



O MANEJO INTEGRADO DA TUBERCULOSE E DIABETES MELLITUS NA PERSPECTIVA DE GESTORES DE SAÚDE

THE INTEGRATED MANAGEMENT OF TUBERCULOSIS AND DIABETES MELLITUS IN THE PERSPECTIVE OF HEALTH MANAGERS

EL MANEJO INTEGRADO DE LA TUBERCULOSIS Y DIABETES MELLITUS EN LA PERSPECTIVA DE LOS GESTORES DE SALUD

Cíntia Vieira do Nascimento¹, Sônia Maria Soares², Mayara Sousa Vianna³

RESUMO

Objetivo: analisar desafios e potencialidades para a implantação do manejo integrado da tuberculose (TB) e Diabetes Mellitus (DM), como política pública, na perspectiva de gestores da saúde. **Método:** estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em 2015 com gestores das coordenações de TB, a partir de entrevista semiestruturada, e analisado pela Técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática. **Resultados:** existem falhas na terapêutica, desarticulação entre as esferas e níveis de atenção à saúde, falta de priorização do manejo, negligência e dificuldades em capacitar as equipes. Como potencialidades, apontaram-se a criação de protocolos clínicos locais, a educação permanente e reestruturação do modelo de saúde baseado nas Redes de Atenção. **Conclusão:** o manejo integrado da TB e DM, apesar das recomendações de organizações internacionais de saúde, constitui-se um desafio, mas sua implantação é possível e urgente, contribuindo para o controle destes agravos e busca da integralidade em saúde. **Descritores:** Tuberculose; Diabetes Mellitus; Integralidade.

ABSTRACT

Objective: to analyze challenges and potentialities for the implementation of integrated management of tuberculosis (TB) and Diabetes Mellitus (DM), as public policy, from the perspective of health managers. **Method:** a descriptive, qualitative study, developed in 2015, with managers of TB coordinations, from a semi-structured interview, and analyzed by the Content Analysis Technique in the Thematic Analysis modality. **Results:** there are therapeutic failures, disarticulation between health care spheres and levels, lack of prioritization of management, neglect and difficulties in equipping the teams. As potentialities, were pointed out the creation of local clinical protocols, the permanent education and restructuring of the health model based on the Care Networks. **Conclusion:** the integrated management of TB and DM, despite the recommendations of international health organizations, constitutes a challenge, but its implementation is possible and urgent, contributing to the control of these diseases and the search for integrality in health. **Descriptors:** Tuberculosis; Diabetes Mellitus; Integrality.

RESUMEN

Objetivo: analizar desafíos y potencialidades para la implantación del manejo integrado de la tuberculosis (TB) y Diabetes Mellitus (DM), como política pública, desde la perspectiva de los gerentes de salud. **Método:** estudio descriptivo, de enfoque cualitativo, desarrollado en el año 2015, con la coordinación de la TB, a partir de entrevista semiestructurada, y revisado por técnica de Análisis de Contenido, de Análisis Temático. **Resultados:** hay fallas en la desarticulación entre los ámbitos terapéuticos y los niveles de salud, falta de priorización de manejo, descuido y difícil capacitación para entrenar los equipos. Como potencial, de la creación de protocolos clínicos locales, la educación permanente y la reestructuración del modelo de salud basado en redes de atención. **Conclusión:** el manejo integral de la TB y DM, a pesar de las recomendaciones de organizaciones internacionales de salud, constituye un reto, pero su implementación es posible y urgente, contribuyendo al control de estas enfermedades y la búsqueda de integralidad en la salud. **Descritores:** Tuberculosis; Diabetes Mellitus; Integridad.

¹Enfermeira, Mestre e Doutoranda pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: cintivieiranascimento@yahoo.com.br; ²Enfermeira, Professora Associada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: smsouares.bhz@terra.com.br; ³Enfermeira, Mestre pela Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte (MG), Brasil. E-mail: mayarasv@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é considerada uma das doenças contagiosas mais comuns, causando dois milhões de mortes por ano no mundo.¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a doença será responsável por 35 milhões de mortes no período entre 2000 e 2020 e mostra que 22 países concentram cerca de 80% dos casos de TB no mundo.² O Brasil faz parte desse grupo, ocupando a 20ª posição em número absoluto de casos.¹ Por sua vez, tem-se o Diabetes *Mellitus* (DM), caracterizado por sua natureza crônica, que pode levar a complicações graves e apresenta necessidade de múltiplas ações para seu controle, o que torna a doença onerosa para o indivíduo, a família e o sistema de saúde pública.³

