O coeficiente de incidência da doença no Estado, em 2001, foi de 48,8% (PARAIBA, 2002 *apud* OLIVEIRA, 2005).

Entre as medidas para conter o avanço da TB, encontra-se o DOTS (Directly Observed Treatment, Short-Course), considerado a estratégia pós-moderna de controle da doença (RAVIGLIONE, 2002). Com a implantação do DOTS no Estado a partir de 1999, observam-se alterações nos indicadores referentes à situação epidemiológica da TB. Entre outros fatores concorrentes, a causa desses indicadores parece ter sido a descentralização da estratégia para a atenção básica que, gradativamente, vem sendo incorporada pelos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF).

No âmbito nacional, a partir do ano de 2001, as ações de controle da tuberculose vêm se desenvolvendo orientadas pela mobilização técnica, política e social em torno de metas de controle da doença; pela melhoria da vigilância epidemiológica

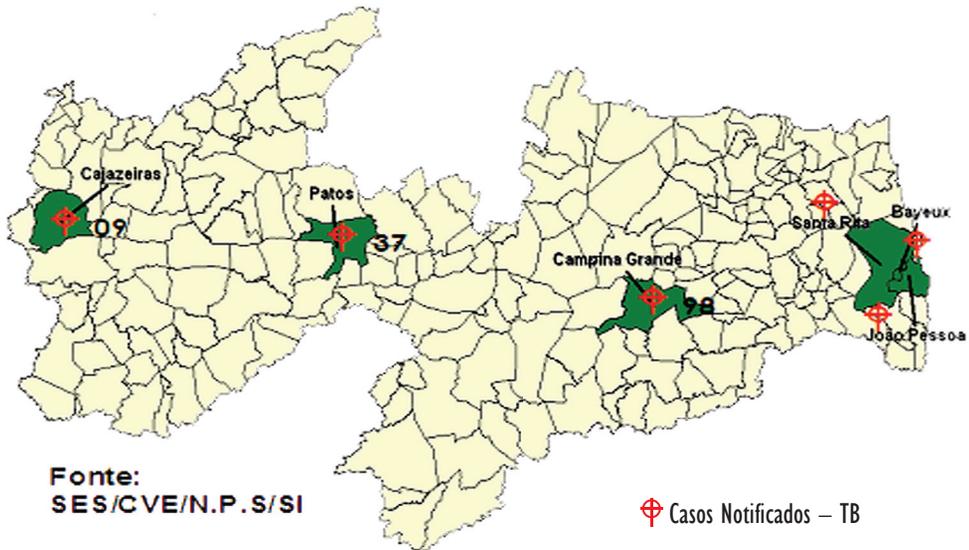
e do sistema de informação; pela ampliação e qualificação da rede de laboratórios; pela garantia de assistência farmacêutica com distribuição descentralizada e acompanhamento de estoques; pela capacitação de recursos humanos, descentralização das ações e mudanças no modelo de atenção com a reorganização dos serviços (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Considerando a importância e a complexidade dos cinco pilares necessários à viabilidade da estratégia DOTS, este capítulo objetivou: (1) desenvolver uma análise dos aspectos políticos envolvidos no processo de implantação e sustentabilidade da referida estratégia nos seis municípios do Estado da Paraíba que, atualmente, são considerados prioritários pelo Ministério da Saúde para controle da tuberculose: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras; (2) analisar a situação epidemiológica operacional da TB antes e após a implantação da estratégia DOTS nos municípios citados.

IDENTIFICAÇÃO TERRITORIAL DO ESTADO DA PARAÍBA / MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS – 2005

Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Equipes de Saúde da Família (ESF)



Fonte:
SES/CVE/N.P./S/SI

População: 3.518.607
Nº de Municípios: 223

Total da População dos municípios prioritários: 1.359.281 – 38,6%

⊕ Casos Notificados – TB

- Cajazeiras - 14 Equipes / 120
- Patos - 32 Equipes / 213 ACS
- C. Grande - 50 Equipes / 395
- Santa Rita - 28 Equipes / 231
- Bayeux - 28 Equipes / 223 ACS
- João Pessoa - 180 Equipes / 941

O pilar “compromisso político” diz respeito à ação dos gestores em garantir os recursos necessários para o controle da tuberculose, como a administração regular de medicamentos e os insumos de laboratórios em todos os serviços. A responsabilidade dos prefeitos e secretários de saúde sobre a efetividade do controle da tuberculose implicaria o apoio político e material necessário para a organização de serviços segundo as necessidades dos doentes de tuberculose e de modo a considerar a descentralização de ações e serviços para a esfera da atenção básica e a garantia da atenção ao doente mediante a organização de uma linha de cuidado na rede de assistência integral (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003).

Ao longo de sua história política, o Brasil acumulou elementos necessários para que o processo de descentralização em saúde não assumisse características de uma reforma de Estado com viés unicamente neoliberal. A saída de um regime autoritário e burocrático foi seguida pelo período de redemocratização de 1885 e consolidou-se na Carta Constitucional de 1988 (MENDES, 1998). Através desta Constituição, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) que, em consonância com um Estado democrático, incluía em suas características o fato de ser descentralizado para garantir a saúde como um direito e, para isso, devendo ser regido pelos princípios da integralidade, universalidade e equidade.

Os desdobramentos que ocorreram para o processo de descentralização na saúde, sobretudo, na década de 1990, e a forma como se expressava com singularidade em cada recanto e canto no território nacional, concorria para desconstruir qualquer conceito mais elaborado sobre o significado de descentralização. Daí ser considerada emblemática a descentralização dos serviços de saúde no Brasil, pois revela a *convivência de graus e formas de descentralização com movimentos de centralização, compondo um mix determinado pelas circunstâncias históricas e políticas* (MENDES, 1998).

Para viabilizar o processo de construção do SUS, foram legalmente criadas as normas operacionais, como a NOB/91, NOB/93 e NOB/96 e a NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA – NOAS/SUS 01/2002.

A NOB/91 instituiu a transferência de recursos da União, abrindo caminho para a municipalização. A NOB-SUS/93 institucionalizou as Comissões Intergestores tripartite e bipartite, criando um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas e deu impulso ao processo de municipalização dos serviços de saúde através da instituição de três formas de gestão: a incipiente, a parcial e a semi-plena (MENDES, 2004).

Já a NOB/96 consolidou a política de municipalização e orientou para que

os municípios se responsabilizassem pelos serviços básicos de saúde (gestão plena de atenção básica). No Estado da Paraíba, a habilitação dos municípios às formas propostas pela NOB/96 favoreceu a adequação da Política Estadual de Saúde às condições estabelecidas pela legislação orgânica do SUS, constituindo-se em movimentos decisivos para a descentralização das ações e dos serviços de saúde. (FRANÇA; ARAÚJO; CARVALHO, 2000). Já a NOAS/SUS 01/2002 procurou estruturar estratégias que transferisse o foco da descentralização da municipalização para a regionalização (MENDES, 2004).

Na política de descentralização, o Ministério da Saúde implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) cujo propósito era reorganizar a atenção básica, garantido, para além da resolutividade dos serviços, o estabelecimento de vínculos de compromisso e responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (SOUSA; FERNANDES; FERNANDES; ARAÚJO, 2000). Embora a estratégia da saúde da família existisse na Paraíba desde o ano de 1994, a partir do ano de 1999, foram intensificadas as ações para a sua expansão quando, então, foram definidas metas e diretrizes para o ano 2000 (VERAS; RODRIGUES; CARVALHO, 2000).

A ênfase ao tema “descentralização” justifica-se pelo fato de a implantação e a expansão da estratégia DOTS estarem articuladas a esse processo. Isso posto, refere-se a utilização da organização do sistema de serviços, com enfoque no processo de descentralização, como categoria analítica para a análise deste trabalho. Nesse sentido, torna-se importante apresentar aspectos históricos sobre a implantação da estratégia DOTS na Paraíba, os quais serão articulados às informações prestadas pelos colaboradores desta pesquisa e aos dados expressos na forma de gráficos.

A implantação do DOTS na Paraíba iniciou-se em 1999, tendo sido eleitos, primeiramente, dez municípios. Depois de sofrerem uma avaliação, observou-se que o percentual de cura fora elevado de 67,8 para 92% e que a taxa de abandono, que antes era de 16,6, caíra para 2%. Os resultados foram decisivos para que a estratégia fosse implantada em mais 20 municípios (PARAÍBA, 2001). Com base nessa afirmação, verifica-se que a implantação do DOTS realizou-se em duas etapas e encontra-se estreitamente relacionada à transferência de ações entre níveis, bem como às peculiaridades da política de saúde do Estado e dos municípios no processo de descentralização. Como até o momento não existe nenhuma produção literária sobre o DOTS na Paraíba, trazer informações sobre a história do DOTS tornou-se possível através do relatório de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde/2001 e da entrevista cedida por Dinalva Soares Lima que, há mais de 20 anos, atua no controle da TB na Paraíba e, atualmente, é coordenadora do Núcleo de Pneumologia Sanitária da Secretaria de

Estado de Saúde (SES/PB).

Com relação à primeira fase, observa-se que a implantação do DOTS ocorreu a partir da iniciativa da coordenação do Núcleo de Pneumologia Sanitária da Secretaria de Estado de Saúde (SES/PB), através de um projeto piloto iniciado em 1999. Essa iniciativa foi motivada pela Coordenação do Programa Nacional do Controle da Tuberculose (PNCT). O coordenador nacional da época, Dr. Antonio Ruffino-Netto, uma vez conhecedor da proposta do Dr. Ademir de Albuquerque Gomes, que implantara o DOTS em algumas cidades da Região Centro-oeste, entre elas, Cuiabá e Campo Grande, assinalava positivamente para a sua implantação nos demais Estados da Federação.

Na Paraíba, a idéia foi discutida com o gestor estadual, Secretário de Estado de Saúde (SES/PB). Na época, em consonância com o processo de descentralização do SUS vivenciado em outros Estados, o gestor encontrava-se empenhado na reorganização da atenção básica e adotava o PACS e o PSF como estratégias. Conhecendo o projeto do DOTS, o mesmo apoiou a iniciativa do Núcleo de Pneumologia Sanitária, liberando recursos financeiros, materiais e colocando pessoal técnico à disposição.

Atendendo às determinações da Norma Operacional Básica (NOB/96), o gestor priorizava as ações do PCT no Estado. Qualquer município que apresentasse a mais incipiente forma de municipalização segundo a NOB/96 deveria incluir atenção ao doente de tuberculose.

Com o apoio dos gestores estadual e municipais, esse projeto foi, inicialmente e de forma gradativa, implantado em dez municípios paraibanos entre os meses de julho e dezembro de 1999. Naquele momento, esses municípios atendiam aos critérios da OPAS-OMS, pois mostravam infra-estrutura compatível para a implantação da estratégia segundo os seus cinco pilares. Os municípios foram: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Sapé, Campina Grande, Patos, Sousa, Pombal, Cajazeiras e Monteiro.

Primeiramente, os dez municípios foram visitados pela equipe central e foi apresentado aos gestores (prefeitos e secretários de saúde) o projeto do DOTS. Foi negociado apoio para deslocamento dos doentes (veículos e vale transporte), medicação suplementar, cesta básica e café da manhã. Nas referências municipais, aos usuários maiores de 15 anos, com baciloscopias positivas e ou reingressos após cura e abandono, era apresentada a opção para o tratamento supervisionado (TS). Aderiram à estratégia, 54 pacientes que, por seis meses, foram acompanhados pelas equipes locais.

Após seis meses foi feita uma avaliação (análise de coorte) pelos níveis estadual, regional e local. Dos 54 usuários acompanhados, observou-se 96.4% de cura,

1.8% óbito e 1.8% de abandono. Os resultados retratavam o êxito do TS, o que justificava a sua expansão para mais 20 municípios paraibanos.

A segunda fase do DOTS começa a partir de 2001, quando a sua ampliação se faz de forma articulada com a expansão da Estratégia Saúde da Família. O Núcleo de Pneumologia Sanitária da Secretaria de Estado (SES/PB) elaborou uma carta-compromisso com o intuito de firmar um pacto entre gestor estadual e gestores municipais para implantar e implementar ações do PCT, descentralizando estas ações para as Equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários.

Após a expansão do DOTS no Estado, observam-se alterações nos indicadores referentes à tuberculose. A Paraíba possui 223 municípios dos quais, 164 contam com o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) implantado, o que perfaz uma proporção de 73,54% dos municípios e corresponde a uma cobertura populacional de aproximadamente 85%. A estratégia, uma vez descentralizada para o Programa de Saúde da Família (PSF), existe hoje em 64 municípios e 204 Unidades de Saúde da Família que fazem o tratamento supervisionado (DOTS). A cobertura populacional PSF com DOTS é de 30% e a cobertura populacional da Paraíba com DOTS é de 62,5% (LIMA, 2005).

Muito se tem a contar sobre a historia da implantação do DOTS segundo a singularidade de cada município. No entanto, para este estudo, foram eleitos aqueles municípios considerados prioritários, ou seja, aqueles em que a tuberculose significa maior problema de saúde pública, com população superior a 50.000 habitantes e possuidores de retaguarda laboratorial de referência. Eis porque, neste momento, passamos a contar sobre a implantação da estratégia nos municípios de João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras, dando ênfase, sobretudo, ao compromisso político para a implantação e sustentabilidade dessa estratégia.

2. METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se por ser descritivo e analítico, envolvendo levantamento de dados históricos, operacionais e epidemiológicos sobre a implantação da estratégia DOTS em seis municípios paraibanos considerados prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose. As abordagens metodológicas (qualitativa e quantitativa) para coleta e análise de dados seguiram as orientações e instrumentos do projeto TUBERCULOSE: IMPLANTAÇÃO DO DOTS EM ALGUMAS REGIÕES DO BRASIL - HISTÓRICO E PECULIARIDADES REGIONAIS, descrito no primeiro capítulo

deste livro. Para a nossa realidade, foi necessário acrescentar ao Anexo D informações sobre transferência e, ainda, buscar dados que identificassem variáveis relacionadas à assistência através do tratamento supervisionado (DOTS) e não-supervisionado (NÃO DOTS).

Para este estudo, colaboraram os coordenadores do PCT à época da implantação do DOTS e os atuais, perfazendo um total de oito entrevistados. Por força da assunção dos novos gestores em Janeiro de 2005, três municípios mudaram a coordenação do PCT local. Dois novos coordenadores dos municípios de Santa Rita e Bayeux não tiveram condições de responder as perguntas do Anexo A devido ao fato de se encontrarem há pouco tempo no cargo.

Em respeito à Resolução 196/96, que rege a pesquisa envolvendo seres humanos, os sujeitos/colaboradores foram previamente esclarecidos sobre o objetivo do estudo e assinaram livremente o termo de consentimento disposto no Capítulo 1 deste livro.

Sobre a organização e análise dos dados, estes foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática.

O compromisso político foi analisado com base nas seguintes categorias empíricas: **transferência de responsabilidade das atividades técnicas e gerenciais**¹ e **envolvimento dos atores-chave**. A primeira é entendida como o deslocamento de tais atividades de controle da TB para os pontos mais periféricos do sistema de saúde municipal; a segunda diz respeito à forma de participação dos gestores, coordenadores e equipe local na viabilização das ações de controle da TB.

A análise da **transferência de responsabilidades** das atividades gerenciais e técnicas foi realizada com base na identificação do local onde as mesmas eram desenvolvidas, considerando-se os momentos inicial e atual da implantação da estratégia.

No **envolvimento dos gestores** municipais de saúde foram considerados os seguintes aspectos-chave: a disponibilidade de recursos; a articulação com outros elementos-chave do sistema de saúde; a responsabilidade com o PCT e o incentivo às ações da Atenção Básica à Saúde (descentralização de ações e incorporação/privilégio das equipes do PSF/PACS na rede municipal). No **envolvimento dos coordenadores** municipais do PCT, foram considerados: a negociação com os diversos níveis (gestores, equipes locais, outras instâncias governamentais e comunidade); a viabilização da descentralização de algumas ações de controle da TB; o desenvolvimento de **estraté-**

¹ Atividades Gerenciais: sistema de informações; planejamento e execução de treinamentos e capacitações; supervisões/monitoramento. Atividades Técnicas: notificação; distribuição da medicação; diagnóstico e tratamento; Tratamento Supervisionado; TS casos complexos; acompanhamento dos comunicantes; monitoração do tratamento e Busca de SR.

gias² para a sensibilização e incorporação de responsabilidades no nível local e para a operacionalização das ações da TB³; e a captação de recursos de outras instâncias governamentais. No **envolvimento das equipes locais** de saúde, o aspecto-chave considerado foi o desenvolvimento das atividades técnicas do PCT.

