

## Integralidade ao Paciente de Tuberculose do Município de Blumenau durante 2011

## Integral Treatment of Tuberculosis Patients in the Municipality of Blumenau in 2011

LIZANDRA HAEFFNER JUNGES; SHIRLEY DE FREITAS STRINGARI<sup>2</sup>; MARCO AURÉLIO DA ROS<sup>3</sup>



<sup>1</sup> Este artigo refere-se à experiência no atendimento aos pacientes de Tuberculose no Município de Blumenau – SC.

<sup>2</sup> Lizandra: Especialista em Desenvolvimento, Elaboração, Gestão de Projetos em Saúde Pública. Especialista em Auditoria em Sistemas de Saúde e Mestranda em Saúde e Gestão do Trabalho. Shirley: Enfermeira responsável pelo Programa de Tuberculose do Município de Blumenau, Especialista em Auditoria de Enfermagem e especialista em Administração Hospitalar. *E-mail:* lizandrajunges@hotmail.com.

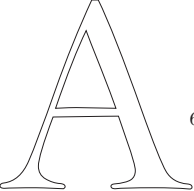
<sup>3</sup> Pós-Doutorado na Università di Bologna. Doutor em Educação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Mestre em Saúde Pública, Médico com especialização em Saúde Pública e Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública de Porto Alegre e formado pela faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Professor titular do Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho.

**Resumo:** Este trabalho faz uma análise sobre a tuberculose em Blumenau durante o ano de 2011, cidade que continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e de toda a sociedade. Apesar de já existirem recursos tecnológicos capazes de promover seu controle, ainda não há perspectiva de obter-se, em futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública. Em 2008 a tuberculose foi a 4<sup>a</sup> causa de morte por doenças infecciosas e a 1<sup>a</sup> causa de morte dos pacientes com AIDS. Blumenau, desde 1999, realiza o Tratamento Diretamente Observado, em que o paciente recebe a medicação diariamente de um profissional treinado para observar a tomada da medicação. E deste então há nossos índices de curas acima de 85% e taxa de abandono abaixo de 1%, conforme metas do Ministério da Saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Tuberculose. Integralidade. Tratamento.

**Abstract:** This paper is an analysis of tuberculosis in 2011, in Blumenau, a city that continues to be the focus of special attention among health professionals and society as a whole. Although the city has the technological resources capable of controlling the disease, there are prospects of totally irradiating it as a public health problem in the near future. In 2008, tuberculosis was the 4<sup>th</sup> cause of death among those infected, and the 1<sup>st</sup> cause of death among AIDS patients. Since 1999, Blumenau has carried out Directly Observed Treatment, in which the patient receives their medication daily, from a trained professional, who watches them taking it. Since then, we have seen cure rates of over 85% and a dropout rate of less than 1%, according to the targets of the Ministry of Health

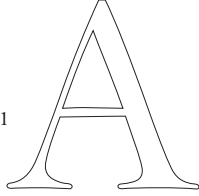
**KEYWORDS:** Tuberculosis. Integral Health Care. Treatment.