Segundo estimativas da Federação Internacional de Diabetes (IDF), existem 415 milhões de adultos entre 20 e 79 anos com DM em todo o mundo, sendo que 193 milhões não são diagnosticados e mais de 318 milhões têm tolerância à glicose prejudicada, o que os colocam em alto risco de desenvolver a doença. Em 2015, foi causa de cinco milhões de mortes e os custos chegaram a mais de um bilhão de dólares em despesas com saúde. No Brasil, no mesmo ano, a prevalência foi de 14,3 milhões de casos, com previsão de 23,2 milhões para 2040.⁴

O quadro epidemiológico de ambas as doenças permite perceber que tanto a TB, quanto o DM resultam em grandes impactos na saúde da população. Estes, porém, podem ser ainda maiores quando as duas doenças apresentam-se concomitantes. Esta associação tem sido reconhecida há séculos, mas somente estudos mais recentes têm evidenciado a relação.⁵⁻⁷

Estudos demonstrados pela OMS e pela *The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease* (UNION) apontaram que pessoas com DM têm um risco duas a três vezes maior de desenvolver TB em comparação com pessoas sem DM, tendo quatro vezes maior risco de morte durante o tratamento da TB e maior risco de recaída após o tratamento. Essa relação pode acarretar maior tempo para a baciloscopia se tornar negativa, além de a TB estar associada com a piora do controle da glicemia em pessoas com DM.⁸ Nos países com uma elevada carga de TB, a prevalência de diabetes varia de 2% a 9% na população geral⁸, porém, outros estudos relatam uma prevalência ainda maior.^{5,9-10} Diante desse contexto, a OMS e a UNION, em 2011, publicaram o documento⁸ “*Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes*”, que define as

principais saídas para a seleção bidirecional e coordenada gestão das duas doenças, baseado em dados de revisões sistemáticas sobre diagnóstico e tratamento das doenças.

No Brasil, as pesquisas em torno da temática são mais recentes, principalmente, após estas recomendações, despertando para a importância da associação.¹⁰⁻³

Diante dessa problemática, surgiram alguns questionamentos importantes de ser analisados: Os gestores que estão envolvidos diretamente no controle destes agravos têm o conhecimento da associação e das recomendações da OMS e UNION sobre o manejo integrado de TB e DM? Quais os dificultadores estão envolvidos na implantação de políticas públicas acerca do manejo integrado da TB e DM? Quais as perspectivas para este controle?

OBJETIVO

- Analisar desafios e potencialidades para a implantação do manejo integrado da tuberculose (TB) e Diabetes *Mellitus* (DM), como política pública, na perspectiva de gestores da saúde.

MÉTODO

Estudo descritivo e exploratório, na abordagem qualitativa, desenvolvido com gestores das coordenações dos Programas de Controle da TB do Ministério da Saúde, da Vigilância Estadual em TB de Minas Gerais (MG), de oito municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), com maior carga de TB registrada em 2013¹⁴, e um gestor do Departamento de Tisiologia do Hospital Referência Estadual de Tratamento de TB, em MG, totalizando 12 sujeitos.

Foi adotada, como técnica de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, com roteiro preestabelecido baseado nas questões norteadoras.

Para garantir a qualidade e confiabilidade da investigação, foi realizado um estudo piloto anterior à coleta de dados para identificar e adequar às dificuldades metodológicas.

As entrevistas foram realizadas de março a agosto de 2015, no local de trabalho dos sujeitos da pesquisa, de forma reservada. As falas foram gravadas e transcritas após o consentimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes.

A análise das entrevistas foi realizada utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática.¹⁵ Para garantir o anonimato, os sujeitos da

Nascimento CV do, Soares SM, Vianna MS.

O manejo integrado da tuberculose e diabetes...

pesquisa foram identificados por meio da letra G.

Plataforma Brasil, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 40213814.3.0000.5149.

O estudo teve, como foco, o conhecimento expresso pelos gestores relativo à associação entre TB e DM, às principais dificuldades e desafios relatados pelos gestores em seus processos de trabalho frente à hipótese de se implantar uma política de manejo integrado entre TB e DM, bem como às potencialidades e perspectivas para esta construção.

RESULTADOS

Foram entrevistados 12 gestores, sendo a maioria enfermeiros (7), com predomínio do sexo feminino (9) e idade média de 39 anos, variando entre 31 e 53 anos. Sobre o tempo de atuação no cargo de gestor, a média foi de seis anos, variando de nove meses a 13 anos. Sobre o tipo de vínculo empregatício firmado, tem-se que dois são contratos administrativos, no regime celetista, e dez são funcionários públicos.