Para o alcance do segundo objetivo, que trata de analisar a situação epidemiológica operacional da TB antes e após a implantação da estratégia DOTS, foi empregada a abordagem quantitativa. Foram utilizadas as informações do Livro de Registro e Controle da Tuberculose/Livro Preto, coletados através de um instrumento específico (Anexo D). Os dados foram organizados e analisados através de estatísticas apropriadas.

3. RESULTADOS

3.1. Aspectos qualitativos

3.1.1. Descentralização das atividades técnicas e gerenciais do PCT: a transferência de responsabilidades nos municípios prioritários da Paraíba

Sobre a descentralização das atividades, observa-se que, no início da implantação da estratégia DOTS nos municípios prioritários, as atividades gerenciais (notificação, sistema de informação, distribuição de medicação e planejamento/tratamento/monitoramento/supervisão) e as atividades técnicas (diagnóstico, tratamento supervisionado e busca de sintomático-respiratório) eram centralizadas. Todas eram realizadas na Coordenação do PCT e/ou na Unidade de Referência de cada município.

Com a expansão do DOTS, algumas atividades gerenciais permaneceram centralizadas em alguns municípios. Em Campina Grande, embora as Unidades de Saúde da Família (USF) façam DOTS, as atividades de informação são realizadas na Unidade de Referência, permanecendo, portanto, centralizadas. No município de João Pessoa, a distribuição de medicamentos ainda é feita, predominantemente, na Unidade de Referência. A respeito da qualificação de pessoal, o município de Santa Rita desloca os seus profissionais para João Pessoa para que estes participem de capacitações, treinamentos, etc. A supervisão das ações e serviços de Tuberculose em

² Estratégias: criação de elos, criação de equipes de força-tarefa, treinamento, supervisões, entre outras.

³ Incorporação das ações da TB em outros programas e equipes de saúde.

Campina Grande ainda é feita pelo nível central. Apesar de algumas atividades gerenciais permanecerem centralizadas, observa-se que a grande maioria passou por um processo de descentralização, sendo atualmente realizadas também pelas Equipes de Saúde da Família.

Quanto à situação atual das atividades técnicas em relação às atividades de diagnóstico e tratamento, percebe-se que essas atividades continuam centralizadas, uma vez que não existe expansão da retaguarda laboratorial. À exceção do município de João Pessoa, o Tratamento Supervisionado foi descentralizado para as Unidades de Saúde da Família dos demais municípios prioritários. A busca de sintomáticos-respiratórios vem sendo feita, em sua grande maioria, pelas Equipes de Saúde da Família, porém, no município de Campina Grande, essa atividade também é realizada pela Unidade de Referência.

3.1.2. Envolvimento dos atores-chave na implantação e descentralização da estratégia DOTS nos municípios prioritários da Paraíba

3.1.2.1. Envolvimento dos gestores

Sobre o envolvimento dos gestores na implantação da estratégia DOTS nos municípios prioritários, os coordenadores dos PCTs informaram que esses gestores apoiaram a estratégia, negociaram com outros níveis o emprego de recursos e ações com outros atores e envidaram esforços para a descentralização das ações de controle da tuberculose.

“O gestor deu apoio, total apoio e no que precisasse podia contar com ele que ele ajudava na Estratégia DOTS, ele era sensibilizado”. (E4)

“... veio o pessoal do Ministério através da Secretaria de Saúde do Estado e o pessoal que na época fazia parte dessa gestão, no caso Dr. Paulo Cavalcanti, aceitou, achou interessante, e a estratégia foi adotada no município, aqui no Centro de Saúde Catolé.” (E5)

“Primeiro, ele concordou para a descentralização para as unidades de saúde, depois ele aceitou muito bem o processo da implantação. O gestor não colocou nenhum empecilho durante a implantação do programa.” (E7)

Com relação à disponibilidade de recursos para a implantação do DOTS, observa-se que os gestores apoiavam os coordenadores em suas ações, porém, não descentralizaram estes recursos para as coordenações de PCT.

“No início (...) não teve assim muita dificuldade, porque todo trabalho que a gente vai iniciar a gente tem alguma assim, (...) eu não ficava assim por dentro das verbas, não ficava! Mas assim sempre que eu o [o gestor] procurava pra liberação de vale transporte, a gente sempre era atendido, eu tinha assim um aval dele, eu chegava na padaria e pegava o que fosse necessário para comprar para o pacientes, para o café dos pacientes.” (E2)

“No início a gente teve, digamos assim, algumas dificuldades (...). Foi no início mesmo, mas depois houve uma concentração em relação ao vale transporte, sabe? A alimentação dos pacientes...” (E2)

Reconhece-se a importância da atitude do gestor com a saúde dos municípios a partir da NOB 01/96, quando foi estabelecido o pleno exercício do poder municipal tendo a atenção à saúde como sua função (MENDES, 2004). No que tange à Paraíba, no período de 1996 a 1999, observa-se que, em atenção à norma operacional citada, o gestor estadual esteve comprometido em desenvolver projetos estratégicos como a municipalização das ações de saúde e a reorganização da atenção básica. (FRANÇA; ARAÚJO; CARVALHO, 2000).

Com relação aos recursos financeiros ou à descentralização destes, eis um dos principais problemas vivenciados pelo SUS. Reconhece-se que o gestor tem força para operar recursos que dêem sentido às políticas públicas (MERHY, 2003). Muitas vezes, porém, os gestores agem conforme os interesses dos atores politicamente envolvidos nos cenários locais, fazendo com que a Saúde seja negociada como moeda de troca nas negociações políticas.

3.1.2.2. Envolvimento dos coordenadores do PCT

Nas falas dos coordenadores, observa-se que, para a implantação do DOTS, estes se envolveram nos processos de negociação com os atores dos diversos níveis,

atuaram na viabilização da descentralização de algumas ações de controle da tuberculose e desenvolveram estratégias voltadas à sensibilização e incorporação de responsabilidades no nível local.

“Patos fez um trabalho assim família, usuário, trabalhador, trabalhadores de saúde, clientes de Tb, famílias dos pacientes portadores de Tb...” (E6)

“Uma coisa que aconteceu aqui em Cajazeiras que foi muito bom foi a descentralização da estratégia DOTS para as 14 equipes de PSF e que ajudou muito com o tratamento. A implantação do livro do sintomático respiratório, quer dizer, o livro do tossidor e a contratação de uma supervisora, exclusiva para o programa, que fez com que o fortalecimento do processo de implantação de abrangência da estratégia ficasse melhor.” (E7)

“A gente sensibilizava os agentes de saúde, e esses agentes de saúde de cada PSF...(…) Então a gente fazia palestras...” (E4)

Nas falas citadas, além da disponibilidade de recursos materiais, observam-se atitudes dos coordenadores que se dirigem ao fortalecimento de um dos propósitos da saúde da família, que é o da responsabilização. Este é definido como o compromisso mútuo trabalhador/usuário que se estabelece a partir de vínculos e da direção que deve se distanciar do caráter da tutela e da submissão (FORTUNA; MATUMOTO; BISTAFA; MISHIMA, 2002).

3.1.2.3. Envolvimento das equipes nas atividades do tratamento supervisionado

Em relação ao envolvimento da equipe de saúde com a implantação do DOTS, observa-se tanto a adesão de profissionais para a viabilização da estratégia como algumas atitudes que, uma vez não contornadas, poderiam dificultar a operacionalização das atividades, principalmente, as de natureza técnica.

“... porque a equipe desde a época é a mesma, a Assistente Social, a médica, a enfermeira, mas todos os mesmos que se comprometeram com a época da implantação. E desde essa época que eles abraçaram a causa, acharam interessante para mudar a epidemiologia da doença e como ela estava se comportando e o risco de abandono

e tem dado conta até hoje, e a gente tem oferecido o mesmo tratamento, a mesma forma e conduta da equipe.” (E5)

“Foi muito bem aceito pelos profissionais de saúde. Todos quiseram participar do treinamento; todos aceitaram e acharam que era uma das melhores coisas que já aconteceu para o programa da tuberculose” (E7)

“É como falei no início, não foi fácil, porque a primeira que a gente colocou era de fazer o café da manhã, então teve dificuldade em questão do horário. Então por isso que a gente implantou a outra Estratégia, que era distribuição de cesta básica e de leite aos pacientes que faziam o DOTS. E o ACS também, a observação do ACS que olhavam os pacientes tomarem a medicação.” (E4)

Paralelo à implantação do DOTS, como já se abordou, a expansão da estratégia ocorreu simultaneamente à ampliação das ESF. O número dessas equipes atuando no Estado da Paraíba era de 44 no final de 1998 e passou para 72 em fins de 1999, o que equivale a um percentual de acréscimo de 63,3% (FRANÇA; ARAÚJO; CARVALHO, 2000).

O envolvimento dos profissionais, como revelado nas falas, mostra uma atitude direcionada ao cuidado dos doentes de TB, operacionalizado por uma nova forma de fazer o DOTS. Como toda nova estratégia, também se observam resistências e ações para proporcionar o acolhimento dos usuários. Esse acolhimento é outra diretriz do programa de saúde da família, pois é capaz de fazer com que as ações dos profissionais se voltem para uma atenção mais humanizada, que procura responder às necessidades das pessoas e das coletividades (SANTOS, 2004).

3.1.2.4. Fortalezas e debilidades na implantação e descentralização da estratégia DOTS nos municípios prioritários da Paraíba

Todo o processo que se conhece ou se investiga é marcado pelas potencialidades e fragilidades. A respeito de fatores considerados positivos para a implantação do DOTS nos municípios prioritários da Paraíba, os colaboradores da pesquisa mencionaram os seguintes pontos que denominamos de fortalezas: (a) o apoio do gestor na viabilização do deslocamento dos doentes e da alimentação (café da manhã, cestas

básicas, etc); (b) o envolvimento do gestor considerando a vontade política e sensibilidade; (c) o compromisso da equipe quanto à sua “vontade” para implantar e assegurar a viabilidade da estratégia.

“A vontade política e a vontade da equipe, que com todas as dificuldades que a gente tem com o serviço, o serviço de Tuberculose não é fácil, ainda é um programa que fica meio a margem, mas tem uma vontade muito grande dos profissionais que fazem esse programa aqui e que acataram a estratégia e têm dado conta até hoje.” (E5)

Dentre as fortalezas, destaca-se o reconhecimento dos coordenadores sobre a descentralização das ações para os municípios e das atividades de TS para as Equipes de Saúde da Família.

“... depois, com a descentralização para o município foi o compromisso total do município para ver cada dia mais. O exemplo foi do estado dos pacientes que o índice de cura aumentou, o índice de abandono diminuiu, o índice de transferência diminuiu e também o índice de óbitos aqui no município diminuiu com relação a TB a partir da estratégia do DOTS.” (E6)

“... onde tem o programa de saúde da família, tem essa facilidade, tem o agente de saúde que visita microáreas normalmente em todo período de visitas, ele faz toda aquelas áreas, e tem só um paciente, nunca tem mais do que, pelo menos que eu me lembre, cinco, seis pacientes no máximo, de uma equipe só para tratar.” (E5)

Sobre as fragilidades no processo de implantação da Estratégia DOTS denominadas debilidades, as falas dos coordenadores de PCTs apontam: (a) o serviço centralizado na fase inicial do tratamento supervisionado, o que implicava problemas relacionados ao acesso do serviço de saúde por parte dos doentes; (b) a resistência dos profissionais das unidades de referência e das ESF em alterar o horário de trabalho para atender as necessidades específicas dos doentes em TS; (c) a falta de credibilidade dos gestores no fato de que a tuberculose ainda existisse ou a falta mesmo de conhecimento sobre a TB .

Há também a falta de qualificação profissional para atuar com o cuidado específico ao doente de tuberculose. As mudanças de gestão acarretam, muitas vezes, a descontinuidade das ações, pois passam a faltar insumos necessários à sustentabilidade.

de da estratégia. Outro aspecto que compromete o desenvolvimento do DOTS tem a ver com a substituição de coordenadores e pessoal técnico a cada gestão que assume o poder político local. São vistos ainda como fatores negativos a falta de descentralização da retaguarda laboratorial e a não disponibilidade de recursos para a realização de supervisão das atividades que envolvem o controle da tuberculose.

“... a Tuberculose é uma área problemática da atenção básica, do PSE, e pelo fato desses profissionais não terem uma formação voltada para esse tipo de prática, para esse tipo de assistência, então isso comprometeu também o trabalho nas ações do controle da Tuberculose. Então eu vejo o perfil dos profissionais ainda, a questão da formação voltada para o controle, do agravo que também é ainda um pouco falho, a gente sabe que tem vasta distância entre a formação do ensino com serviço, esse diálogo não é estreito, é distante, a gente sabe disso.” (E2b)

“A retaguarda laboratorial no Estado da Paraíba... o laboratório LACEM fugiu um pouco do propósito inicial do Ministério em que a função do LACEM fosse fazer exames para os agravos de notificação compulsória e passou também a fazer a patologia clínica. Então acho que daí surgiu também algumas dificuldade em relação a ter uma retaguarda firme em relação ao diagnóstico, porque só existe um LACEM no Estado da Paraíba, não existe ‘LACENS’ nas regionais. Então a lista? Quais são as atribuições dos ‘LACEN’ hoje para ser a retaguarda do diagnóstico no Estado (...) ele tem que ter pessoal para treinar, pessoal para fazer os reagentes (...), para fazer o controle de qualidade das baciloscopias que são realizadas nos municípios... então isso é muito importante que o laboratório (...) importante na tuberculose... esteja equipado preparado para ser a retaguarda no diagnóstico no Estado.” (E1)

“.. sempre há uma mudança muito grande de digitador você á totalmente treinado, você está dando toda uma resposta, aí vem alguém e diz que você votou no prefeito anterior e aí você sai, é dispensado da prefeitura, então vem uma pessoa (...), então é isso a grande dificuldade em relação é a grande rotatividade do recurso humano.” (E1)

“ ... eu acho que o Programa da Paraíba esta relativamente bem, mas é preciso que tenha mais apoio financeiro na questão de supervisão, porque sem, eu não conheço nenhum agravo que sem supervisão ele possa ter uma operacionalização boa e a gente tem pecado nesse aspecto que a supervisão da sistemática e nós não temos condições financeiras para fazê-lo.” (E1)

Os problemas aqui destacados comprometem o pilar “compromisso político” dos atores envolvidos na produção de cuidados no SUS, principalmente, daqueles que lidam com o desafio de controlar a tuberculose — seja no empreendimento de ações gerenciais ou na operacionalização de atividades técnicas. A situação se agrava principalmente em regiões cujas populações não apresentam qualidade de vida e não podem referendar o conceito ampliado de saúde, como se observa em diversos municípios da Paraíba.

As fragilidades citadas comprometem o desenvolvimento da atenção ao doente de TB com base no conceito/princípio da integralidade, pois fragmenta a linha de produção do cuidado. Por essa perspectiva e com base em FRANCO e MAGALHÃES JUNIOR (2003), dentro de uma rede de cuidado integral, a atenção deve ser iniciada nos serviços de atenção básica (Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família), seguida do apoio diagnóstico e terapêutico e do acesso aos medicamentos, aos serviços especializados e a outros serviços. Dessa forma, as necessidades do usuário passam a ser o elemento estruturante do processo de produção em saúde.