## INTRODUÇÃO

A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e de toda a sociedade. Ainda obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Apesar de já existirem recursos tecnológicos capazes de promover seu controle, ainda não há perspectiva de obter-se, em futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública. Além disso, a associação da tuberculose com a infecção pelo HIV representa um desafio adicional em escala mundial. É importante destacar que, anualmente, ainda morrem pessoas por tuberculose, doença curável e evitável. Em 2008, a tuberculose foi a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com AIDS. A tuberculose está também associada ao empobrecimento da população. Blumenau, desde 1999, realiza o Tratamento Diretamente Observado, em que o paciente recebe a medicação diariamente de um profissional treinado para observar a tomada da medicação. E deste então há índices de cura acima de 85%, e taxa de abandono abaixo de 1%, conforme metas do Ministério da Saúde. Este trabalho tem por objetivo analisar elementos da História do SUS, buscando propor uma alternativa para o cuidado em saúde do paciente inserido no Programa da Tuberculose de Blumenau, em que ele possa ser contemplado com o atendimento integral por toda a Rede Pública de Saúde. Nos últimos trinta anos, aconteceram importantes transformações na ciência e na tecnologia aplicadas à saúde, dando origem a um fenômeno em que aspectos relevantes da atenção à saúde foram incorporados às condições básicas de sobrevivência. Para milhões de seres humanos, portadores de doenças como AIDS, diabetes, hepatites e tuberculose, o acesso a alguma forma de tratamento é condição essencial para manutenção da própria vida. Entre as diretrizes do SUS, foram exatamente a do acesso universal e da atenção integral e a da equidade que são as mais efetivas; e de acesso a serviços a todo e qualquer tipo de procedimento, considerado necessário para intervir sobre a saúde do paciente. Estas três diretrizes são, em tese, diferentes modos de assegurar a atenção universal e integral aos brasileiros. Em síntese: no Brasil, o concreto real resultante de toda esta história de conflitos é a existência de um SUS, em que ainda existe fortemente o modelo saúde/doença, não levando em consideração a determinação social em que o paciente se encontra, tratando assim apenas o sintoma e não a causa. E também por muitas vezes transferindo ao próprio paciente a responsabilidade de seu cuidado, sendo este um papel inerente da Atenção à Saúde e o acesso ao atendimento, ao tratamento e ao atendimento de forma igualitária e integral. A OMS coloca o Brasil no décimo terceiro lugar dentre vinte e dois países, nos quais são observados 80% dos casos de tuberculose (WHO 2002). Em 1998, no Brasil, o coeficiente de mortalidade foi de 3,5/100.000 habitantes, com a morte de 5.879 mil pessoas. Em 1999, estima-se que tenham ocorrido 124.000 casos novos de tuberculose, no entanto, foram notificados somente 78.628, portanto, 63,4% do esperado. O coeficiente de incidência foi de 48,0/100.000, a taxa de cura atingiu 72% e a de abandono foi de 12% (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002). Já em 2000, apesar de conseguir identificar apenas 79% dos casos bacilíferos respiratórios esperados, o Brasil inicia a implantação do DOTS na Região Centro-Oeste, apesar de representar apenas 7% dos casos estimados para o país (WHO 2001).

A BCG foi introduzida no país em 1927 (RUFFINO 2002). Nos maiores Estados do Brasil, a vacinação de rotina com o BCG-ID em menores de um ano amplia-se a partir dos anos 70, como parte do Programa Nacional de Imunização; e a partir de 1979 apresenta coberturas, segundo dados administrativos, próximas de 100% (CVE 2002b). Os dados disponíveis indicam que ela contribuiu para a diminuição da mortalidade por tuberculose entre menores de cinco anos (ANTUNES; WALDMAN 1999). A tuberculose situa-se entre as Doenças de Notificação Compulsória (DNC),



pela sua magnitude, potencial de disseminação, transcendência e vulnerabilidade (TEIXEIRA et al. 1998). A estratégia aplicada no Brasil para o controle da tuberculose abrange (RUFFINO-NETO; SOUZA 1999; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002): Vacinação para evitar as formas mais graves (BCG no primeiro mês de vida); Controle da comercialização de medicamentos; Notificação dos casos; Busca dos sintomáticos respiratórios; Desenvolvimento de estratégias visando ao aumento da adesão ao tratamento; Descentralizar as atividades de controle e organização da rede de laboratórios Municipais. Buscou-se o aprimoramento do sistema de informação pela implantação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por meio da alimentação dos dados obtidos do preenchimento da ficha de notificação e investigação dos casos. Este sistema é utilizado na vigilância das DNC e no planejamento e na avaliação das ações de saúde para estes agravos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1997, CARVALHO 1997).

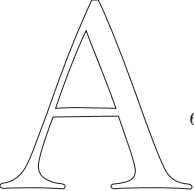
O Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério Público, por meio de uma Portaria, determinou o pagamento diferenciado aos locais onde são realizados os exames de diagnóstico de tuberculose (baciloscopia e cultura) e para o serviço que tratou os pacientes curando-os por meio da estratégia DOTS ou não (BRASIL 1999). RUFFINO-NETO (2002) alerta que, aparentemente, está havendo uma diminuição gradativa dos casos notificados. Entretanto, isso pode significar na realidade que houve diminuição na procura de casos, já que, no mesmo período, houve aumento da diferença entre os casos esperados e os observados. Levando em conta a magnitude da tuberculose em saúde pública, houve 83.309 casos novos notificados em 1997 e o coeficiente de incidência de 51,7/100.000 habitantes (RUFFINO-NETO; SOUZA 1999). Foi lançado, em 1998, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose com as seguintes metas: Diagnosticar em três anos, até 2001, pelo menos 92% dos casos esperados; Tratar com sucesso pelo menos 85% dos casos diagnosticados; Reduzir em nove anos, até 2007, a incidência da doença, em pelo menos em 50 % e a mortalidade em 2/3. Com o intuito de atingir as metas traçadas no plano, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, o Programa de Controle da Tuberculose, que estabelece o controle da doença, dando prioridade a 328 municípios brasileiros. O Programa tem os seguintes objetivos: aumentar a taxa de detecção em 20%; elevar a taxa de cura em 13% e reduzir a taxa de abandono em 7%.