O referencial teórico utilizado para a análise dos registros foi o princípio da Integralidade do Cuidado¹⁶, não apenas como princípio constitucional do Sistema Único de Saúde (SUS), mas, sobretudo, aquele que direciona a implementação de ações para superar o modelo centrado, verticalizado e que prioriza os casos agudos; na concepção de que o indivíduo é único e não fragmentado; na busca por uma assistência mais ampla, que observa as necessidades e riscos eminentes do paciente, atentando à prevenção e não somente à recuperação dos problemas já instalados.

A partir da análise, unidades de significados foram organizadas sistematicamente, emergindo em categorias e núcleos temáticos, conforme figura 1.

A pesquisa atendeu às normas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e demais locais de estudo, por meio da

Categorias	Núcleos Temáticos
1- O conhecimento das recomendações da associação entre TB e DM	Recomendações da OMS e Prática profissional DOTS; outras prioridades; rotatividade; doença negligenciada; desarticulação entre as esferas governamentais e os níveis de atenção à saúde; descentralização; referência e contrarreferência.
2- Dificuldades para a implantação do manejo integrado da TB e DM	Atenção Primária em Saúde; Educação em saúde; Criações locais de protocolos; Redes de Atenção.
3- Perspectivas para o manejo integrado da TB e DM	

Figura 1. Correlação entre as categorias analíticas e os núcleos temáticos. Belo Horizonte (MG), Brasil, 2015

α O Conhecimento das recomendações da associação entre TB e DM

Ao ser questionada quanto ao conhecimento das recomendações da OMS sobre a gestão conjunta da TB e DM, publicadas em 2011, a metade dos gestores respondeu que não conhecia tais recomendações. Entretanto, ao explorar sobre esse conhecimento, por meio de outras vias de informação, a maioria manifestou algum entendimento dos riscos e dos prejuízos ao tratamento e prognóstico advindos desta interação:

[...] sim; eu não conheço na íntegra. Mas a gente sabe que é um motivo de preocupação da OMS a questão da diabetes com tuberculose pelo fato de serem duas doenças de alta prevalência; a tuberculose é um fator de risco pra diabetes, ela dificulta

e torna o tratamento e a mortalidade maior. (G11, médico)

Por outro lado, observa-se que a compreensão da associação entre TB e DM não garante uma homogeneidade nas condutas clínicas a serem seguidas pelos profissionais, indiferente de ser médico ou de outra categoria na área da saúde:

[...] não existe troca de medicamento, a não ser que o paciente esteja com alguma glicemia muito alterada. Aí é uma avaliação clínica. Agora, não se faz prolongamento do tratamento pelo fato dele ser diabético, são seis meses mesmo. (G7, enfermeiro)

α Dificuldades para a implantação do manejo integrado

As dificuldades para se implantar o manejo integrado, relatadas nos depoimentos dos gestores, fazem refletir sobre as ações de

Nascimento CV do, Soares SM, Vianna MS.

saúde assistenciais sustentadas na Integralidade do Cuidado.

Nesse sentido, foram identificadas questões voltadas para a rotatividade dos profissionais; a falta de capacitação destes profissionais; as prioridades na agenda governamental e a TB ainda percebida como uma doença negligenciada. Além do sistema de referência e contrarreferência, a desarticulação entre os níveis de atenção e as esferas governamentais e o processo de descentralização das ações para os municípios.

A alta rotatividade entre os profissionais de saúde foi o principal aspecto dificultador apontado pelos gestores para uma possível criação de um protocolo clínico local.

Aspectos como limitação profissional ou falta de motivação também foram citados como impedimentos para alguns profissionais da assistência direta ao paciente:

[...] as pessoas esquecem como se conduz um caso, o profissional é limitado a fazer as coisas do dia a dia, não querem aprofundar, não querem melhorar a qualidade do atendimento. (G1, enfermeiro) [...] às vezes falta ... motivação. (G4, enfermeiro)

Outro aspecto apontado relaciona-se com a tuberculose ser, ainda, percebida como uma doença negligenciada:

[...] Uma pesquisa, feita no Brasil, detectou que 50% da população desconhece a existência da TB. As pessoas acham que é uma doença que foi erradicada. Então, à medida que você acha que aquela coisa não existe, ela não tem como te afetar. Para complicar, a gente teve uma outra pesquisa realizada dentro da categoria médica onde se constatou que 50% dos médicos não sabem diagnosticar nem tratar tuberculose. Então, você junta a fome com a vontade de comer. A grande ignorância da população por parte da tuberculose e dos profissionais médicos que também não sabem detectar e tratar. (G12, médico)

De forma semelhante, observa-se que o manejo integrado entre TB e DM ainda não é prioridade na agenda do governo e das instituições de saúde como uma prática de atenção, apesar dos impactos advindos da associação e de ser uma recomendação da OMS desde 2011.⁸ Alguns gestores salientam esta necessidade:

[...] Atualmente, ela (secretaria de saúde) tem prioridades. Isso (o manejo) não é uma prioridade, ainda, a ser tratada e eu acho que deveria ser. (G3, enfermeiro)

Outra dificuldade apontada pelos gestores foi o controle da TB através da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS), com a supervisão de um profissional de saúde:

O manejo integrado da tuberculose e diabetes...