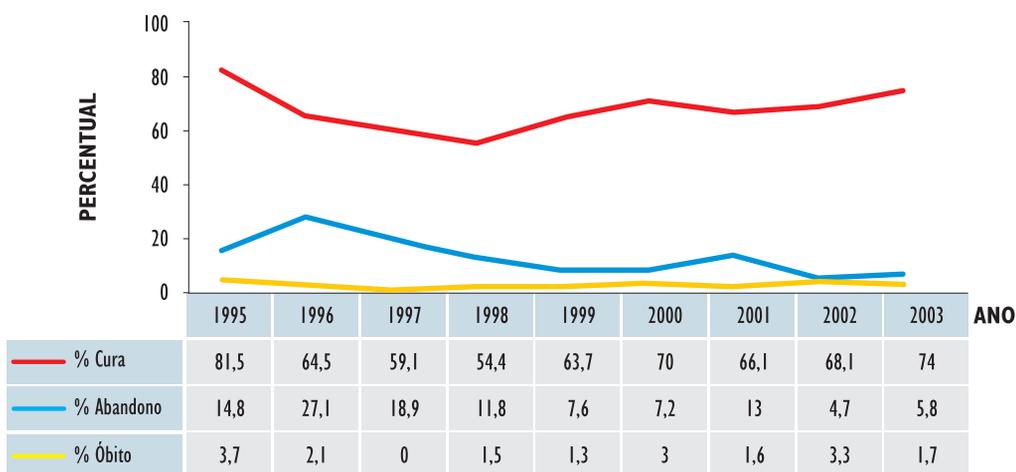
As debilidades mencionadas necessitam de um olhar mais debruçado para problematizar essas questões e partir para soluções na perspectiva do coletivo e com a participação ampliada de atores. O compromisso político dos gestores e demais atores envolvidos com o controle da TB deve estar voltado para a garantia do funcionamento da rede de cuidado integral de modo a responder às necessidades do doente de TB. Deve também garantir uma qualificação de profissionais que articule a formação com as práticas operadas nos serviços. Segundo NUNES (2005), enfermeiras reconhecem que o cuidado com os doentes de TB vai além do tratamento medicamentoso e enfatizam a responsabilidade dos gestores com a criação e o fortalecimento de políticas voltadas à qualidade de vida das pessoas.

Mesmo em face dessas fragilidades, observa-se que, após a implantação e expansão do DOTS no Estado, ocorreram alterações nos indicadores referentes à tuberculose. A seguir, em atenção ao segundo objetivo deste trabalho, serão apresentados os resultados que mostram o comportamento epidemiológico da TB nos seis municípios prioritários: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras.

3.2. Resultados e análise dos dados quantitativos sobre as características epidemiológicas da tuberculose nos seis municípios prioritários da Paraíba

Nos gráficos abaixo, são apresentados os percentuais de cura, abandono e óbitos ocorridos no período de 1995 a 2003 no Estado da Paraíba, segundo o conjunto de municípios prioritários. Deve-se ressaltar que os dados de 1995 a 1997 são representativos apenas para a cidade de João Pessoa; o ano de 1998 inclui os municípios de João Pessoa e Campina Grande; e o ano de 1999 inclui Santa Rita. A partir do ano 2000, são inseridos os dados dos seis municípios, que são: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras.

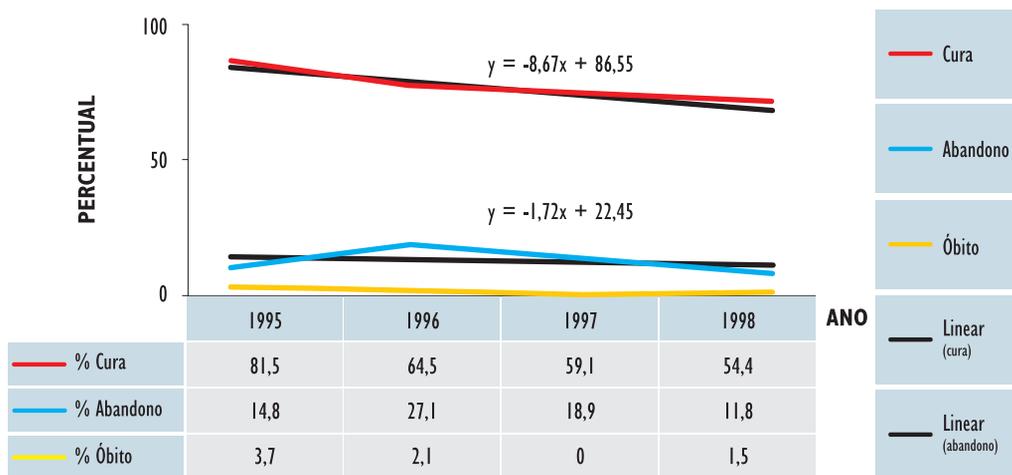
GRÁFICO I - Percentual de cura, abandono e óbito - Estado da Paraíba / 1995 - 2003



Fonte: Livro de Registro e Controle da Tuberculose / Livro Preto.

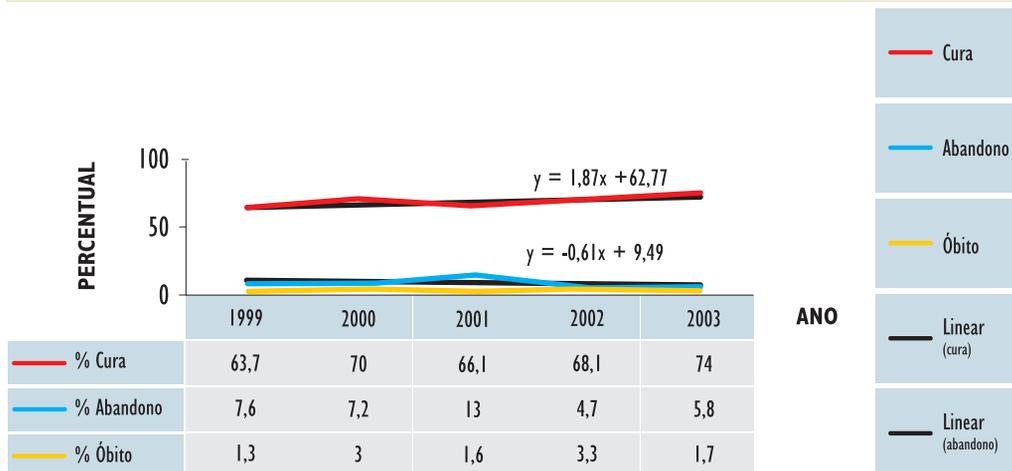
Desdobrando-se as informações apresentadas para o Estado da Paraíba, segundo o conjunto de municípios prioritários, observa-se que há tendências diferentes entre os períodos 1995-1998 e 1999-2003. O Gráfico 2, abaixo, indica que, no primeiro período, houve um declínio do percentual de curas numa velocidade de 8,67% ao ano e, simultaneamente, uma diminuição do percentual de abandono numa velocidade de 1,72% ao ano.

GRÁFICO 2 - Percentual de curas, abandono e óbito - Estado da Paraíba / 1995 - 1998



Fonte: Livro de Registro e Controle da Tuberculose / Livro Preto.

GRÁFICO 3 - Percentual de curas, abandono e óbito - Estado da Paraíba / 1999 - 2003



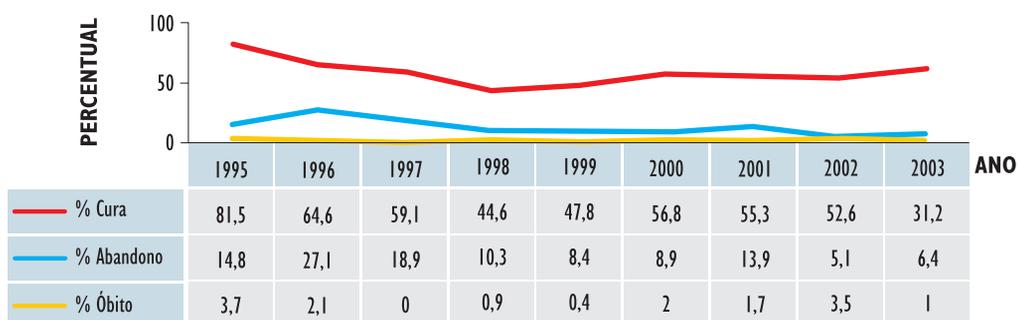
Fonte: Livro de Registro e Controle da Tuberculose / Livro Preto.

NO PERÍODO 1999-2003, HOVE UM INCREMENTO NOS PERCENTUAIS DE CURA NUMA VELOCIDADE DE 1,87% AO ANO, ENQUANTO QUE SE OBSERVOU UMA DISCRETA REDUÇÃO NOS PERCENTUAIS DE ABANDONO NUMA VELOCIDADE ANUAL DE 0,61%. ESSES DADOS REFORÇAM AS AÇÕES ADVINDAS COM O IMPULSO DA MUNICIPALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA PARAÍBA (PARAÍBA, 2001) DE FORMA SIMULTÂNEA À AMPLIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS.

As informações acima apresentadas consistem em dados agregados referentes aos seis municípios prioritários, no entanto, é importante delinear as diferentes realidades locais que serão enfocadas a partir dos dados apresentados a seguir.

Um olhar sobre os dados do município de João Pessoa no período de 1995-2003 indica que há duas fases bem distintas: o período de 1995-1998, quando ocorria uma diminuição do percentual de curas e diminuição do percentual de abandono; e o período de 1999-2003 em que se observa um aumento do percentual de cura e se mantém a tendência de diminuição do percentual de abandono.

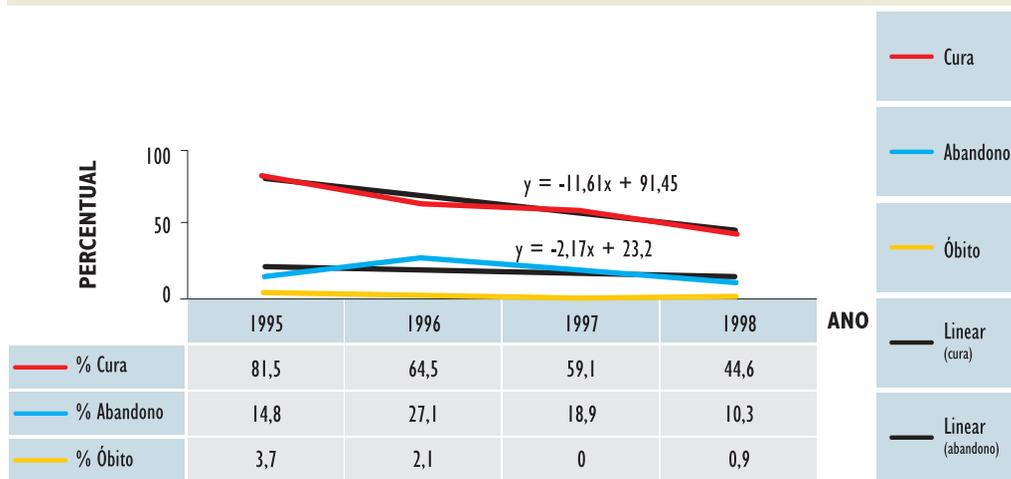
GRÁFICO 4 - Percentual de cura, abandono e óbito - João Pessoa - PB / 1995 - 2003



Fonte: Livro de Registro e Controle da Tuberculose / Livro Preto.

Assim como verificado para o Estado da Paraíba, considerando o conjunto dos municípios prioritários, em João Pessoa, entre 1995-1998, observa-se uma queda tanto nos percentuais de cura como de abandono, com uma velocidade de 11,61 % e 2,17 %, respectivamente, ao ano.

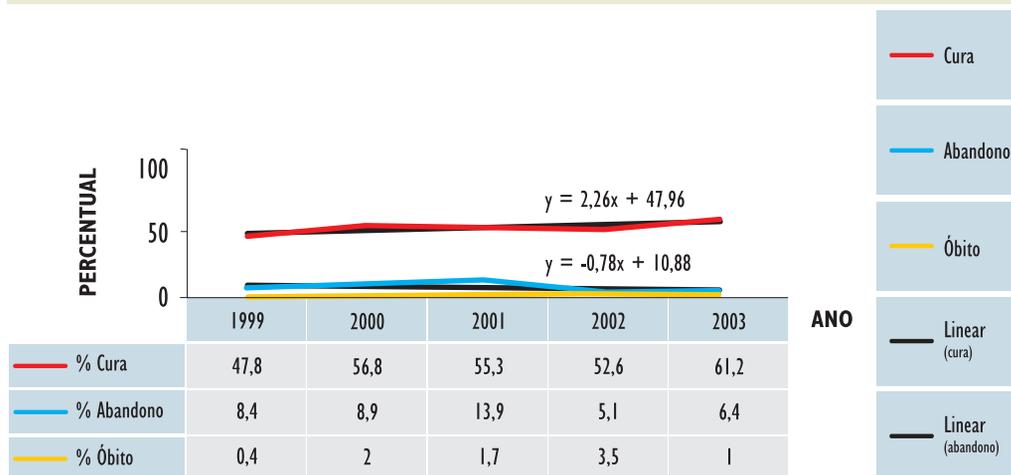
GRÁFICO 5 - Percentual de cura, abandono e óbito - João Pessoa - PB / 1995 - 1998



Fonte: Livro de Registro e Controle da Tuberculose / Livro Preto.

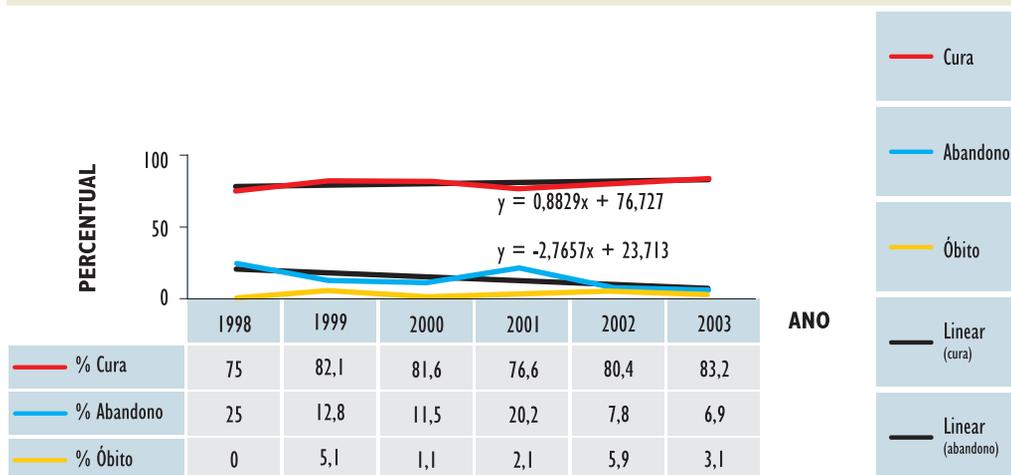
Através do gráfico, percebe-se que ocorre, no período de 1999-2003, um aumento do percentual de cura numa velocidade de 2,26 % ao ano e uma redução nos percentuais de abandono numa velocidade de 0,78%. Sugere-se, como explicação, o fato de ter ocorrido, a partir de 1999, a descentralização da saúde e a municipalização dos serviços, o que concorreu para a organização da atenção básica. No tocante à tuberculose, a parte qualitativa deste trabalho evidencia a transferência de ações de controle da doença das unidades de referência para as USF.

GRÁFICO 6 - Percentual de cura, abandono e óbito - João Pessoa - PB / 1999 - 2003



Fonte: Livro de Registro e Controle da Tuberculose / Livro Preto.

GRÁFICO 7 - Percentual de cura, abandono e óbito - Campina Grande - PB / 1998 - 2003

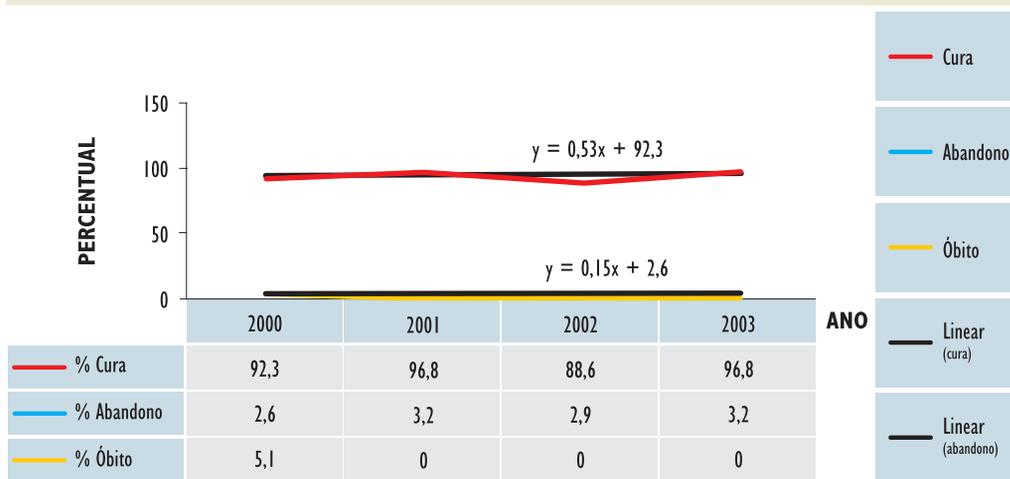


Fonte: Livro de Registro e Controle da Tuberculose / Livro Preto.

