

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CINTIA VIEIRA DO NASCIMENTO

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

BELO HORIZONTE
2015

CINTIA VIEIRA DO NASCIMENTO

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde e Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Soares

Este trabalho é vinculado ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Nascimento, Cintia Vieira do

O desafio do manejo integrado da tuberculose e diabetes *mellitus* na perspectiva de gestores de saúde. [manuscrito] / Cintia Vieira do Nascimento. 2015.

135 f.

Orientadora: Sônia Maria Soares.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Diabetes *Mellitus*. 2. Tuberculose. 3. Gestão em Saúde. 4. Cuidados de Enfermagem. I. Soares, Sônia Maria. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Dissertação intitulada “**O desafio do manejo integrado da tuberculose e diabetes mellitus na perspectiva de gestores de saúde**”, de autoria da mestranda Cintia Vieira do Nascimento, aprovada pela banca examinadora constituída por:

Profª Drª Sônia Maria Soares - Escola de Enfermagem/UFMG (Orientadora)

Profª Drª Aline Aparecida Monroe - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (titular)

Profª Drª Silvana Spíndola de Miranda - Faculdade de Medicina/UFMG (titular)

Profª Drª Eliane Viana Mancuzo - Faculdade de Medicina/UFMG (suplente)

Profª Drª Salete Maria de Fátima Silqueira - Escola de Enfermagem/UFMG (suplente)

AGRADECIMENTOS

A todos aqueles que contribuíram para a realização deste trabalho expresso a minha gratidão:

Deus! Agradeço por tudo o que tens feito e por tudo o que vais fazer... Os teus sonhos são maiores que os meus! Obrigada por me permitir chegar até aqui!

À minha orientadora Sônia, por confiar em mim. Pela oportunidade de ter aprendido tanto e conduzir de forma tranqüila e acolhedora esta primeira etapa! Admiro seu trabalho e carinho com todos os alunos. Muito obrigada!

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da UFMG (NEPCDH), pelos momentos de discussão, pelas críticas construtivas e enriquecimento a cada encontro!

Aos colegas e amigos do mestrado que tive o prazer de conhecer, conviver e estudar. São muitos os nomes, mas não posso deixar de registrar a Lilian e Mayara, que ocuparam um lugar especial no meu coração. Obrigada meninas!

Aos colegas de trabalho, Cintia S., Rogério, Benta, D. Júlia e Thaís, que compreenderam este momento da vida e me deram muita força!

À rede FHEMIG e ao Hospital Júlia Kubitschek por proporcionar incentivo às pesquisas, pela aproximação com o trabalho e com os pacientes da Ala G (Tisiologia). Esta pesquisa é dedicada especialmente aos pacientes!

Às colegas Poliana e Ilka que foram grandes incentivadoras para eu ingressar no mestrado. Adoro vocês!

Às colegas Nathália e Dinamara que realizaram as pesquisas anteriores e também me estimularam a trabalhar este tema tão importante!

Aos Drs. Ailton Cezário e Pedro Navarro por fazerem parte deste projeto, abrir portas e serem grandes profissionais!

Aos sujeitos da pesquisa (gestores) que desde o início foram solícitos e dispostos a participarem da pesquisa. Parabéns pelo trabalho de vocês; aprendi muito e espero poder contribuir positivamente nesta caminhada!

Aos membros da banca por aceitarem prontamente o convite em contribuir com a melhoria do trabalho!

Aos meus familiares, paizinho e mainha, que sempre acreditaram em mim e sempre me incentivaram, com carinho e simplicidade. Aos irmãos e irmãs queridas, sobrinhos e sobrinhas, são tantos... Cecília você sempre será exemplo para mim!

E finalmente, e especialmente, ao meu marido, Gleidisson, pelo carinho, preocupação, pelas “ajudinhas” e por ser o amor da minha vida! E seus familiares por compreenderem as ausências!

A todos vocês, muito obrigada!

RESUMO

NASCIMENTO, Cintia Vieira do. **O desafio do manejo integrado da tuberculose e diabetes *mellitus* na perspectiva de gestores de saúde.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 135p. 2015.