[...] Eu sei que algumas Unidades conseguem fazer (DOTS's), outras não fazem porque tem áreas descobertas, não tem o profissional, que é o Agente Comunitário de Saúde. (G6, enfermeiro e farmacêutico)

Questão desafiadora e fundamental para alcançar a integralidade é um efetivo sistema de referência e contrarreferência dos pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. Entretanto, o entendimento deste fluxo nem sempre é compreendido ou executado entre gestores e profissionais nas instituições de saúde. Isto pôde ser observado por meio do relato do gestor:

[...] uma coisa que eu vejo muito e é uma grande fragilidade, é a dificuldade dos hospitais de receber um paciente grave de tuberculose, de ter isolamento e, às vezes, fica naquela questão do favor: "olha, pelo amor de Deus, eu preciso de uma vaga, o paciente está morrendo", então, as próprias falhas da regulação também são impedimentos para que o paciente seja bem tratado, bem cuidado. (G8, enfermeiro)

De forma semelhante, ao serem questionados sobre a articulação entre as três esferas governamentais e entre os níveis de atenção, foram quase unânimes os depoimentos remetendo à carência do sistema. Ao passo que uma das gestoras questiona de quem é a responsabilidade e competência por esta articulação:

[...] porque as pessoas não têm tempo para fazer esta articulação, não existe articulação se não tiver um gestor interessado em articular. E onde está este gestor? Quem é este gestor que tem essa capacidade? Onde estão os interesses? Então, às vezes, eu vejo falta de visão mesmo, na importância desta integração. (G10, farmacêutico)

Alguns problemas foram apontados pelos gestores advindos da descentralização dos serviços de saúde relativos a disparidades regionais e insuficiência de recursos econômicos que podem ser desafios ou impeditivos para a implantação do manejo integrado da TB e DM, conforme o depoimento:

[...] o nosso município, que é grande, ele consegue fazer por si só, mas eu fico pensando no restante do Estado que não tem essa dinâmica e depende de protocolos ministeriais para desenvolver as ações de tuberculose nos municípios. (G7, enfermeiro)

▣ Perspectivas para o manejo integrado da TB e DM

Acerca das perspectivas para a implantação de uma política voltada para ações de manejo integrado entre TB e DM, alguns aspectos

Nascimento CV do, Soares SM, Vianna MS.

foram apontados pelos gestores, dentre eles, a criação de protocolos clínicos locais alternativos à associação destes agravos:

[...] eu defendo que a gente comece (os protocolos) com poucas Unidades para que a gente tenha maior governabilidade, para poder dar uma atenção especial e criar evidências de que isso é importante tanto para o serviço, quanto para o paciente. (G5, assistente social)

A necessidade de capacitação e treinamentos foi relatada pela totalidade dos gestores, sendo que alguns explanaram sobre o caminho mais apropriado para articular a implantação do manejo integrado:

[...] aproveitar essa imensa rede de atenção primária, onde o serviço de diabetes já está incorporado, os HIPERDIA, e trabalhar tuberculose junto. A Nova Estratégia preconiza que a atenção seja focada no paciente e não no serviço de saúde - não compartimentar a pessoa, mas fazer um atendimento integral nas portas de entrada. (G12, médico)

Por outro lado, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma proposta compartilhada por uma gestora como um mecanismo propulsor da reorganização do serviço de saúde:

[...] se os serviços não estiverem integrados, em relação ao que um recebe e o outro manda, o que é referência, o que é contrarreferência, quais são os tratamentos, as alternativas, fechando este diagnóstico, esta rede mesmo, o paciente ele se perde e cai no furo da rede. Por isso, quando a gente fala num programa estruturado em Rede, a gente pensa numa rede de futebol, aqueles nozinhos são os pontos de atenção. Então, a gente pensa que o paciente ele vai ficar preso aqui e não vai se perder, mas, se tiver um furo, o paciente passa e cai. Então, esta articulação do serviço tem que ser muito bem feita. (G10, farmacêutico)

DISCUSSÃO

Percebe-se que apenas conhecer sobre o manejo entre TB e DM não é suficiente para garantir que ele aconteça de fato nas práticas e ações de saúde. Ele precisa estar inserido no cotidiano dos profissionais, principalmente da atenção primária, porta de entrada preferencial do paciente para o sistema de saúde.