Para a cidade de Campina Grande, observa-se um aumento do percentual de cura durante todo o período de 1998-2003 e, simultaneamente, a diminuição do percentual de abandono. Deve-se ressaltar que, a partir do ano de 2001, alguma ocorrência de natureza político-administrativa ou epidemiológica determinou um aumento do percentual de cura e uma queda do percentual de abandono. Uma explicação plausível poderia ser o fato de que, a partir de 1998, ocorreu a ampliação das ESF: no ano de 1998, existiam 12 ESF e, ao término de 2003, contavam-se 49 equipes distribuídas na cidade de Campina Grande (SANTOS, 2004). Em 2002, assumiu a gestão municipal da saúde o sanitarista André Luiz Bonifácio de Carvalho que se destacou pelo compromisso com a reorganização do modelo de atenção, priorizando na atenção básica, principalmente, a expansão da estratégia de saúde da família.

Os municípios de Bayeux, Santa Rita, Patos e Cajazeiras mostram, em relação à tuberculose, um quadro epidemiológico semelhante. Ou seja, os percentuais de cura encontram-se em patamares elevados, em média, superiores a 90 %. Importante observar que os dados apresentados coincidem com a implantação do DOTS nestes municípios, indicando percentuais de cura superiores à média nacional, que é de 75%.

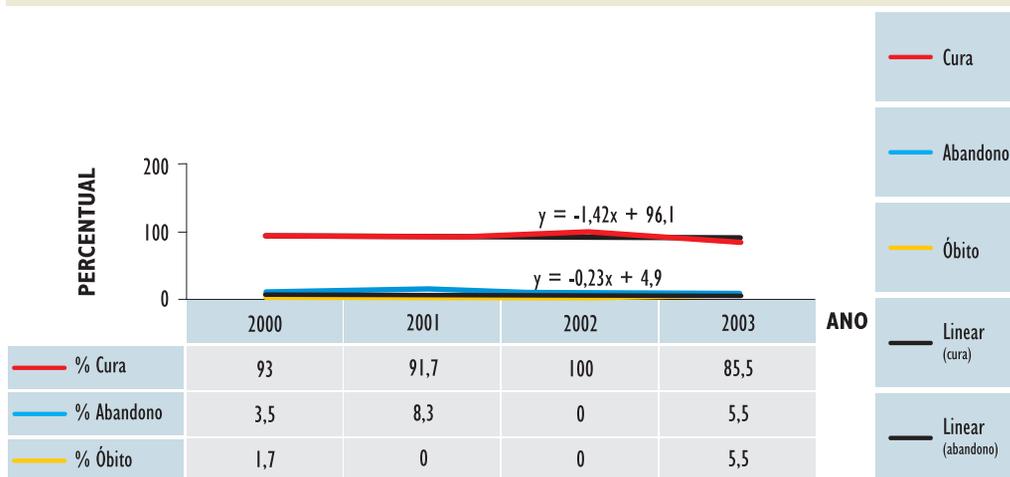
GRÁFICO 8 - Percentual de cura, abandono e óbito - Bayeux - PB / 2000 - 2003



Fonte: Livro de Registro e Controle da Tuberculose / Livro Preto.

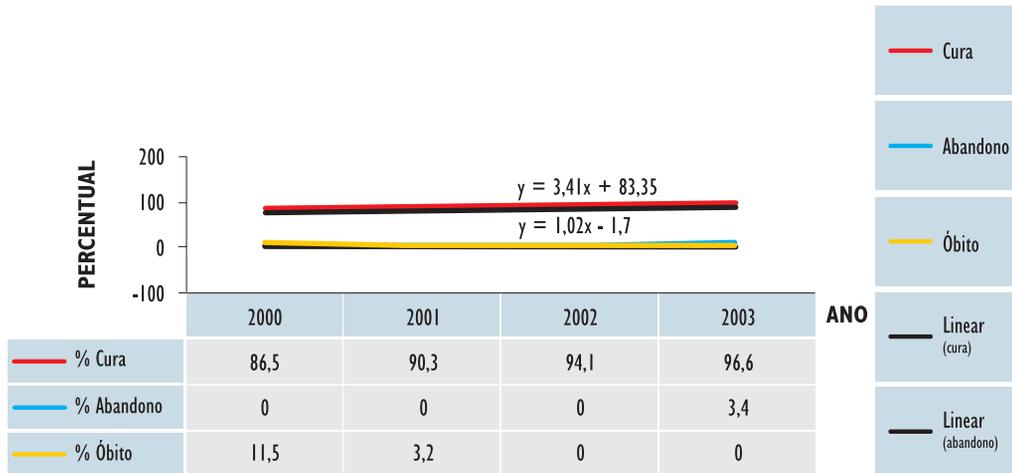
Para o município de Bayeux, houve a manutenção de um alto percentual de cura e, simultaneamente, a diminuição do percentual de abandono no período de 2000-2003. Fenômeno semelhante ocorreu com a cidade de Patos. No mesmo período, nas cidades de Cajazeiras e Santa Rita, houve aumento no percentual de cura e diminuição do percentual de abandono.

GRÁFICO 9 - Percentual de cura, abandono e óbito - Patos - PB / 2000 - 2003



Fonte: Livro de Registro e Controle da Tuberculose / Livro Preto.

GRÁFICO 10 - Percentual de cura, abandono e óbito - Cajazeiras - PB / 2000 - 2003



Fonte: Livro de Registro e Controle da Tuberculose / Livro Preto.

Oficializado no país em 1999 e introduzido no Estado da Paraíba neste mesmo ano, O DOTS, como estratégia de atenção, contribuiu para alterar significativamente o quadro epidemiológico da TB nos municípios de Patos, Santa Rita, Bayeux e Cajazeiras.

4. COMENTÁRIOS

A experiência dos seis municípios prioritários do Estado da Paraíba mostra que a preocupação de implantação da estratégia DOTS evidenciou, de maneira geral, uma diminuição do percentual de abandono. Simultaneamente, ressalta-se uma elevação nos percentuais de cura coincidindo com a reorganização dos serviços de atenção básica, dada a expansão do PSF e a conseqüente descentralização dos serviços das unidades de referência para as USF. Isso mostra certo compromisso político por parte dos gestores municipais, bem como dos coordenadores de PCT e dos profissionais das ESF com a implantação e expansão da estratégia DOTS.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FORTUNA, Cinira Magali; MATUMOTO, Silvia; PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p.272-281, set/dez. 2002.
- FRANÇA, José de; ARAÚJO, Lindemberg Medeiros de; CARVALHO, André Luis Bonifácio de. A gestão do SUS na Paraíba (1996-1999): construção de estratégias para a conformação de um novo modelo de atenção à saúde. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 6-18, dez. 2000.
- FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JUNIOR, Helvécio Miranda. Integralidade na Assistência a Saúde das linhas do cuidado. In MERHY, Emerson Elias et al. **O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p.125-133.
- LIMA, Dinalva Soares. **Plano de trabalho, em parceria com os gestores municipais dos municípios prioritários de: João Pessoa, Bayeux, Santa Rita, Campina Grande, Patos e Cajazeiras a ser cumprido em 2005-2006**. João Pessoa: Secretaria de Estado da Saúde, 2005.
- MENDES, Eugenio Vilaça. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, ano 03, n. 04, p. 04-26, jan/jun. 2004.
- MENDES, Eugenio Vilaça. A descentralização do Sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In MENDES, Eugênio Vilaça (Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-55.
- MERHY, Emerson Elías et al. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de fabricar modelos de atenção. In MERHY, E.E. et al. **O trabalho em saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 15-35.

- NUNES, M. G. **Histórias da atuação de enfermeiras no combate e controle da tuberculose na Paraíba no período de 1950 a 1960**. 2005. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.
- OLIVEIRA, Maria Leurinete Pereira de. **Aspectos Epidemiológicos da tuberculose no município de Sumé – PB**. 2005. Monografia (Especialização), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.
- PARAIBA (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de Gestão**. João Pessoa, Pb, 2001. 113 p.
- RAVIGLIONE, M. C. Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001. **The Lancet**, v. 359, p. 775-780, March 2002.
- RISI JUNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberta Passos (Coord.). As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobe (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 117-222.
- SANTOS, Paula Fernanda Brandão Batista. **O enfermeiro na implantação e desenvolvimento do programa saúde da família na cidade de Campina Grande-PB**. 2004. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB.
- SOUSA, Maria de Fátima et al. Gestão da Atenção Básica: refletindo contexto e possibilidades. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio Janeiro, n. 21, p. 7-14, dez. 2000.
- VERAS, Cláudia Luciana de Sousa Macenas. **A organização da atenção básica e das estratégias de gestão no Estado da Paraíba: avaliação do perfil epidemiológico – saúde da criança, saúde da mulher, hipertensão arterial e diabetes – em função da organização da Atenção Básica à saúde, em 15 municípios no Estado da Paraíba**. João Pessoa: UFPB/Mestrado em Enfermagem, 2005. (Proposta de pesquisa apresentada à disciplina Seminário de Pesquisa em Enfermagem).
- VERAS, Cláudia Luciana de Sousa Macenas; RODRIGUES, Ricardo de Moraes; CARVALHO, André Luis Bonifácio de. O saúde da família na Paraíba: do processo de implantação aos resultados. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 26-34, dez. 2000.

CAPÍTULO VI

A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS NA CIDADE DE RECIFE (2005)



Neste capítulo, serão apresentadas:

- a caracterização do município de Recife;
 - a rede dos serviços de saúde;
 - a magnitude do problema da TB;
 - a experiência da implantação do DOTS;
- as informações epidemiológicas e operacionais do PCT.

Este Capítulo foi elaborado basicamente por Cinthia Midori Sasaki, Paula Hino, Maria Júlia Barros Vilela, Roxana Isabel Cardozo Gonzales, Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino-Netto. É baseado na Tese de Doutorado de Cinthia Midori Sasaki, intitulada: *"A situação da estratégia DOTS para o controle da tuberculose no município de Recife-PE"*, do Programa Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

I. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO

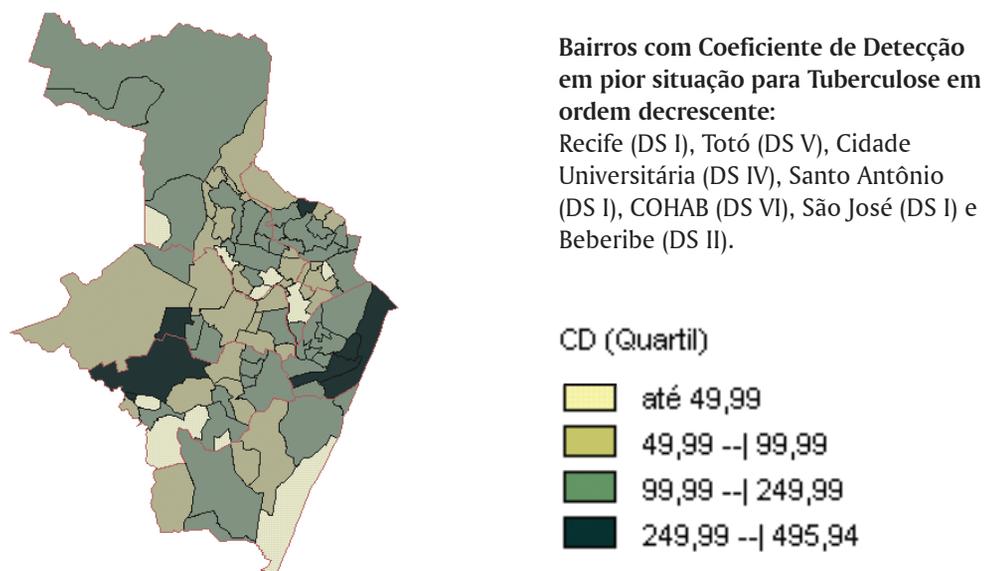
Para compreensão do processo de implantação da estratégia DOTS no município de Recife, inicialmente, foi realizada uma breve caracterização territorial e uma descrição da situação epidemiológica da tuberculose e da organização do sistema de saúde para a assistência à doença no município.

O município de Recife possui uma extensão territorial de 209 km². Segundo o Censo Demográfico de 2000, a população residente era de 1.422.905 habitantes, com predominância da faixa etária jovem e do sexo feminino. A convivência entre seus habitantes apresenta-se próxima territorialmente, mas está separada pelas enormes diferenças sociais que fazem com que nenhum morador de renda alta ou média more a menos de 1.050 metros de uma comunidade de baixa renda. Também no interior dos bairros, salvo algumas exceções, existem profundas desigualdades, como é o caso das regiões de piores indicadores de morbi-mortalidade e de pobreza. Cerca de 33,4% dos domicílios dispõem de renda inferior a um salário mínimo ou não possuem rendimento, e cerca de 70% da população é considerada pobre. A escolaridade também revela grandes diferenças intra-urbanas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE – RECIFE, 2005).

Nesse contexto, a tuberculose se apresenta como um grave problema de saúde pública colocando o município como um dos prioritários do Estado de Pernambuco que ocupa o segundo lugar em número de casos de tuberculose na região nordeste do Brasil. No Estado, existem 15 municípios prioritários para o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) e, em 2003, esses municípios apresentaram um percentual de cura de 43,9% e a co-infecção TB/ HIV foi de 6,7% (BRASIL, 2005).

O município de Recife apresenta um coeficiente de incidência médio de 113,95/100.000 habitantes, variando de 100 a 176,85/100.000 habitantes entre os Distritos (SINAN/SMS, 2004). A gravidade desse quadro ainda é demonstrada pelo alto coeficiente de mortalidade que é de 9,91/100.000 habitantes (SIM/SMS, 2003). Quanto ao resultado de tratamento, o município vem apresentando taxa de abandono em torno de 15% e percentual de cura na faixa de 60% (PREFEITURA DE RECIFE, 2005), enquanto o preconizado pelo Ministério da Saúde é, respectivamente, 5% e 85%.

FIGURA I. Coeficiente de Detecção de Tuberculose segundo Bairro. Recife 2001-2004



Na VI Conferência Municipal de Saúde, a tuberculose ficou estabelecida como um problema prioritário, sendo necessária a reorganização das ações de controle da doença com o objetivo de reverter os indicadores a médio e longo prazo. Para isso, foi utilizado o Planejamento Estratégico e a Epidemiologia como norteadores do processo que resultou na construção do Plano Municipal de Tuberculose 2004-2005, cujas principais linhas de ação coincidem com os cinco elementos da estratégia DOTS.

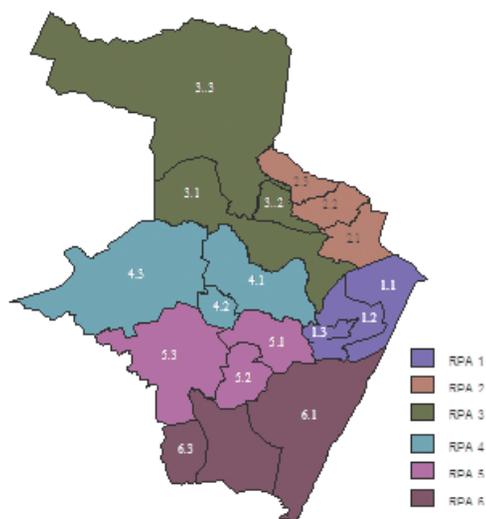
No município, a organização do sistema de saúde para a assistência à tuberculose contempla um serviço de referência para internação, através do qual, a maior parte dos casos é detectada em âmbito hospitalar. Outro importante número de casos é descoberto através das emergências da rede geral (cerca de 30%), revelando uma distorção da porta de entrada do usuário com tuberculose e o retardo no diagnóstico dos casos.