Outra diretriz a ser seguida é a descoberta e o tratamento dos pacientes MDR e, para isso, propõe a adoção de estratégia DOTS recomendada pela OMS (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002a). Outro indicador da relevância da tuberculose é a magnitude dos gastos indiretos. Mendes et al. (2000) demonstraram que a tuberculose, nos anos de 1995 a 1998, foi a segunda doença de notificação compulsória em gastos com internações hospitalares no país, sendo inferior somente à AIDS. Com isso, foram mudando seu perfil para leitos gerais, com a implantação da proposta do Sistema Único da Saúde (SUS) de descentralização.

### TRATAMENTO SUPERVISIONADO DA TUBERCULOSE EM BLUMENAU

Tem-se garantindo às pessoas vivendo com HIV a realização do exame de PPD e o acesso ao tratamento da infecção latente (quimioprofilaxia) quando indicado. Este ano, intensificou-se este trabalho, realizando o exame de PPD junto ao Ambulatório de Especialidade, todas as segundas e terças-feiras.

A população privada de liberdade também é um grupo de risco para tuberculose, por viverem em ambiente confinado. Esta população este ano está sendo atendida no ambulatório do Presídio Regional de Blumenau.



Neste ano também foram realizadas capacitações com as equipes de ESF, UAS e Acs, principalmente sobre a Busca de Sintomáticos Respiratórios e Tratamento Diretamente Observado.

Em Blumenau entre janeiro a dezembro/2011, foi realizada a busca ativa de Sintomáticos respiratórios por meio da coleta de 1720 amostras de escarro para diagnóstico e 511 para controle dos pacientes que estão em tratamento.

O que foi realizado:

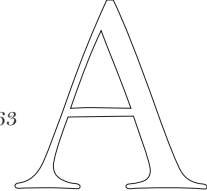
- Encaminhamento de 474 amostras de escarro e de outros materiais para cultura no Lacen Florianópolis;
- 1113 consultas;
- Examinados 1413 contatos de pacientes com Tuberculose Pulmonar Bacíferos;
- 1360 exames de PPD;
- Iniciados tratamentos para 134 pacientes com Infecção Latente (quimioprofilaxia), sendo que **67 continuam em tratamento** (tratamento de 06 meses);
- Tratados para M. Atípicas 07 pacientes, sendo que no momento há **02 que continuam em tratamento** (tratamento de 18 meses);
- Tratado **01** paciente para Tuberculose Multirresistente (tratamento de 18 meses);
- Notificados e iniciados tratamentos em 96 casos de Tuberculose. Sendo que 74 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 22,32/100.000 hab. A incidência no Brasil é em torno de 47/100.000 hab.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Blumenau, foram notificados e iniciados tratamentos em 2011 em 96 casos de tuberculose, sendo que 74 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 22,32/100.000 hab. A incidência no Brasil é em torno de 47/100.000 hab., estando desta forma bem abaixo da incidência nacional. Este estudo foi realizado de forma descritiva e analítica dos pacientes cadastrados no Programa de Tuberculose de Blumenau durante o ano de 2011 e propôs uma alternativa para que este paciente tenha acesso e atendimento de forma integral e humanizada com uma equipe de profissionais qualificados no sentido do atendimento, realizando ações articuladas, desenvolvidas concomitantemente em todos os setores, devendo produzir saúde e não doença, desta forma a integralidade torna-se qualidade inerente à atenção, não apenas como uma qualidade para que o atendimento deva ser bom e adequado. Para isso, poderá ser descrito, analisado e proposto um fluxo de atendimento integral ao Paciente do Programa da Tuberculose do Município de Blumenau e, com isso, que os casos de tuberculose entre residentes no município, atendidos pelo programa que hoje, encontram-se desconectados à Rede Assistencial de Atenção Básica, possam estar conectados e referenciados a um só local, onde este será responsável por capacitar, facilitar e matriciar a rede de Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

CVE - CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. Divisão de Imunização Vacinação de rotina



doses aplicadas e cobertura vacinal em menores de 1 ano e com 1 ano.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Centro colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID 10**. São Paulo: EDUSP; 1994.