Vale ressaltar que, de acordo com as recomendações da OMS, o tratamento e gestão de casos de TB em pessoas com DM devem ser fornecidos de acordo com as diretrizes de tratamento de TB existentes no país e nos padrões internacionais. A princípio, o mesmo esquema de tratamento da TB deve ser prescrito tanto para pessoas com DM,

O manejo integrado da tuberculose e diabetes...

como para pessoas sem DM.⁸ No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) preconiza que o tratamento da TB para pacientes que tenham DM associado seja igual ao da população geral. No entanto, a interação medicamentosa com alguns hipoglicemiantes orais, dependendo da avaliação clínica de cada paciente, faz com que este grupo de medicamentos seja substituído pela insulina durante o tratamento e tenha extensão por mais três meses durante a fase de manutenção. A glicemia deve ser mantida abaixo de 160 mg/dL, devido à interação com a rifampicina, que pode levar à diminuição da ação do hipoglicemiante.¹⁷

Um dos sentidos da integralidade¹⁸ aborda atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos. Nessa vertente, as ações de manejo integrado seriam a manifestação da integralidade por meio da garantia de cuidados preventivos, por meio do rastreamento, do uso correto de medicamentos e do encaminhamento do paciente ao especialista.

Os resultados encontrados referentes às dificuldades ao se trabalhar com TB e DM foram semelhantes aos apresentados por estudiosos do assunto¹⁹ que relatam a falta de recursos humanos, a sobrecarga de função e a inadequada qualificação dos profissionais das equipes de saúde para lidar com a TB, especificamente, impondo dificuldades ao estabelecimento da coordenação da assistência e da integralidade do cuidado, deixando de assegurar ações importantes que têm impacto no processo saúde-doença em suas várias dimensões.

A falta de vínculo entre o profissional e a instituição, na visão dos gestores, impede a continuidade do cuidado e, conseqüentemente, este vínculo também é quebrado com o paciente ou usuário, provocando a interrupção do tratamento.

Estudo²⁰ analisou as causas do índice de rotatividade entre médicos e enfermeiros de Equipes de Saúde da Família (ESF) e mostrou, como principais causas, a precarização do vínculo de trabalho, a fragmentação da formação, o estilo de gestão autoritário, a ausência de vínculo com a comunidade e más condições de trabalho. Esse contexto revela a necessidade de desencadear mudanças em relação aos vínculos trabalhistas, às condições de trabalho e à formação de trabalhadores e gestores da saúde, buscando a implementação da integralidade nas práticas de saúde.

Outras pesquisas^{5,21,22} consideram que a associação entre TB e DM é subvalorizada, especialmente pela indústria farmacêutica, impedindo o incremento das pesquisas.

Nascimento CV do, Soares SM, Vianna MS.

O manejo integrado da tuberculose e diabetes...

Um estudo realizado em São Paulo²² aponta que a não valorização da TB na agenda municipal de saúde deve-se, dentre outras razões, ao desinteresse dos gestores pelas políticas e estratégias de controle da TB e a outras prioridades de saúde com caráter emergencial.

Estudiosos do tema⁷ observam que é necessário apoio político de alto nível, bem como apoio financeiro internacional e suporte técnico para programas envolvendo estas doenças, ditas negligenciadas, para impulsionar a agenda de prioridades do governo.

Outra dificuldade apontada foi o controle da TB por meio da estratégia do Tratamento Diretamente Observado (DOTS)²³, que consiste na execução de atividades programáticas que permitem o acompanhamento da evolução da doença, na utilização correta dos medicamentos e no sucesso terapêutico, a partir da supervisão de um profissional de saúde, especialmente no que tange à falta de recursos humanos para desenvolver tal cuidado.

Estudo²⁴ mostrou, como dificuldades para a realização do DOTS, a ausência do agente comunitário de saúde nas ESF's, além do conhecimento muito limitado da sintomatologia clássica e do processo de disseminação da TB.

O impedimento de receber o DOTS pode estar relacionado com o abandono do tratamento, sendo um dos grandes desafios para o controle da TB atualmente. Homens usuários de álcool e drogas, portadores de DM, casos de coinfeção, pessoas vivendo em situação de rua e institucionalizadas são reconhecidos como casos mais vulneráveis à ocorrência do abandono, o que favorece para o aumento da resistência aos medicamentos.^{2,23}

O SUS é um sistema que, na prática, deveria funcionar como uma rede integrada de atendimento aos usuários e permitir o acompanhamento do indivíduo nos diferentes níveis de atenção à saúde, conforme suas necessidades.