Em âmbito ambulatorial, a assistência à tuberculose vem sendo estruturada com ênfase na Atenção Básica. O município conta com cinco Unidades de Saúde Tradicionais e 101 Unidades de Saúde da Família (213 equipes) através das quais, vêm sendo desenvolvidas ações de mobilização social junto aos diversos atores do micro-território (escolas, grupos, rádios comunitárias, entre outros). Também vem sendo estruturada a rede de referência que conta com oito policlínicas presentes em todos os distritos. Em cada umas delas, há um especialista (pneumologista) e uma equipe multidisciplinar cuja finalidade é oferecer suporte e educação continuada (reuniões

clínicas) às equipes da Atenção Básica. Além disso, cada policlínica é referência para diagnóstico dos casos de tuberculose pulmonar negativo e extrapulmonar, com sua respectiva contra-referência e acompanhamento dos casos em tratamento pelo esquema III.

Para fins de planejamento, o território do município é dividido em seis Regiões Político-Administrativas (RPA) e cada uma destas subdivide-se em três microrregiões que agregam os bairros com maiores semelhanças territoriais. Na saúde, cada RPA corresponde a um Distrito Sanitário (cf. Figura 2).

FIGURA 2. Divisão Político-Administrativa do Município de Recife



Com o intuito de descrever e compreender o processo de implantação da estratégia DOTS no município de Recife, realizou-se um estudo de abordagem qualitativa a partir de três entrevistas com profissionais de saúde que atuam na gerência e assistência do Programa de Controle da Tuberculose do município. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, Modalidade Temática.

O referencial teórico que norteou a discussão dos dados foi a organização do sistema de serviços de saúde, com enfoque no processo de descentralização.

A partir da Constituição Federal de 1988, a descentralização tem sido uma das diretrizes organizacionais mais enfatizadas. Essa diretriz tem sido operacionalizada com a legislação infraconstitucional (Lei Orgânica de Saúde de 1990) e protagoniza a municipalização das ações e serviços de saúde.

Essa modalidade de descentralização é denominada *devolução* e envolve a

transferência do poder decisório de uma organização governamental para outra de menor nível hierárquico que passará operar com autonomia. O sucesso desse tipo de descentralização está associado ao grau de desenvolvimento gerencial dos níveis regionais e locais (MENDES, 2001).

Atualmente, o município de Recife está habilitado na gestão plena do Sistema Municipal, portanto, é responsável pelas ações de controle da tuberculose, atuando neste processo com autonomia política e administrativa para organizar a assistência de acordo com a realidade local.

Diante do exposto, o contexto da política de saúde vigente no município, a retaguarda laboratorial e assistência farmacêutica, o sistema de informações e o envolvimento dos atores-chave (gestores, coordenadores e equipe local) para a viabilização das ações de controle da tuberculose foram elementos que subsidiaram a análise do processo de implantação da estratégia DOTS no município.

2. RESULTADOS

Após exaustivas leituras das entrevistas, identificou-se que o processo de implantação da estratégia DOTS no município de Recife insere-se no **contexto da política de saúde** do município. Essa política reafirma os princípios e diretrizes do SUS e teve como importante caminho a ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹, adotando os mesmos como porta de entrada do Sistema de Saúde e, no caso da tuberculose, como garantia de uma efetiva ampliação de diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2004).

TABELA I

Número de equipes de Saúde da Família e de Unidades de Saúde da Família no município de Recife-PE, no período de 1999 a 2005.

ANO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Equipes de Saúde da Família	23	27	103	123	145	199	213
Unidades de Saúde da Família	14	16	58	69	75	97	101

Nesse sentido, foram efetuadas reuniões de trabalho como forma de melhorar a capacitação dos profissionais e a interação entre os diversos níveis de complexi-

¹ Estratégias que potencializam as ações desenvolvidas pelo DOTS e garantem a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2004).

dade da assistência à tuberculose no município, visando a integralidade da atenção.

“A gente teve uma expansão de rede enorme... e isto fez com que a gente fizesse um investimento inicial nos recursos humanos...”

Em relação à **retaguarda laboratorial**, houve uma ampliação de sua capacidade para a realização de baciloscopia, bem como um adequado controle de qualidade e biossegurança. Nesse sentido, foi possível descentralizar a busca de casos na comunidade pelas equipes do PSF/PACS. Foi estruturada a coleta diária de escarro na rotina de funcionamento de algumas Unidades de Saúde; aumentou-se a agilidade no retorno dos resultados de exames do laboratório para as Unidades de Saúde; foram adquiridos insumos laboratoriais; e implantou-se o Sistema de Informação Laboratorial (SIL-TB) que produz dados dos exames realizados em cada paciente, desde a descoberta até a cura.

“... a questão do laboratório... a gente vem investindo pesadamente... temos um laboratório que funciona bem com controle de qualidade...”

Em relação à reorganização da **assistência farmacêutica**, foram realizadas reuniões com profissionais da área para sistematização da distribuição do medicamento em dose individualizada, atrelando-a à notificação dos casos. Também foi implantada uma planilha para facilitar a programação mensal de medicamentos, o que tornou este setor um importante produtor de dados para o gerenciamento e a distribuição dos medicamentos do programa.

O **Sistema de Informações** do município tem a finalidade de avaliar a qualidade das informações. Isso se torna fundamental para o conhecimento do perfil epidemiológico e operacional da doença, bem como para a tomada de decisão e a execução de ações de controle. Através desse **Sistema de Informações**, foram verificados, na vigilância epidemiológica, o preenchimento das fichas de notificação e o fluxo destes instrumentos entre as unidades de saúde, Distritos Sanitários e Diretoria de Epidemiologia e Vigilância à Saúde. Para tal, foram contratadas equipes de apoio gerencial que, junto à Coordenação Municipal de Tuberculose e Distritos Sanitários, fizeram visitas às unidades de Saúde para realizar diagnóstico da rede e intervenção. Essas equipes buscaram identificar a estrutura dos serviços, analisar os dados produzidos pelas Unidades de Saúde, verificar o preenchimento de livro preto e formulários gerais, incluindo o banco de dados do SINAN.

No processo de implantação da estratégia DOTS em Recife, um outro aspecto

importante refere-se ao **envolvimento dos atores-chave**. O envolvimento do Gestor foi identificado principalmente a partir da aprovação de propostas (Plano de Ação 2004-2005); disponibilidade de recursos para o PCT e articulação com outros elementos-chave do sistema de saúde (Núcleo Gestor, Conselho Municipal de Saúde, Distritos Sanitários, coordenadora do PCT local).

“... tivemos no final de 2003 um suporte importante... do Ministério, chamado PAI (Plano de Ação e Intensificação para as ações de TB)... foi definido os municípios prioritários e nos somos um dos municípios...”

O envolvimento da Coordenação do PCT local foi identificado, a partir de habilidades específicas, (a) para criar mecanismos para a inserção das ações de controle da tuberculose nas agendas de saúde através da divulgação da gravidade da situação da doença no município; (b) para a elaboração e apresentação de um Plano de Ação ao Núcleo Gestor; (c) para a negociação permanente com diversos níveis (gestor, equipes das unidades de saúde da família, da vigilância epidemiológica, da assistência farmacêutica e laboratorial, comunidade e outras instâncias governamentais); e (d) para o desenvolvimento de estratégias para a sensibilização das equipes e incorporação de responsabilidades no nível local.

“... nós, enquanto coordenação, trabalhamos desde o início do plano e fomos fazer a discussão para aprovação política, institucional deste plano”.

“... a gente já fez e vem trabalhando campanhas de mobilização social em vários territórios, microterritórios, envolvem principalmente as equipes de PACS e PSF.. a gente está envolvendo as equipes numa discussão com a comunidade...”

O maior envolvimento das equipes locais (Unidades de Saúde/PSF/PACS) no processo de implantação da estratégia DOTS se dá à medida que são realizadas reuniões, oficinas, discussões e avaliações com a Coordenação. No entanto, existem algumas dificuldades de equipes/profissionais de saúde para a incorporação das responsabilidades locais para o controle da tuberculose, tais como: a busca de sintomáticos respiratórios, o fluxo dos exames laboratoriais, a forma de organização na realização da dose supervisionada e o registro dos dados a serem informados.

Ressalta-se que a descoberta de casos novos da doença apresenta deficiência para a busca de sintomáticos respiratórios na comunidade e nos serviços de saúde, com

diagnóstico tardio e centrado na demanda espontânea. Além disso, há deficiência na identificação e investigação dos contactantes.

“... os profissionais de saúde eles não introjetaram esta prática diária no cotidiano deles de busca de sintomáticos... tem uma entrada imensa de pacientes pela rede hospitalar...”

Embora o município apresente uma retaguarda laboratorial estruturada, devido à organização interna do serviço, ainda existem dificuldades para a operacionalização da baciloscopia quanto aos pontos de coleta e tempo de liberação de resultados de exames.

“... na questão do retorno dos resultados... o fluxo interno das unidades então chegava na mão de setor da unidade que não chegava lá no setor da tuberculose...”

Na condução do tratamento, observou-se que não havia uma observação sistemática dos esquemas terapêuticos por parte de alguns profissionais e havia deficiência no uso dos instrumentos de acompanhamento da dose supervisionada. Isso impossibilitava a avaliação real das taxas de abandono e de cura da doença no município.

“A dose supervisionada estamos recomeçando... eles não se responsabilizavam completamente, alguns muito bem, outros não..”

“...este modelo de acompanhamento supervisionado não era uma coisa registrada oficialmente e, se não era bem registrado, a gente não podia estar fazendo as avaliações...”

Um aspecto identificado, que compromete a agilidade e a qualidade das informações e seu uso oportuno no planejamento e operacionalização das ações de Vigilância Epidemiológica, está relacionado à deficiência de recursos humanos qualificados e de recursos materiais, em especial, de informática.

“... a gente tem dificuldades... ora do próprio SINAN... ora da compreensão dos trabalhadores de preencher (os registros) corretamente e em tempo hábil... dificuldade nos setores de vigilância do município... geralmente é um profissional para todos os agravos...”

3. A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA TUBERCULOSE E SUA RELAÇÃO COM ALGUNS FATOS HISTÓRICOS NO MUNICÍPIO

GRÁFICO 1 - Percentual de cura no município de Recife - PE / 1995 - 1999

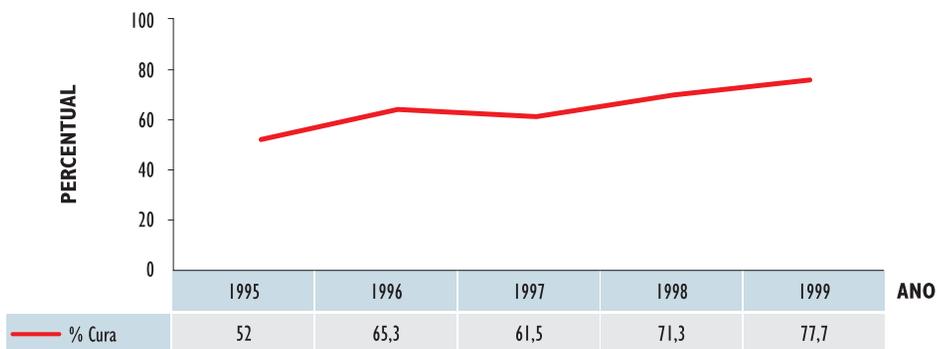


GRÁFICO 2 - Percentual de cura no município de Recife - PE / 1999 - 2003

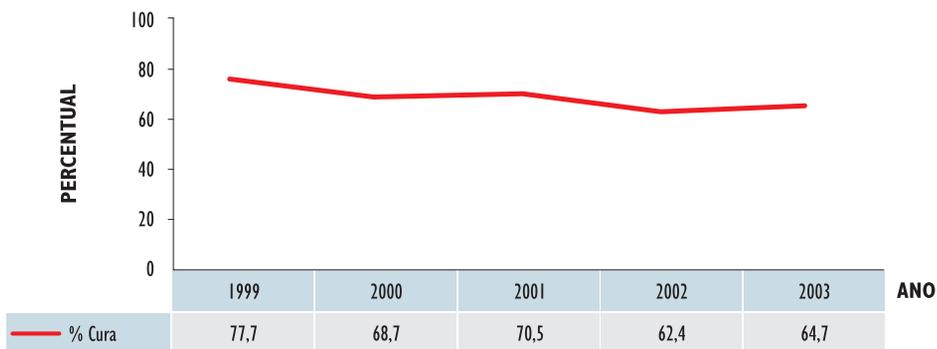


GRÁFICO 3 - Percentual de abandono no município de Recife - PE / 1995 - 2003

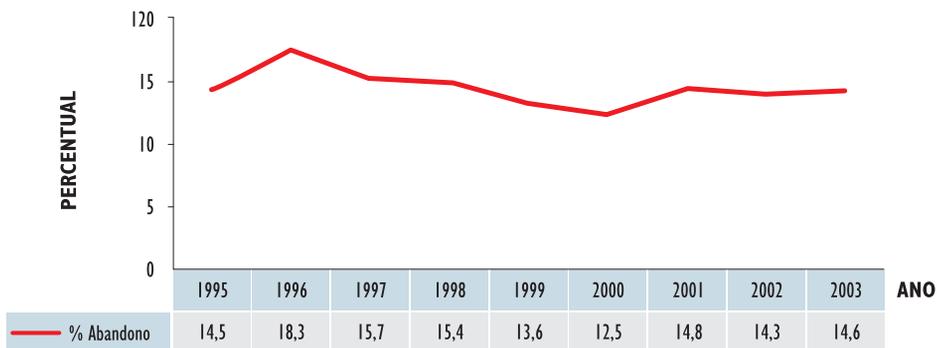


GRÁFICO 4 - Percentual de detecção no município de Recife - PE / 1995 - 2001

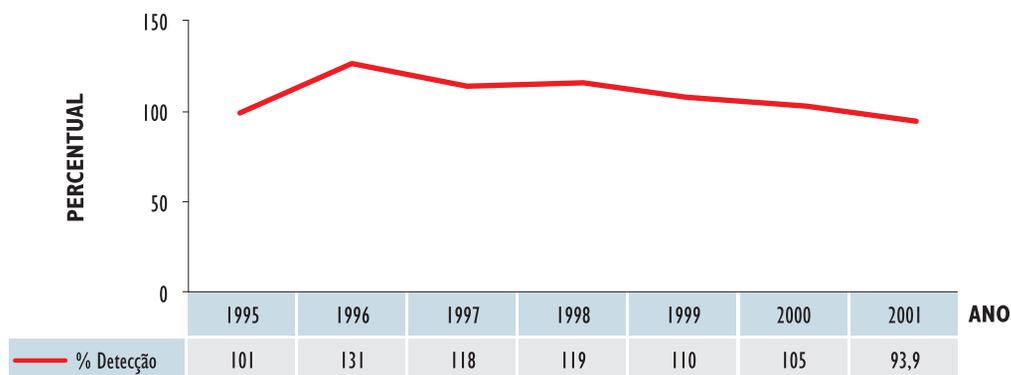


GRÁFICO 5 - Percentual de detecção no município de Recife - PE / 2001 - 2003



A partir de 1999, houve uma redução no percentual de cura (Gráficos 1 e 2) e o percentual de abandono manteve-se acima de 10% durante todo período de 1995 a 2003 (Gráfico 3). Esses dados são reflexos (a) da ausência de supervisão/monitoramento das ações de controle da tuberculose; (b) do número elevado de casos oriundos de municípios vizinhos; (c) do pouco apoio político; (d) da ausência de equipe de coordenação; (e) da falta de recursos humanos nos níveis distritais; (f) de recursos financeiros escassos; (g) da não disponibilidade de transporte para acompanhamento da rede; (h) do apoio diagnóstico deficiente (Raio-X, laboratorial); (i) das permanentes mudanças de chefia; (j) e do próprio processo de descentralização que atingiram o

PCT local.

O percentual de detecção de casos, que estava em declínio no período 1995 a 2001, a partir deste último ano, aumenta rapidamente em função da demanda nos serviços de saúde, principalmente, nos últimos três anos (Gráficos 4 e 5). No período de 1995 a 2003, o município apresentou um percentual de casos detectados acima da meta proposta pelo PNCT, que era de manter a detecção anual de pelo menos 70% dos casos estimados de tuberculose. Esses dados podem refletir um grande número de casos que não foram descobertos anteriormente. O diagnóstico tardio da doença implica o doente ficar mais tempo sem tratamento, disseminando a doença na comunidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia DOTS, no município de Recife, está sendo implantada de forma gradual a partir do Plano Municipal de Tuberculose 2004-2005, cujas principais linhas de ação coincidem com os cinco elementos da estratégia e inserem-se no contexto da descentralização das ações de controle da tuberculose na Atenção Básica, que teve início em 2001².