**A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

**A saúde pública e a defesa da vida**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994b.

BRASIL, M.S. **Ministério da Saúde/ANS**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, M.S. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, M.S. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Portaria n.648, de 28 de março de 2006b.

BRASIL, M.S. **Política Nacional de Promoção da Saúde** / Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 60 p.

BRASIL, M.S. **Portaria 2048/2009**. Secretaria de Atenção à Saúde 2009. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 10 nov. de 2009.

BRASIL, M.S. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, M.S. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BUB, M. B. C. **Concepções de saúde, ética e prática de enfermagem**. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001, 123p.

BUSS, P. M. **Promoção da Saúde e Qualidade de vida**. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 5, n.1: 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

COBRA, R. Q. **Descartes**. Brasília, 1998. (“Geocities.com/cobra\_pages” é “Mirror Site” de *COBRA.PAGES*). Disponível em: [www.cobra.pages.nom.br](http://www.cobra.pages.nom.br). Acesso em: 10 dez 2009.

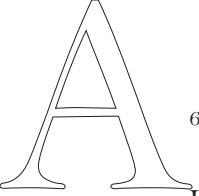
CONSTITUIÇÃO (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado, 1988.

Em Busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E. & Onocko, R. (Org). **Agir em Saúde**. Um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

FLEXNER, A. **Medical Education in The Carnegie Foundation For The Advancement of Teaching**. New York City: Bulletin Number Four, 1910

LANGDON, E. J. **A doença como experiência**: a construção da doença e seu desafio para a prática médica. Florianópolis: UFSC, 2001.

LEAVELL S.; CLARK. E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: MacGraw –Hill, 1965.



LEFEVRE, H. **Lógica formal, lógica dialética**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LEI Nº 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Disponível em: [www.planalto.org.br](http://www.planalto.org.br). Acesso em: 15 março 2008.

LEI Nº 8142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Disponível em: [www.planalto.org.br](http://www.planalto.org.br). Acesso em: 15 março 2008.

MELO, T. M. A. G. **Representações**: a perspectiva do usuário no diálogo entre saberes e práticas de produção do cuidado em saúde. Recife: FIOCRUZ, 2000. 139 p.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito Sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995.

MERHY, E. E. **Saúde**: Cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993, 269 p.

MODELOS Assistenciais e Unidades Básicas de Saúde: Elementos para Debate. In: **Planejamento sem normas**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994a, p. 53-61

MORAES, J. C; LUNA, E. **Seleção das doenças de notificação compulsória**: critérios e recomendações para as três esferas de governo. *Inf Epidemiol SUS* 1998; 7(1): 7-28. Rio de Janeiro: Abrasco Livros, 2007.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Lisboa (trad). Porto Alegre: Sulina, 2007.

OLIVEIRA, H. M. V. et al. Situação epidemiológica da tuberculose infantil no Município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**; 1996, 12:507-13.

PAIVA, A. M. et al. **Impacto das ações implantadas no programa de controle da tuberculose no Hospital Universitário – UFAL** sobre as taxas de abandono de tratamento. *Bol Pneumol Sanit* 1999; 7(1): 43-50.

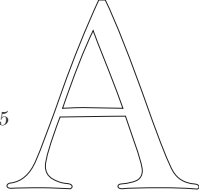
PEREIRA, M. J. B; et al. A assistência domiciliar: conformando o modelo assistencial e compondo diferentes interesses /necessidades do setor saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.13, n. 6, p. 1001-1010, nov./ dez. 2005

PINHEIRO, R; BARROS, M. E. B. de; MATTOS, R. A. de. **Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade**: Valores, Saberes e Prática. Teixeira MG, Penna GO, Risi JB, Penna ML, Alvin MF,

RIBEIRO, E. M. **Concentricidade do vínculo do/no Programa de Saúde da Família (PSF)**: Desafios de médicos e enfermeiras em uma realidade de implantação do programa. 2005. 285p. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

RUFFINO-NETO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. 2002; 35: 51-8.

RUFFINO-NETO, A., Souza, A. M. Z. F. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Inf.**



**Epidemiol. SUS.** 1999; 8(4): 35-51.

Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY; ONOCKO (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997, p. 229-266.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. **Caderno da 11a Conferência Nacional de Saúde**, Brasília: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2000. P. 261-281.

TEIXEIRA, C. F.. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento), p. 153-162, 2002.

WHO (1986) - **The Ottawa Charter for Health Promotion.** Ottawa: Canadian Public Health Association.