Nessa perspectiva, os profissionais e as instituições de saúde deveriam decidir conjuntamente quem deve ter a responsabilidade por tratar determinados tipos de problemas e em que estágios um encaminhamento é indicado. Algumas vezes, a atenção compartilhada deve ser indicada.²⁵

Uma questão desafiadora e fundamental para alcançar a integralidade é um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de

encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços.¹⁶

O fluxo dos usuários por meio de sistemas organizados de referência e contrarreferência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar, é imprescindível para a prática de atenção integral à saúde e para o reconhecimento, por parte da população, do papel integrador da ESF diante da rede de serviços.¹⁶

Um importante aspecto para superar a fragmentação do cuidado, observado ao avaliar o paciente e as doenças que ele possa ter, de maneira isolada, é a efetividade do sistema de referência e contrarreferência do usuário para outros níveis de atenção, além de fortalecer o vínculo entre profissional e paciente e a integralidade na saúde.

A questão política relevante para a integralidade está embasada na decisão de quais serviços pertencem, adequadamente, à atenção primária e quais devem ser disponibilizados em outro lugar. Assim, em qualquer nível da atenção, deve haver uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde,²⁵ portanto, faz-se necessário que os níveis de atenção e as esferas do governo consigam estabelecer uma articulação que defina quais as competências de cada ente, a fim de responsabilizá-los pela saúde integral da população.

Outro importante aspecto mencionado pelos gestores relaciona-se ao processo de descentralização nos Programas de Tuberculose e que também remete à articulação das esferas governamentais para a criação de um Protocolo de Manejo Integrado da TB e DM.

A descentralização é um princípio da Constituição Brasileira²⁶ que define que o poder e a responsabilidade sobre o setor saúde são distribuídos entre os três níveis de governo, objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade.

A descentralização tem como objetivo garantir o acesso, qualidade e resolutividade das ações e serviços de saúde, cuja complexidade e contingente populacional transcendem a escala municipal ou local, assim como consolidar a integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado, porém, a realidade do acesso às ações e serviços de saúde entre os municípios não tem ocorrido, efetivamente, de forma a

Nascimento CV do, Soares SM, Vianna MS.

garantir a integralidade e equidade na esfera municipal da saúde.²⁶

A proposição de um protocolo de manejo integrado entre TB e DM poderia diminuir as disparidades no tratamento aos pacientes e melhorar o prognóstico destes agravos.

Os protocolos clínicos devem ser ferramentas de reflexão, tanto entre os gestores, quanto entre os profissionais de saúde. Eles são guias para a (re) orientação das ações e práticas do trabalho e, conseqüentemente, ferramentas para a busca pela integralidade.

Salienta-se que é importante considerar as singularidades e especificidades de cada paciente ou usuário, pois *“defender a integralidade é defender antes de tudo que as práticas em saúde no SUS sejam sempre intersubjetivas, nas quais profissionais de saúde se relacionem com sujeitos, e não com objetos”*.²⁵

Uma das maiores dificuldades que o SUS enfrenta é a qualidade da atenção aos usuários ofertada pelos profissionais de saúde. Os profissionais que estão na atenção primária precisam de treinamentos constantes, a fim de distinguir os problemas reais e os potenciais, que merecem investigação específica, e os cuidados especiais, portanto, os gestores possuem um papel fundamental no processo de capacitação, pois são corresponsáveis por identificar as fragilidades e o impacto que elas podem causar nos resultados e nos indicadores de saúde e precisam proporcionar apoio para que os profissionais se sintam motivados a realizar as mudanças exigidas, garantindo e estimulando a capacitação.

A educação permanente em saúde deve ser um esforço do profissional e do gestor de saúde, responsáveis por construir uma agenda da formação que inclua princípios éticos e políticos e de novos modos de fazer saúde em busca da integralidade, em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demandas espontâneas; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e coordenação do cuidado na rede de serviços.¹⁸

De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em países com atenção primária bem organizada, apenas 5% a 10% das pessoas que procuram uma unidade de saúde são referenciadas a outro especialista.¹⁶

Estudo brasileiro²⁷ registrou e analisou 12.977 novos casos de tuberculose com baciloscopia positiva. Dentre eles, 7.964 (61,4%) foram diagnosticados e tratados no nível de atenção primária, 1.195 (9,2%) no

O manejo integrado da tuberculose e diabetes...

nível secundário, 1.521 (11,7%) no nível terciário, o que reforça o papel e a importância deste nível de atenção. Afinal, *“uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte.”*²⁵

Por outro lado, tem-se que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma proposta que atende ao princípio da Integralidade à medida que implica que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns possam não ser oferecidos eficientemente dentro delas.²⁸

A implantação das RAS mostra-se como uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira e convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticada no SUS, principalmente, às condições agudas e crônicas.²⁸

O conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio dessas redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida.²⁹

CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou analisar o conhecimento expresso pelos gestores de saúde relativos à associação da TB e DM. Parte deles não conhece sobre a associação, assim como as recomendações da OMS publicadas em 2011. Observam-se divergências no cuidado aos pacientes com TB e DM associados, à medida que as condutas clínicas são realizadas de forma diferenciada, especificamente na esfera municipal.