Os dados qualitativos apontam uma reorganização das ações do PCT nos serviços de saúde, resultando na descentralização da coleta de escarro, na articulação da assistência farmacêutica e epidemiologia, na implantação da dose individualizada e nas mobilizações sociais. Entretanto, a busca de sintomáticos respiratórios, o fluxo dos exames laboratoriais, a forma de organização na realização da dose supervisionada e a qualidade dos registros a serem informados ainda persistem como desafios para a coordenação municipal do PCT devido à dificuldade de envolvimento dos profissionais de saúde.

Frente a essa situação, a descentralização das ações de controle da tuberculose nos PSF deve ser conduzida com cautela, pois pode estar resultando na pulverização da responsabilidade, na falta de compromisso, na maior dificuldade em ministrar a dose supervisionada e na deficiência no preenchimento dos registros.

Neste sentido, é necessário que a gerência do PCT dê continuidade tanto

² Sobre a implementação gradual do DOTS a partir de 2004 e 2005, o Município inovou com uma parceria ampla com a sociedade civil organizada (BEMFAM- Bem-Estar Familiar no Brasil), programa estadual, PNCT e SBPT, no quadro do projeto de Coalizão Brasileira contra a Tuberculose, implementado sob financiamento da USAID, na Região Metropolitana de Recife.

às supervisões e capacitações das equipes de saúde, privilegiando o local de atuação dos mesmos, quanto às avaliações periódicas dos avanços nas ações de controle da doença e do próprio desempenho dos profissionais de saúde.

Os dados quantitativos mostram um aumento da porcentagem de casos detectados de tuberculose no período de 2001 a 2003, no entanto, a situação epidemiológica da tuberculose em Recife continua apontando para a necessidade de ampliar a execução da estratégia DOTS, por esta ser uma alternativa viável e eficaz para alcançar as metas preconizadas pela OMS.

5. COMENTÁRIOS

As informações disponíveis mostram que a implantação da estratégia DOTS tem sido acompanhada de uma diminuição do percentual de abandono. Por outro lado, o percentual de curas diminuiu a partir de 1999. Quais fatos estariam implicados nesta tendência? O percentual de detecção de casos, que estava em declínio no período 1995-2001, a partir deste último ano, aumenta rapidamente. Seguramente, está havendo uma reorganização dos serviços de saúde, principalmente, nos últimos três anos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema Nacional de Vigilância em Saúde: relatório de situação: Pernambuco/** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Portaria MS/GM n. 95, de 26 de janeiro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Estratégico para a Implementação do Plano de

Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2001-2005. Resumo Executivo. Brasília, 2000.

MENDES, E. V. Os Grandes Dilemas do SUS. Salvador: Editora Casa da Qualidade, Tomo I e II, 2001.

MINAYO, M. C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec. Abrasco, 1999.

MUNIZ, J.N.; PALHA, P.F.; MONROE, A.A.; CARDOZO-GONZALES, R.I.; RUFFINO-NETTO, A.; VILLA, T.C.S. A incorporação da busca ativa de sintomáticos respiratórios para o controle da tuberculose na prática do agente comunitários. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 10 (2): 315-21, 2005.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Recife, 2006-2009. **Recife Saudável: inclusão social e qualidade no SUS.** Prefeitura de Recife. Recife, 2005.

PREFEITURA DE RECIFE. Secretaria de Saúde. Diretoria Geral de Atenção à Saúde. Diretoria Executiva de Atenção Básica. Coordenação de Tuberculose. **Ações de Controle da Tuberculose.** Relatório Anual (2004). Recife, 2005.

TRIVINOS ANS. Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Atlas, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing. WHO Report 2005. Geneva, Swtzerland, WHO/TB/2003.316, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. What is dots?. A guide to understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS. WHO/CDS/CPC/TB/99, 1999. 270p.

A Arte. A Ciência.

Antonio Ruffino-Netto

*No meio de tudo igual,
de repente,
inconscientemente
sem que procurando estivesse
encontrei o que era diferente.
Com a arte assim criada
realizado, liberto
incondicionalmente me senti feliz.*

*No meio de tudo diferente
conscientemente
observei, procurei, encontrei
o que era igual.
Descobri a lei que explica: a ciência.
Resultado: bom ou ruim?
feliz ou infeliz?
Depende dessa revelação
uso que dela faço
ou do quanto dela submisso me tornei.*

14-11- 2001

CAPÍTULO VII

A EXPERIÊNCIA DE IMPLANTAÇÃO DO DOTS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

“Rio de Janeiro, nome próprio Cidade Maravilhosa”.
Coelho Neto, 1908



Neste capítulo, serão apresentados:

- a descrição dos antecedentes do PCT no Rio de Janeiro;
- a magnitude do problema da TB;
- a evolução da implantação e implementação do DOTS na cidade;
- alguns resultados preliminares.

Este capítulo foi elaborado por Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos, Roxana Isabel Cardozo Gonzales, Aline Aparecida Monroe, Tereza Cristina Scatena Villa, Elizabeth Cristina Coelho Soares, Marcus Barreto Conde, Antonio Ruffino-Netto.

I. ANTECEDENTES E SITUAÇÃO DO MUNICÍPIO

Para compreensão do processo de implantação da estratégia DOTS, inicialmente, foi realizada uma breve caracterização territorial do município. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2005a):

O município do Rio de Janeiro é a capital do Estado do Rio de Janeiro, situado na região sudeste do Brasil. Possui uma extensão territorial de 1.255,28 km², uma população de 5.857.904 habitantes, sendo 100% urbana. É a segunda metrópole do país, tornando-se alvo de movimentos migratórios, o que contribuiu para o surgimento de cinturões de miséria, comuns nas periferias das grandes cidades.

Para fins de planejamento e de oferta de serviços de saúde e educação, desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu a cidade em 10 Áreas de Planejamento (AP) (figura1), possuindo cada uma delas estrutura gerencial para promoção das ações de saúde no nível local, as chamadas Coordenações de Área de Planejamento (CAP). As APs incluem 32 Regiões Administrativas (RA) com seus respectivos bairros.

O modelo de municipalização da saúde na cidade foi ímpar quando comparado às demais metrópoles brasileiras. A cidade do Rio de Janeiro, devido à sua trajetória de capital da República até 1960, herdou um grande número de unidades de saúde do governo federal, resultando no estabelecimento de um sistema de saúde fortemente centrado em hospitais. A rede hospitalar da cidade é a maior do país, com uma distribuição heterogênea dos serviços e maior concentração de hospitais nas áreas de ocupação mais antigas da cidade. Esse modelo hospitalocêntrico, que foi hegemônico ao longo de décadas, é um dos fatores que nos leva a compreender a dificuldade de abordagem de uma doença como a tuberculose (TB) na cidade. A baixa oferta de consultas básicas por habitante/ano é a principal deficiência na assistência à saúde da população, comprometendo o acesso dos usuários ao sistema de saúde, que passam a buscar os serviços de urgência/emergência como porta de entrada (RIO DE JANEIRO, 2002).

Nesse contexto, a tuberculose se apresenta como um grave problema de saúde pública para este município. Em 1999, aproveitando-se o momento político favorável e seguindo-se as recomendações do Ministério da Saúde do Brasil e da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 1999; WHO, 1998; RUFFINO-NETTO, 2002), inicia-se o processo de implantação da estratégia DOTS, quando a tuberculose foi considerada uma prioridade dentro da Secretaria Municipal de Saúde.

Com o intuito de descrever e compreender esse processo de implantação no município do Rio de Janeiro, realizou-se um estudo a partir de entrevistas com profissionais de saúde que atuam tanto na gerência quanto na assistência do Programa de Controle da Tuberculose deste município.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que norteou a discussão dos dados foi a Vigilância em Saúde com enfoque na territorialização. Assim, considerou-se o compromisso político, o envolvimento dos atores-chave e o processo de descentralização dos serviços de saúde como os elementos principais para análise dos dados. Utilizou-se a técnica de Análise de Conteúdo, Modalidade Temática (MINAYO, 1993) e, após exaustivas leituras das entrevistas, identificou-se que a Organização dos Serviços de Saúde na implantação da estratégia DOTS no Rio de Janeiro tem, com ponto central, a apropriação do território que envolve o reconhecimento da área geográfica, da situação epidemiológica e das condições de vida da população que vive em tempo e em espaços determinados, apresentando um perfil demográfico, social, econômico, cultural e político peculiar (MENDES, 1993).

A territorialização como estratégia de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde vem sendo incorporada por várias instâncias do Sistema Único de Saúde, por exemplo, pela Estratégia de Saúde da Família e pela Vigilância Ambiental em Saúde, entre outras. Esta prática permite a identificação de problemas de saúde e a criação de propostas de intervenção pautadas na realidade local (MENDES, 1993; 1999).

É importante ressaltar que a compreensão e a apropriação do território são os pontos de partida para a prática da Vigilância em Saúde, considerada como prática sanitária que representa uma nova forma de resposta social organizada aos problemas de saúde em todas as suas dimensões, pois permite identificar, descrever e explicar os problemas aí existentes, (MENDES, 1999; MONKEN & BARCELLOS, 2005). A partir

da identificação local dos nós críticos que envolvem determinada comunidade, assim como o levantamento e o reconhecimento dos recursos disponíveis e das necessidades desta comunidade, as ações devem ser planejadas, implantadas e permanentemente avaliadas, garantindo, assim, maior efetividade das mesmas, que devem ser sempre voltadas para a realidade local (MENDES, 1993; 1999).

A apropriação do território e da situação epidemiológica da cidade do Rio de Janeiro pela equipe do PCT foi um fator que contribuiu efetivamente para a organização dos serviços de saúde para implantar e implementar a estratégia DOTS, servindo de norteadores para o processo.

“... tem áreas que escolhemos principalmente por motivos epidemiológicos... pelo problema operacional de infra-estrutura... por ser maior área geográfica e pouco servida de unidade de saúde... por apresentar maior taxa de incidência..”

Identificou-se a **violência** urbana como importante nó crítico para a vigilância em saúde no município. Ela tem interferido na implantação da estratégia DOTS, além de comprometer a execução das atividades relacionadas ao controle da TB, como as visitas domiciliares para administração de medicamentos, a busca de faltosos e a avaliação de contatos. Cada vez mais, os visitantes domiciliares que buscam pacientes faltosos são ameaçados ou impedidos de exercer suas funções. A violência da cidade representa uma real barreira tanto para o acesso da população ao serviço de saúde como do serviço de saúde à população.

“A violência é um problema próprio da cidade... doentes não podiam descer o morro para ir ao posto de saúde e tomar remédio... não permitem que entrem e nem que saiam...”

Segundo a OMS, a descentralização das ações de saúde vem sendo adotada, em todo o mundo, como uma das estratégias utilizadas na reforma do setor de saúde, objetivando melhorar a eficácia das ações, a equidade, a eficiência e a qualidade dos serviços de saúde (ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

Em função das peculiaridades e diversidades locais e dos problemas das comunidades, como é o caso da violência, o processo de descentralização no município tem-se caracterizado pelo gradualismo. Inicialmente, implantou-se a estratégia DOTS em uma área de planejamento, tomada como piloto, a AP1. Em função do reconhecimento e apropriação do território, identificou-se a situação epidemiológica

da tuberculose nesta área como o principal critério para implantação da estratégia. A AP1 é responsável por cerca de 650 casos anuais de tuberculose, o que corresponde a uma taxa de incidência de 240/100.000 hab., a maior do município (RIO DE JANEIRO, 2005b).

O processo de descentralização da estratégia DOTS se expandiu para a área AP5.1 seguindo a lógica de identificação dos problemas de saúde do território. Nesse sentido, a área foi escolhida não apenas por critérios epidemiológicos, embora a taxa de incidência de casos de Tuberculose nesta região fosse importante, em torno de 100casos/100.000 hab., mas principalmente por critérios operacionais, posto que essa área é de grande abrangência demográfica e pouco servida de serviços de saúde (CAVALCANTE et al, 2003).

Posteriormente, implantou-se a estratégia em um Posto de Saúde de um bairro da AP4 (Cidade de Deus), pela disposição e iniciativa de um grupo de profissionais de saúde que participava das ações de controle da tuberculose com a equipe de coordenação do programa. Até então, o modelo de DOT adotado foi o de supervisão institucional, segundo o qual, o doente comparece à Unidade de Saúde para tomar a medicação. Para isso, são fornecidos incentivos (vales-refeição) e facilitadores (vales-transporte) aos pacientes tratados sob supervisão.

É importante ressaltar que o processo de expansão da estratégia DOTS na cidade do Rio de Janeiro foi realizado mediante avaliações constantes realizadas pela coordenação do PCT, que demonstraram resultados favoráveis em relação aos indicadores epidemiológicos, porém, a meta de cura de 85% preconizada pelo MS e OMS (BRASIL, 2004) ainda não foi alcançada. Nas áreas AP1 e AP5, a taxa de cura foi de 81,0% para os casos novos.

Apesar dos bons resultados obtidos nessas primeiras experiências, o custo da estratégia DOTS, com provisão de vales-transporte e refeição, é um fator limitante para a sua expansão e sustentabilidade. Além disso, a carência de recursos humanos nas unidades de saúde de baixa complexidade contribui para dificultar a descentralização das atividades de controle da TB. Com base nesses problemas, a equipe gerencial do PCT reorganizou a assistência em relação ao DOT e passou a adotar um “modelo misto” de supervisão. Esse modelo envolve a supervisão da tomada do medicamento tanto na instituição de saúde como na comunidade, ou seja, em domicílio.

Essa nova forma de assistência foi introduzida em 2002, quando a estratégia DOT foi expandida para a AP2.1, zona sul da cidade, onde a assistência à TB é realizada por três Centros Municipais de Saúde. Essa é uma área que apresenta grande diversidade socioeconômica, abrangendo bairros de classe média alta e 14% de áreas

de favelas e invasões. Ocupa o 2º lugar no ranking de taxa de incidência de TB no município (em média 140 casos/100.000 hab.), além de abrigar o bairro da Rocinha, uma das áreas favelizadas mais violentas de América Latina (CAVALCANTE et al, 2003), com uma taxa de incidência de TB (588/100.000 hab) cinco vezes maior que a taxa de incidência da cidade.

A violência e as situações de invasão contribuem para os elevados índices da doença na Rocinha, onde foi criado um Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) voltado para o controle da tuberculose. Um grupo de 40 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), selecionados na própria comunidade, foram contratados para a realização de visitas domiciliares para a supervisão do tratamento (op. cit). O PACS Rocinha nasceu assumindo apenas a estratégia DOTS para o controle da tuberculose, embora estivesse ciente da necessidade de posteriormente ampliar o seu quadro de atribuições, adequando-se às diretrizes do Ministério da Saúde.

A experiência positiva desse modelo, que possibilitou superar a taxa de 85% de cura na Rocinha, remete à suposição de que essa opção é efetiva para o controle da tuberculose no município do Rio de Janeiro, que apresenta importantes peculiaridades em relação à dimensão territorial, ao grau de pobreza, ao nível de violência e, também, ao momento político.

No final de 2004, iniciou-se a expansão para a AP5.3, zona oeste da cidade. Essa é a área mais distante do centro da cidade, com aproximadamente 80 Km de distância. A opção por essa área foi devido ao contexto político do momento, quando o gestor a definiu como prioritária para investimentos e para a expansão da estratégia de saúde da família. O PCT optou por acompanhar a implantação da saúde da família no referido local e expandir o DOTS utilizando este modelo de reorganização da atenção básica para efetivar as ações de controle da tuberculose. Atualmente, o processo de expansão da implantação da estratégia tem em vista a área de abrangência da AP 3.1.

Além do gradualismo, outro aspecto importante no processo de implantação da estratégia foi a inserção de novos atores para minimizar alguns problemas — como a violência — que dificultam o acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, foram contratados agentes comunitários de saúde e moradores da comunidade para garantir o acesso e a efetividade na vigilância em saúde.

“... o melhor modo da gente entrar nessas comunidades e combater a tuberculose foi através do trabalho do agente comunitário... nós criamos este PACS para a tuberculose.”

Essa experiência tem sido positiva e a incorporação de agentes comunitários foi adotada seguindo as recomendações da reorganização da atenção básica, embora se adequasse à realidade local e aos objetivos do programa.

“... tem estratégias de adaptação... a gente contratou um visitador, morador que era do PSF porque ele tinha livre acesso...”.

A figura do ACS tem ocupado papel importante nas ações de controle da tuberculose no município do Rio de Janeiro, tanto pelo seu perfil como pela sua capacitação no âmbito da atenção básica.

No intuito de garantir a efetividade da implantação do DOTS, a equipe gerencial do PCT do Rio de Janeiro investiu, principalmente, em dois aspectos: (a) na **capacitação de pessoal**, tanto treinando e atualizando todos os profissionais das Unidades de Saúde e das equipes de PACS e PSF envolvidos no controle da TB, como providenciando material educativo sobre DOTS para os trabalhadores e doentes, elaborado pela equipe da coordenação; e (b) na **supervisão/monitoramento**, mantendo estreita relação com o nível local e estabelecendo uma boa supervisão e controle dos casos.

Em relação à sustentabilidade da estratégia DOTS no município, destaca-se a importância do envolvimento da equipe de Coordenação do PCT, do Gestor, da equipe local e da comunidade com as ações de controle da TB e a implementação e sustentabilidade da estratégia.

A habilidade de captação de recursos da equipe da coordenação, através de fontes como o Ministério da Saúde e através de projetos internacionais vinculados a instituições como a Universidade Johns Hopkins/Baltimore/EUA, USAID e National Institutes of Health (NIH-EUA), foram importantes para a implantação do DOTS.

“... conseguimos ajuda financeira externa (USAID) e do Ministério da Saúde...”

O caráter temporário e limitado dos contratos externos exigiu uma negociação/articulação da equipe com o gestor para garantir a sustentabilidade das ações da estratégia DOTS, como a contratação permanente dos ACS. Todos os projetos de financiamento externo foram desenhados de modo a serem posteriormente assumidos pela prefeitura, o que garantiu a sustentabilidade da estratégia.

“... o primeiro passo foi apresentar esse projeto... ao coordenador de saúde... a

gente trabalha com financiamento externo... eles têm um tempo e felizmente nós conseguimos que a prefeitura absorvesse todos esses ACS...”

Neste sentido, o envolvimento do gestor tem sido fundamental, mediante a aceitação da estratégia e assunção das responsabilidades sobre os recursos humanos e financeiros.

“... o gestor abraçou a idéia e deu continuidade... assumiu os ACS e os vales- transporte dos doentes...”

Outra medida eficaz foi a parceria com a comunidade envolvendo a utilização dos recursos da mesma.

“... foi uma parceria interessante com uma igreja grande... eles cederam gratuitamente o espaço... nós reformamos, fizemos tudo...”

Diante do exposto, é possível vislumbrar fatores facilitadores no processo de implantação da estratégia DOTS, tais como: a contratação de ACS em áreas específicas para as ações da TB; a disponibilidade de incentivos e facilitadores; a capacidade de elaboração de projetos que facilitem a obtenção de recursos; a apropriação da situação da TB e do território; e o *feedback* das informações para a ponta — chave para melhorar a qualidade dos registros e motivar o envolvimento em âmbito local.

Assim, foi possível também identificar fatores que dificultam tal processo, como a falta de recursos humanos, imprescindíveis para realizar atividades de supervisão pela equipe gerencial, assim como o desenvolvimento das ações de controle da TB.

“... na gerência somos poucas pessoas para a supervisão... a gente trabalha no limite de pessoas, para não... dizer abaixo do limite... a gente não tem política de recursos humanos.”

3. INFORMAÇÕES EPIDEMIOLÓGICAS E OPERACIONAIS DO PCT

A estratégia DOTS foi implantada na cidade do Rio de Janeiro em 1999. O percentual de curas poderá ser descrito em dois períodos: 1997/1999 e 2000/2003

(Figuras 2 e 3).

No período de 1997/1999, o percentual de cura estava caindo a uma velocidade de 0,45% ao ano, e a velocidade de abandono caindo, também, a 1,2% ao ano. No período de 2000/2003, o percentual de curas aumentou para 1,59% e o percentual de abandono caiu para 0,3% ao ano.

O percentual de óbito permaneceu crescente durante todo o período de 1997/2003 à velocidade de 0,08% ao ano.

Deve-se assinalar que, no ano de 2001, algum fato ocorreu na cidade, pois houve uma diminuição do percentual de curas (o menor do período todo estudado) e, simultaneamente, houve um aumento do percentual de abandono para 14,4 %. Quais fatores epidemiológicos/administrativos teriam ocorrido?

GRÁFICO 1 - Percentual de curas, abandono e óbitos no município de Rio de Janeiro, entre 1997 - 2003.

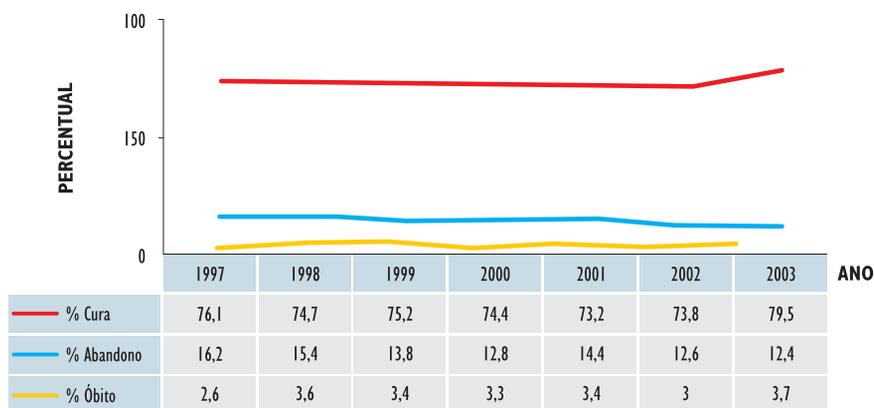
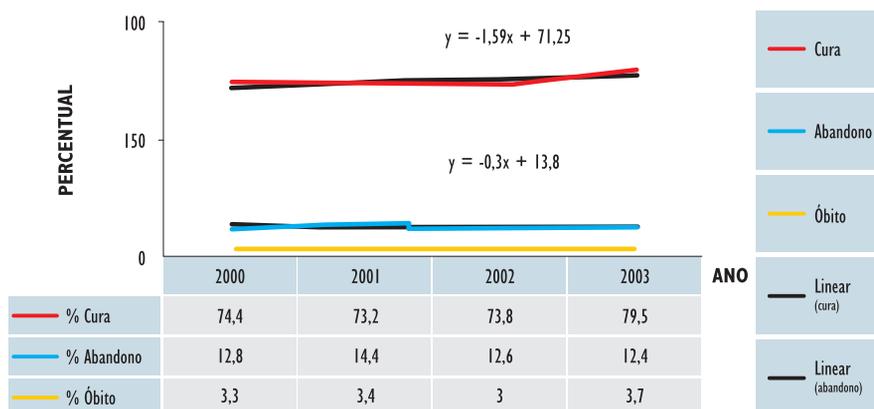


GRÁFICO 2 - Percentual de curas, abandono e óbito no município de Rio de Janeiro, entre 1997 - 2003.



No ano de 1999, a estratégia foi implantada em apenas duas APs. Considerando os indicadores epidemiológicos apenas dessas duas áreas, no período de 1999 a 2001, o índice de cura foi de 83%, o de abandono foi 8% e o de óbitos 3% (CAVALCANTE *et al.*, 2003).

Nos anos de 2000 a 2002, houve uma piora na situação da TB no município, reflexo de uma fase de intensos problemas políticos que atingiram o PCT do Rio de Janeiro. No ano de 2003, observa-se um aumento da taxa de cura (79,5%) em função da expansão da estratégia DOTS na favela da Rocinha, responsável por um elevado número de casos de TB no município.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estratégia DOTS está implantada em grande parte do município do Rio de Janeiro (a cobertura da estratégia DOTS na cidade é de 36% da população). O processo de implantação e expansão está sendo realizado de forma gradual, a partir do reconhecimento do território como instrumento para planejamento e avaliação das ações de saúde voltadas para o controle da tuberculose.

Na tentativa de amenizar os problemas do município, a organização dos serviços cumpre uma lógica territorial priorizando áreas para a expansão de serviços. O Programa de Saúde da Família (PSF), batizado no Rio de Janeiro como “Saúde onde você mora”, foi adotada pelo PCT como a principal ferramenta para a expansão da estratégia DOTS.

Os Programas de Controle da TB, em geral, são vulneráveis a uma série de fatores, como o tamanho da cidade, o grau de pobreza, o nível de violência e, também, o momento político que se vivencia.

Após seis anos, desde o início da implantação da estratégia DOTS, existe um consenso no PCT de que não poderá ser adotado um modelo de DOTS único, formatado e pronto. A implantação do tratamento supervisionado, em virtude de suas peculiaridades, exige planejamento, criatividade, financiamento e garantia de sustentabilidade por parte do governo municipal.

A forma “lenta” com que está sendo implementada a estratégia na cidade pode ser alvo de críticas, porém, deve-se levar em consideração a realidade de uma metrópole viva como o Rio de Janeiro, que exige o conhecimento de cada metro quadrado de seu território, uma avaliação permanente de cada passo dado e a adoção de uma política aberta a críticas e novas interpretações do processo de trabalho.

Este capítulo nada mais é que um relato real, com seus erros e acertos, da implantação da estratégia DOTS na Cidade Maravilhosa.

5. COMENTÁRIOS

Em que pese a situação epidemiológica muito séria uma vez que a cidade do Rio de Janeiro apresenta um dos maiores coeficientes de incidência da tuberculose no Brasil, foi em 1999, que efetivamente houve a implantação da estratégia DOTS.

Provavelmente razões da esfera de políticas de saúde, administrativas e ideológicas retardaram tal implantação.

Ainda deve-se ressaltar que razões de ordem antropológica, sociológica tem criado dificuldades para as atividades do PCT local. O TS nas favelas é um problema muito sério. A entrada de pessoas diferentes no ambiente da favela poderá implicar em problemas com traficantes de drogas que praticamente controlam tudo que se passa no seu interior.

Contudo, no presente, é louvável o plano que está sendo implementado no sentido de levar a efeito tal implementação.

Ressalta-se o trabalho que está sendo feito na favela da Rocinha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, fevereiro, 2004.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Ministério da Saúde, Brasília, 1999.

CAVALCANTE SC *et al.* A implantação da Estratégia DOTS na Cidade do Rio de Janeiro. Pulmão RJ, abr-mai-jun 2003. 12(2).

MENDES EV. Uma agenda para a saúde. 2 ed. São Paulo: Hucitec. P 233-300, 1999.

- MENDES EV *et al.* Território: Conceitos Chave. In: Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC p. 159-186, 1993.
- MINAYO, M.C.F. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 269p, 1993.
- MONKEN M; BARCELLOS C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad.Saúde Pública*. Mai-jun 2005. 21(3):898-960.
- NASCIMENTO GA do. Saneamento Básico em Áreas Urbanas Pobres: Planejamento e gestão de Programa da Região Sul do Brasil. [Tese de doutorado] Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Um Marco Ampliado de DOTS para el Control Eficaz de la Tuberculosis: Alto de la Tuberculosis Enfermedades Transmissibles. Ginebra. 2002.
- RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Urbanismo. Instituto Pereira Passos. Diretoria de Informações Geográficas. Os dados mais recentes sobre a população de favelas na cidade do Rio de Janeiro. Rio Estudos nº 46 – fev 2002- Coleção Estudos da Cidade. *Disponível em:* <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/> (acessado em 06/01/2006).
- RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coordenação de Doenças Transmissíveis. Gerência de Pneumologia Sanitária. 2005a (em fase de implantação).
- RIO DE JANEIRO. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Saúde Coletiva. Gerência do Programa de Pneumologia Sanitária. Boletim Informativo do Programa de Controle da Tuberculose do Rio de Janeiro, 2005b.
- RUFFINO-NETTO A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Jan./Fev. 2002, 35(1):51-58.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Control. WHO Report, WHO/
TB/98.237, 1998.

CAPÍTULO VIII

A SITUAÇÃO DO CONTROLE DA TUBERCULOSE E AVANÇOS E DIFICULDADES PARA A IMPLANTAÇÃO DA ESTRATÉGIA DOTS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE-RS



Neste capítulo, serão apresentados:

- o histórico e as peculiaridades do município de Porto Alegre;
- a etapa evolutiva da descentralização dos serviços de saúde;
- a falta, até o presente momento, da implantação do DOTS no município.

Capítulo elaborado essencialmente por Ana Lúcia Bueno, Aline Aparecida Monroe, Roxana Isabel Cardozo Gonzales, Tereza Cristina Scatena Villa e Antonio Ruffino-Netto.

I. HISTÓRICO E PECULIARIDADES DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE-RS

A luta contra o bacilo de tuberculose vem sendo desenvolvida há tempos no Estado do Rio Grande do Sul. Na década de 50, foram construídos sanatórios para o tratamento de doentes de tuberculose. Um deles, o Sanatório Partenon, situado no município de Porto Alegre, ainda continua em plena atividade, oferecendo internação exclusiva para pacientes de tuberculose, com 60 leitos disponíveis para atender a demanda de casos de todo Estado que exigem internação, tanto por complicações clínicas como psicossociais.

O município de Porto Alegre conta atualmente com uma população aproximada de 1.394.000 habitantes. A taxa de incidência de casos de tuberculose foi de 120,72/100.000 hab. em 2003, superando a média do Estado como um todo, que é aproximadamente de 47,2/100.000 hab. Esse elevado número de casos no município poderia ser explicado por fatores como as más condições de vida de moradores pertencentes aos bolsões de pobreza situados às margens do município, à co-infecção TB/HIV e, também, ao sistema prisional que é fortemente concentrado no município e em seus arredores.

Uma das grandes preocupações das autoridades em saúde é a alta taxa de abandono no município, que ficou próxima de 18,7% no ano de 2003 (SES-RS), também superando a média nacional que é de 12%. Em relação à taxa de cura, o município atingiu 64,8% em 2003, sendo a média nacional, no mesmo ano, de 72%. Cabe ressaltar que a OMS preconiza as metas de 85% de cura e 5% de abandono e estas são pactuadas para que sejam atingidas, principalmente, pelos 22 países que concentram 80% dos casos de tuberculose, dos quais, o Brasil ocupa o 15º lugar.

Em relação à organização da assistência aos doentes de TB, o município conta com uma rede fortemente centrada no atendimento ambulatorial e distribuída em dez unidades de saúde, ou seja, ambulatórios de tisiologia, situados no nível secundário de atenção. Dessas unidades, cinco pertencem à rede municipal, quatro estão ligadas ao Grupo Hospitalar Conceição e uma é ligada ao Sanatório Partenon, que pertence ao Estado.

Em janeiro de 1999, as ações de tuberculose foram intensificadas pela Vigilância Epidemiológica da Prefeitura Municipal e, nesse contexto, o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) foi implantado, obedecendo às normas do Ministério da Saúde. O SINAN auxilia nas atividades de busca e controle dos casos de tuberculose em todo território nacional. O preenchimento dessa notificação inicia-se pelo profissional médico nos locais onde o diagnóstico da doença é realizado e, pos-

teriormente, é enviada para a Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde para sua digitação.

As Unidades de Saúde que realizam o Tratamento de Tuberculose são gerenciadas pelo setor de Pneumologia do município.

A identificação do sintomático respiratório é realizada de acordo com a demanda espontânea dos mesmos aos serviços de saúde, ou seja, é predominante a procura de atendimento médico pelo próprio indivíduo que apresenta os sintomas e se sente doente. A demanda espontânea ocorre principalmente nos Ambulatórios de Tisiologia e também nas Unidades Básicas de Saúde e Hospitais.

O município promove Campanhas de Combate à Tuberculose para a identificação de sintomáticos respiratórios através de orientações gerais sobre a doença e oferecimento de exames de baciloscopia de escarro. Essas campanhas ocorrem em dias de mobilização que coincidem com o Dia Mundial de Combate à TB e Dia Nacional de Combate à TB. O município também oferece gratuitamente à população, um serviço telefônico que fornece informações sobre postos de diagnóstico e tratamento de TB.

Para a pessoa que apresenta sintomas respiratórios, são solicitados dois exames de baciloscopia de escarro que ficam prontos de três a sete dias úteis após a coleta. Dependendo da gravidade e história do caso, há a possibilidade de solicitação de exame de urgência que fica pronto no mesmo dia da coleta.