Ressalta-se a importância dos profissionais e dos gestores em saúde buscarem incrementar suas formações e atualizações, para acompanhar as mudanças e condutas nas práticas clínicas voltadas à associação da TB e DM.

Os resultados deste estudo demonstraram que o manejo integrado é um desafio, mas a necessidade de incorporá-lo como política pública é possível e urgente.

Ademais, todo este cenário reforça a necessidade da criação de uma normatização sobre o manejo integrado entre estes agravos, por meio de um protocolo clínico ou um

Nascimento CV do, Soares SM, Vianna MS.

O manejo integrado da tuberculose e diabetes...

adendo aos Manuais do Ministério da Saúde de TB ou DM que melhor oriente sobre esta prática nas Instituições de Saúde, e a responsabilidade por sua implantação deve ser compartilhada entre diferentes atores sociais como gestores, profissionais de saúde e pesquisadores do tema.

Os profissionais da saúde, especialmente os da atenção primária, possuem um papel fundamental na busca por ações de saúde que contemplem o manejo, estabelecendo, de forma multiprofissional, atividades educativas de orientação a pacientes e familiares, na realização de educação permanente, no rastreamento dos pacientes, oportunizando um diagnóstico prévio ou realizando intervenções imediatas.

Dessa forma, vislumbra-se, como perspectiva para outras pesquisas, um trabalho de intervenção junto aos gestores no intuito de sensibilizá-los e estimulá-los para a efetividade de ações de saúde voltadas ao manejo integrado da TB e DM, como a investigação diagnóstica, acompanhamento e prevenção de complicações, com enfoque no DOTS, portanto, um olhar diferenciado de todos os atores visando à integralidade do cuidado.

AGRADECIMENTOS

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da UFMG (NEPCDH) e a todos os participantes da pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis, Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasil Livre da Tuberculose: Plano nacional pelo fim da tuberculose como problema de saúde pública [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017 [cited 2016 Nov 22]. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>
2. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Perspectivas brasileiras para o fim da tuberculose como problema de saúde pública. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2016 [cited 2016 Nov 22];47(13):1-15. Available from: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>
3. World Health Organization. Diabetes [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2016 Nov 22]. Available from: http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_diabetes_en.pdf
4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 7th ed. Geneva: WHO; 2015 [cited 2016 Nov 22]. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>
5. Urgate-Gil C, Moore DA. Tuberculosis and diabetes co-morbidity: an unresolved problem. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2014 Jan/Mar [cited 2016 Nov 22];31(1):137-42. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v31n1/a20v31n1.pdf>
6. Stevenson CR, Forouhi NG, Roglic G, Williams BG, Lauer JA, Dye C, et al. Diabetes and tuberculosis: the impact of the diabetes epidemic on tuberculosis incidence. BMC Public Health [Internet]. 2007 Sept [cited 2016 Nov 22];7:234. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2001194/pdf/1471-2458-7-234.pdf>
7. Harries AD, Kumar AM, Satyanarayana S, Lin Y, Zachariah R, Lönnroth K, et al. Diabetes mellitus and tuberculosis: programmatic management issues. Int J Tuberc Lung Dis [Internet]. 2015 Aug [cited 2016 Nov 22];9(8):879-86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4497633/pdf/i1027-3719-19-8-879.pdf>
8. World Health Organization. Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes [Internet]. Geneva: WHO; 2011 [cited 2016 Nov 22]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44698/1/9789241502252_eng.pdf
9. Barceló A, Granado M, Castellanos LG, Cotelea S. La amenaza dual de la diabetes y la tuberculosis en las Américas [Internet]. Washington: OPAS; 2011 [cited 2016 Nov 22]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22822&Itemid=270
10. Rocha NP, Soares SM, Nascimento CV, Gonçalves ER, Ferreira CD. Diabetes mellitus in patients with tuberculosis hospitalized in a reference hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2016 Nov/Dec [cited 2016 Nov 22];26(Suppl. 5):S65-S71. Available from: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2002>
11. Reis-Santos B, Locatelli R, Horta BL, Faerstein E, Sanchez MN, Riley LW, et al. Socio-Demographic and Clinical Differences in

Nascimento CV do, Soares SM, Vianna MS.

O manejo integrado da tuberculose e diabetes...

Subjects with Tuberculosis and without Diabetes Mellitus in Brazil - A Multivariate Analysis. *PloS One* [Internet]. 2016 Apr [cited 2016 Nov 22];8(4):e62604. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634755/pdf/pone.0062604.pdf>

12. Santos DB. Diabetes mellitus referido e fatores sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos em pacientes adultos com tuberculose [dissertação] [Internet]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2013 [cited 2016 Nov 22]. Available from:

<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/756M.pdf>

13. Lacerda SNB, Silva TC, Araújo PPC, Pinto ML, Figueiredo TMRM. The comorbidity tuberculosis and diabetes mellitus. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016 Jan [cited 2016 Nov 22];10 (Suppl. 1) 239-47. Available from:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/10946/12253>

14. Navarro PD. Panorama epidemiológico da tuberculose em Minas Gerais [Internet]. Belo Horizonte: SES-MG; 2014 [cited 2016 Nov 15]. Available from:

http://www.funed.mg.gov.br/wp-content/uploads/2014/06/Apresenta%C3%A7%C3%A3o1_FUNED_EPIDEMIO-TB_2014_Dr-Pedro.pdf

15. Bardin L. Análise de conteúdo. Edições 70; Lisboa, 1997.

16. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em saúde: parte 1. [Internet]. Brasília: CONASS, 2007 [cited 2016 Nov 22]. Available from:

http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf

17. Miranda SS. Treatment of Tuberculosis in Special Settings. *Pulmão* [Internet]. 2012 [cited 2016 Nov 22];21(1):68-71. Available from:

http://www.sopterj.com.br/profissionais/_revista/2012/n_01/16.pdf

18. Mattos RA. Comprehensiveness in practice (or, on the practice of comprehensiveness). *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2004 Sept/Oct [cited 2016 Nov 22];20(5):1411-6. Available from:

http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/A_Integralidade_na_pratica.pdf

19. Villa TCS, Ruffino Netto A, organizadores. Tuberculose: pesquisas operacionais [Internet]. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2009 [cited 2016 Nov 22]. Available from: <http://www.eerp.usp.br/geotb/Doc/Tuberculose.pdf>

20. Medeiros CRG, Junqueira AGW, Schwingel G, Carreno I, Jungles LAP, Saldanha OMFL. Nurses and doctors turnover: an impasse in the implementation of the Family Health Strategy. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010[cited 2016 Nov 22];15(Suppl. 1):1521-31. [cited 2016 Nov 22]. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/064.pdf>

21. Ruffino Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop* [Internet]. 2002 [cited 2016 Nov 22];35(1):51-8. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v35n1/7636.pdf>

22. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, Villa TCS. Involvement of health primary care teams in the control of tuberculosis. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [cited 2016 Nov 22]; 42(2):262-7. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a07.pdf>

23. World Health Organization. Global tuberculosis: control 2011 [cited 2016 Nov 22]. Geneva: WHO; 2011. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44728/1/9789241564380_eng.pdf

24. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia. *Boletim Epidemiológico* [Internet]. 2013 [cited 2016 Nov 22];44(2):1-6. Available from: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/06/boletim2-2013-tb-web.pdf>

25. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002 [cited 2016 Nov 22]. Available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>

26. Ministério da Saúde (BR), Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Gestores do SUS: olhares e vivências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2016 Nov 22]. Available from:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestores_sus_olhares_vivencias.pdf

27. Bartholomay P, Pelissari DM, Araujo WN, Yadon ZE, Haldal E. Quality of tuberculosis care at different levels of health care in Brazil in 2013. *Rev Panam Salud Públ* [Internet]. 2016 Jan [cited 2016 Nov 22];39(1):3-11. Available from:

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v39n1/1020-4989-RPSP-39-01-003.pdf>

28. Mendes EV. As redes de atenção à saúde [Internet]. 2nd ed. Brasília: OPAS/OMS/CNSS;

Nascimento CV do, Soares SM, Vianna MS.

O manejo integrado da tuberculose e diabetes...

2011 [cited 2016 Nov 22]. Available from:
<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>

29. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Comprehensive health care and integrated health services: challenges for evaluating the implementation of a “system without walls”. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [cited 2016 Nov 22];20(Suppl. 2):S331-S6. Available from:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s2/26.pdf>

Submissão: 14/12/2016

Aceito: 13/06/2017

Publicado: 01/07/2017

Correspondência

Cintia Vieira do Nascimento

Rua Chiquinha Gonzaga, 80

Bairro Tupi

CEP: 31844-270 – Belo Horizonte (MG),

Brasil