Caso o diagnóstico da tuberculose seja realizado no próprio Ambulatório de Tisiologia, o tratamento medicamentoso é iniciado imediatamente. Se o diagnóstico ocorrer em Unidades Básicas de Saúde ou Hospitais, o doente de tuberculose é encaminhado para o Ambulatório de Tisiologia para iniciar o tratamento. Exames complementares, como Prova Tuberculínica, RX de tórax, hemograma, provas de função hepática, teste HIV, hepatite B e C, entre outros, são oferecidos gratuitamente pela rede pública de saúde do município.

Após a confirmação do diagnóstico de Tuberculose, a equipe do Ambulatório de Tisiologia oferece orientações gerais para o doente e também a medicação para trinta dias, ou seja, até a data da próxima consulta médica. Em alguns casos, o paciente recebe medicação para um período menor, sendo agendado seu retorno conforme sua necessidade de acompanhamento ambulatorial (em uma semana, em quinze dias). A modalidade auto-administrada é adotada pelo município, ou seja, a responsabilidade pela ingestão da medicação é do doente/da família.

O controle dos doentes é realizado pela equipe do Ambulatório de Tisiologia através das fichas de aprazamento de consultas mensais. Quando faltosos são

detectados, a equipe dispõe de mecanismos como aerogramas, telefonemas e visitas domiciliares para a busca dos mesmos. Se as estratégias utilizadas não forem suficientes para o resgate dos faltosos e ficar comprovado que os mesmos ficaram um mês sem a medicação tuberculostática, o abandono é então oficializado.

O baixo número de profissionais atuantes nos Ambulatórios de Tisiologia e a escassez de Programas de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde são fatores que dificultam a busca de casos novos e a implantação do tratamento supervisionado para o acompanhamento dos doentes em tratamento no município. A falta de articulação entre as Unidades Básicas de Saúde e Serviços Especializados em TB também contribui para o não acompanhamento desses pacientes. O Estado tenta minimizar esse problema capacitando os profissionais da rede básica para a detecção de casos de TB.

2. A SITUAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO DOTS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Para uma melhor compreensão da não-implantação da estratégia DOTS até o momento no município de Porto Alegre, é necessário remeter brevemente ao histórico das ações de controle da TB, principalmente, a partir da década de 70, uma vez que, nesse período, houve a implantação do PCT. Algumas características que tiveram influência na situação epidemiológica da doença foram resgatadas através de entrevistas com profissionais de saúde que atuam na gerência e assistência do Programa de Controle da Tuberculose, tanto no município como no Estado.

Na década de 70, o programa apresentava uma estrutura de complexidade crescente, com supervisão permanente nas unidades de saúde, capacitação do pessoal e adoção da forma **auto-administrado** como única modalidade de acompanhamento do tratamento do doente. As configurações técnicas e operacionais do programa trouxeram como resultado uma diminuição de até 6% dos casos por ano em todas as regiões na época.

“... a tuberculose estava diminuindo a uma proporção de 6% ao ano em todas as regiões... o Brasil conhece essa tendência”.

A situação epidemiológica alterou-se a partir da década de 90 em virtude de vários fatores, como o surgimento da co-infecção TB/HIV, a desestruturação do serviço de saúde, a dificuldade de recursos humanos, a piora das condições socioeconômicas

da população e, mais recentemente, a situação carcerária fortemente concentrada no município e em seus arredores. No ano de 2003, o município apresentou um coeficiente de incidência de casos de tuberculose de 120,72/100.000, superando a média do Estado, que é aproximadamente de 47,2/100.000 hab., uma taxa de abandono próxima a 18,7% (SES-RS), também superando a média nacional, que é de 12%. Em relação à taxa de cura, o município atingiu 64,8%, enquanto a média nacional é de 72%.

Diante desse contexto, a tuberculose configura-se como um problema grave no município e, na tentativa de reverter essa situação, a Coordenação do PCT elaborou o Plano Municipal de Controle da Tuberculose objetivando a participação do gestor municipal e a consideração desse plano na agenda de saúde do município.

“... uma das coisas que fizemos foi visitar fundamentalmente os chamados municípios prioritários, fazer supervisão, olhar o problema em loco e tentar motivar o gestor público para aderir ao chamado Plano Municipal de Controle da TB...”

O envolvimento do gestor é fundamental em função da necessidade de aprovação de propostas e da disponibilidade de recursos para operacionalizar não apenas as ações de controle da TB, mas também as estratégias capazes de promover melhorias na situação epidemiológica da doença. Entre essas estratégias, encontra-se o DOTS.

O Plano Municipal de Controle da Tuberculose facilita o emprego da verba destinada para as ações de TB. Além disso, entre outras propostas, também apresenta a descentralização das ações de diagnóstico e acompanhamento do tratamento, contemplando a implantação da estratégia DOTS no município. Cada proposta é definida técnica e operacionalmente de modo a viabilizar sua execução.

Apesar de já existir o planejamento técnico e operacional da implantação da estratégia DOTS em todas as Unidades Básicas de Saúde, este processo ainda não foi viabilizado até o momento devido a alguns fatores que dificultam a sua implantação, como: (a) a própria cultura dos responsáveis pelo Controle da TB no município, que ainda oferecem resistência à incorporação de outras estratégias em função da crença de que não é necessário adotar outras formas de acompanhamento além do auto-administrado, uma vez que este trouxe bons resultados para o município durante muito tempo; (b) a própria organização do Sistema de Saúde do município, onde predomina uma rede fortemente centrada no atendimento ambulatorial, distribuída em dez unidades de saúde, ou seja, ambulatórios de fisiologia situados no nível secundário de atenção; (c) a retaguarda laboratorial, de caráter centralizado que, sem um planeja-

mento sistematizado, poderá dificultar o atendimento da demanda de baciloscopias; (d) o processo lento de descentralização das ações e dos serviços de saúde no município através da incorporação do PSF/PACS, que apresenta uma cobertura ainda não significativa devido à falta de motivação das autoridades.

Entre os fatores supracitados, destacam-se a centralização do atendimento à TB e a baixa cobertura do PSF/PACS, os quais têm dificultado diretamente a implantação da estratégia DOTS.

“... a concentração das unidades atendendo a TB e a baixa cobertura desses serviços (PSF/PACS), infelizmente dificultaram muito a implantação do DOTS...”

O perfil da população do município também foi identificado como um outro fator que dificulta a implantação da estratégia DOTS, especificamente, em relação ao Tratamento Supervisionado, uma vez que os profissionais de saúde não o vêem como prioridade no atendimento a uma população predominantemente com melhores condições socioeconômicas e que dispõe de um familiar ou cuidador. A doença tem sido concentrada em grupos específicos, tais como moradores de rua e população carcerária, entre outros.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PCT no município de Porto Alegre destacou-se, na década passada, como um dos melhores do país. Atualmente, porém, vem apresentando problemas em relação à organização da atenção à TB predominantemente centralizada em ambulatórios especializados; à falta de articulação entre as Unidades Básicas de Saúde e os Serviços Especializados em TB; ao lento processo de descentralização das ações da atenção básica; e aos aspectos culturais envolvendo gestores, técnicos e profissionais de saúde. Esses problemas têm repercutido e evidenciam a necessidade de reestruturação do PCT no município com o intuito de melhorar a situação da TB. É necessária uma mudança de mentalidade tanto dos gestores como dos técnicos e profissionais de saúde para a incorporação de estratégias que contribuam para um melhor planejamento e gestão do Programa de modo a potencializar as ações de controle da TB.

Atualmente, existe o planejamento de implantação da estratégia DOTS, contudo, ainda não parece haver uma mobilização no sentido de efetivar esse processo.

Finalmente, embora a estratégia DOTS, especificamente o TS, ainda não te-

na sido implantada, entidades sociais do município vêm utilizando esta modalidade de acompanhamento para moradores de rua inscritos em seus programas. Essas entidades têm assumido tanto o acompanhamento do tratamento da tuberculose como a supervisão da ingestão medicamentosa, pois considera esta população como de sua responsabilidade e o atendimento à TB como parte de suas funções assistenciais. Entre essas entidades sociais, merece destaque a Casa de Convivência da Fundação de Assistência Social do município, que trabalha diretamente com essa população específica.

4. COMENTÁRIOS

Apesar de o percentual de abandono de tratamento de TB estar ainda muito elevado no município de Porto Alegre, não parece haver mobilização no sentido de implantação do DOTS em âmbito local. O problema parece menos ligado à falta de recursos humanos e financeiros e muito mais dependente de decisões políticas de saúde local, as quais julgam que assim devem proceder.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, Manual Técnico para o Controle da Tuberculose, Caderno de Atenção Básica nº 6, Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, Boletim de Pneumologia Sanitária, vol. 10 nº2 - Jul/Dez - Rio de Janeiro - RJ, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro de Referência Prof. Hélio Fraga, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Controle da Tuberculose: Uma Proposta de Integração Ensino Serviço, 5ª edição, Rio de Janeiro - RJ, FUNASA, CRPHF, SBPT, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde, Datasus. Taxa de Incidência de Tuberculose (todas as formas), 1996. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb1997/morb/d0202.htm

PICON, P. D.; RIZZON, C. F. C.; OTT, W. P., Tuberculose: Epidemiologia, Diagnóstico e Tratamento em Clínica e Saúde Pública, Ed. Medsi, 1º edição, Porto Alegre - RS, 1993.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Elaboradas por Antonio Ruffino-Netto

Esperança temos de que o projeto ora apresentado possa servir para reflexão àqueles que militam nos PCTs em diferentes locais deste país.

Como assinalado inicialmente, não foi intenção homogeneizar as apresentações das experiências arroladas. Respeitamos as diferentes visões dos atores responsáveis pelos PCTs em cada local, bem como as diversas maneiras de trabalhar com o mesmo, seja implantando/implementando o DOTS ou utilizando outras formas para minorar a doença, que representa um grave problema de saúde pública.

É fundamental ressaltar que a grande experiência que temos vivido nos mostra que todo e qualquer serviço de saúde que resolva implantar/implementar o Tratamento Supervisionado (TS), independentemente de grandes alterações em sua estrutura, implicará obrigatoriamente uma revisão/reflexão sobre o seu processo de trabalho. Talvez aí esteja o grande sucesso da implantação da estratégia em alguns serviços de saúde: uma vontade política de repensar o processo do serviço, uma predisposição para acionar os recursos já existentes, racionalizar as atividades.

Tudo isso é sinal de bom senso em implantar não só o tratamento supervisionado, mas também uma atenção primária como se espera que seja feita. Tudo isso, a nosso ver, pode explicar o sucesso que se obtém com o Tratamento Supervisionado da tuberculose. Assim, o serviço que busca executar suas tarefas visando diminuir o abandono do paciente ao tratamento, acabará entendendo que, sem esse objetivo, é o serviço que abandona o paciente. Sua nova atitude de instituir o tratamento supervisionado e, portanto, de refletir sobre o que está sendo feito, poderá ser uma forma de o próprio serviço de saúde “não se sentir abandonado”. Alguns profissionais da área, envolvendo-se com a estratégia, se predispõem a fazer a supervisão do tratamento do serviço que foi abandonado pelos poderes públicos.

Não basta ver o paciente tomar a medicação, assim como não basta ver o serviço de saúde se desmontando e reivindicando ampliação de estrutura. O importante é uma vontade política do paciente em se curar e do serviço em promover realmente saúde e não apenas cuidar de doenças.

COLABORADORES



COLABORADORES

Ademir Gomes de Albuquerque - Consultor da OPAS.

Afrânio Lineu Kritki - Professor Adjunto da UFRJ, Área de Diagnóstico da REDE TB.

Aline Aparecida Monroe - Pós-Graduanda Programa Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.

Ana Lúcia Bueno - Coordenadora do PSF em São Lourenço do Sul-RS.

Carla Jarczewski - Diretora do Sanatório Parthenon de Porto Alegre – SES – RS.

Carlos Eduardo Gouvêa Basília - Secretaria Executiva/Fórum ONGs/TB/RJ; Coordenador da Área de Mobilização Social da REDE TB.

Célio Lopes Silva - Professor Titular da USP; Coordenador Geral da REDE TB.

Cinthia Midori Sasaki - Pós-Graduanda Programa Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.

Cláudia Eli Gazetta - Professora de Enfermagem em Saúde Pública – FAMERP, São José do Rio Preto, SP.

Dinalva Soares Lima – Bioquímica; Coordenadora do Núcleo de Pneumologia Sanitária da Secretaria da Saúde do Estado da Paraíba.

Elizabeth Cristina Coelho Soares - Vice-gerente do PCT - SMS do Rio de Janeiro.

Jordana Nogueira Muniz - Coordenadora do PCT SMS Ribeirão Preto-SP.

José Roberto Lapa e Silva - Professor Titular da UFRJ; Coordenador da Área

Recursos Humanos.

Laedi Alves Rodrigues dos Santos - PCT SES-SP.

Leila Fonseca - Professora Titular da UFRJ; Vice-Coordenadora Área de Diagnóstico da REDE TB.

Lenilde Duarte de Sá - Profª Drª do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública e Psiquiatria – DESPP; Doutora em Enfermagem em Saúde Pública; Coordenadora do NESC/ UFPB.

Marclineide Nóbrega de Andrade - Departamento de Enfermagem UEPB

Marcus Barreto Conde - Professor Adjunto UFRJ; Vice-coordenador da Área de Epidemiologia da REDE TB.

Maria Aparecida Alves Cardoso - Departamento de Farmácia; Coordenadora do Mestrado em Saúde Coletiva da UEPB.

Maria de Lourdes Sperli Geraldes Santos - Professora de Enfermagem em Saúde Pública da FAMERP, São José do Rio Preto, SP.

Maria Júlia Barros Vilela - Coordenadora do PCT SMS Recife, PE.

Maria Rita Cury - Coordenadora do PCT SMS São José do Rio Preto, SP.

Mayra Fernanda de Oliveira - Pós-Graduanda Programa Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.

Moysés Pallaci - Prof. Dr. da UFES, Coordenador da Área Pesquisa Básica e Imunologia.

Paula Hino - Pós-Graduanda Programa Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.

Reynaldo Dietze - Professor Adjunto da UFES; Coordenador da Área de

Ensaio Clínicos da REDE TB.

Ricardo Alexandre Arcêncio - Pós-Graduando Programa Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP.

Ricardo Arraes de Alencar Ximenes - Professor de Epidemiologia do Departamento de Medicina Tropical da UFPE.

Rodrigo Pinheiro de Queiroga - Graduando UFPB

Roxana Isabel Cardozo Gonzales - Doutora Enfermagem em Saúde Pública.

Silvia Helena Figueiredo Vendramini - Professora da FAMERP, São José do Rio Preto, SP.

Solange César Cavalcante - Gerente do PCT - SMS do Rio de Janeiro.

Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo - Departamento de Enfermagem UEPB e Coordenadora do Curso de Especialização em Saúde da Família; Tutora do Pólo EPS SUS- PB.

Valéria Cavalcanti Rolla - Prof^a Dr^a da FIOCRUZ, Coordenadora de Área TB/HIV da REDE TB.

Vera Maria Neder Galesi - Coordenadora PCT SES SP.

BANGKOK 2.000

Antonio Ruffino-Netto

Encontro vinte e dois países.

Em comum:

No bojo de seus seios

Todos os meios

Para produzir, manter, albergar

Quase totalidade, na humanidade,

Casos de tuberculose, enfermidade

Símbolo maior, melhor indicador

Desigualdade social!

Delegados porta-vozes seus países

Veiculam mensagens, desejos

Pedidos pungentes, aflição, desespero

Necessidade de medicamentos!

Cair na realidade, e por momentos

Abatimento ânimos

Expressões tristeza

Olhar sem brilho, desesperança

Sorriso sem alegria, melancolia

E do nada... criar novas expectativas.

Sentir: peso maior que a doença

A consciência... conhecimento,

Mais que medicina, biologia

Em lugar de reunir médicos

Caminho melhor adequado, conviria

Reunir diplomatas... rediscutir economia.

E tranquilizar o desespero das carências

Perceber, ao invés de tuberculostáticos para o mal

Melhor remédio seria

Esses “vinte e dois despossuídos” (ameaça para o mundo!?)

Alcançar, recuperar

Almejada igualdade social.