A tuberculose (TB) é considerada, ainda, um grande problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. A epidemia crescente de diabetes *mellitus* (DM) é uma ameaça ao controle da TB. Estudos relatam que pessoas com DM têm um risco duas a três vezes maior de desenvolver TB. O risco de resultados adversos no tratamento das duas doenças também aumenta com a associação de ambos os agravos. Em 2011, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Union Against Tuberculosis and Lung Disease (UNION) desenvolveram um documento, “*Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes*”, que define a gestão coordenada das duas doenças. No Brasil, os estudos que abordam esta associação são incipientes e conseqüentemente não há uma política de manejo integrado consolidada. Assim, as ações de saúde, nesta instância, tornam-se fragmentadas e a integralidade do cuidado fica comprometida. Este estudo tem como objetivo principal analisar fatores dificultadores, desafios e potencialidades para o manejo integrado da TB e DM, como política pública, na perspectiva de gestores de saúde. A coleta de dados ocorreu de abril a agosto de 2015, por meio de entrevista semi-estruturada, com 12 gestores das coordenações de TB do Ministério da Saúde, do Estado, de oito municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte e do Hospital Júlia Kubitscheck. Os dados coletados foram gravados, transcritos e analisados, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Dentre os desafios e dificuldades apontadas, têm-se o cuidado fragmentado, pela dificuldade de comunicação entre profissionais e setores; a desarticulação entre as esferas de governo e os níveis de atenção, a falta de priorização do manejo integrado da TB e DM como problemas de saúde pública, a TB ainda percebida de forma negligenciada, as dificuldades em capacitar as equipes e outros processos de trabalho comprometidos, como a alta rotatividade profissional e a falta de motivação. Por outro lado, os gestores apresentaram como potencialidades para o manejo integrado a possibilidade de criação de protocolos clínicos locais, a educação permanente em saúde para os profissionais e a reestruturação do modelo de atenção à saúde baseado nas Redes de Atenção. O tratamento diretamente observado (DOTS) despontou tanto como um facilitador quanto um dificultador. Percebe-se que o manejo integrado da TB e DM, apesar das recomendações de organizações internacionais de saúde, constitui-se ainda um desafio, mas a necessidade de incorporá-lo como política pública é possível e urgente. A responsabilidade por sua implantação deve ser compartilhada entre os diversos atores sociais, como gestores, profissionais de saúde e estudiosos do tema. Somente o cuidado integral aos usuários e/ou pacientes, a educação em saúde e a vontade gestora por mudanças poderão contribuir para o controle destes agravos e pela busca da integralidade na saúde.

Palavras-chave: manejo, tuberculose, diabetes *mellitus*, integralidade e políticas públicas de saúde.

ABSTRACT

NASCIMENTO, Cintia Vieira do. The challenge of integrated management of tuberculosis and diabetes mellitus from the perspective of health managers. Dissertation (Master of Nursing) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte. 135p. 2015.

Tuberculosis (TB) is considered also a major public health problem, particularly in developing countries. The growing epidemic of diabetes mellitus (DM) is a threat to TB control. Studies report that people with diabetes have a risk two to three times more likely to develop TB. The risk of adverse outcomes in the treatment of the two diseases also increases with the association of both diseases. In 2011, the World Health Organization (WHO) and the Union Against Tuberculosis and Lung Disease (UNION) developed a document, "Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes," which defines the coordinated management of both diseases. In Brazil, studies addressing this association are incipient and therefore there is a consolidated integrated management policy. Thus, health actions, in this instance, become fragmented and comprehensive care is compromised. This study aims to analyze complicating factors, challenges and opportunities for the integrated management of TB and DM, as public policy, from the perspective of health managers. Data collection occurred from April to August 2015, through semi-structured interviews with 12 managers of TB coordination of the Ministry of Health, State of eight municipalities in the metropolitan region of Belo Horizonte and Hospital Júlia Kubitschek. Data were recorded, transcribed and analyzed using content analysis technique proposed by Bardin. Among the challenges and difficulties mentioned, they have been fragmented care, the difficulty of communication between professionals and sectors; the disarticulation between the spheres of government and levels of care, lack of prioritization of integrated management of TB and DM as public health problems, TB still perceived neglected way, the difficulties in empowering teams and other work processes committed such as high staff turnover and lack of motivation. On the other hand, managers presented as potential for the integrated management the possibility of creating local clinical protocols, continuing education for health professionals and the restructuring of care model to health care based on the Care Networks. The directly observed treatment (DOTS) emerged both as a facilitator as an impediment. It is noticed that the integrated management of TB and DM, despite the recommendations of international health organizations, constitutes still a challenge, but the need to incorporate it as public policy is possible and urgent. Responsibility for its implementation should be shared between the various stakeholders, such as managers, health professionals and researchers of the subject. Only comprehensive care to users and / or patients, health education and the management will for change may contribute to the control of these diseases and the search of comprehensive health.

Keywords: management, tuberculosis, diabetes mellitus, integrality and public health policies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1: Estimativa da taxa de incidência de tuberculose em 2013	19
FIGURA 2: Evolução da diabetes no mundo (2000 – 2030)	20
FIGURA 3: Coeficiente de incidência de tuberculose em Minas Gerais/2012	30
FIGURA 4: Percentual de casos novos de TB/MDR em 2013	32
FIGURA 5: Colaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes	38
FIGURA 6: Principais competências dos componentes da rede de atenção à tuberculose	48
FIGURA 7: Diagrama – Etapas Metodológicas	66

LISTA DE TABELAS E QUADROS

TABELA 1: Distribuição dos casos de TB notificados em 2011 segundo tipo de comorbidade, residentes em Belo Horizonte	35
TABELA 2: Distribuição dos Municípios com maior carga de TB em MG (2013)	58
TABELA 3: Incidência de Tuberculose na Região Metropolitana de Belo Horizonte e em Minas Gerais (2011 a 2013)	59
QUADRO 1: Categorias e subcategorias de análise	65
QUADRO 2: Caracterização do perfil dos gestores	68

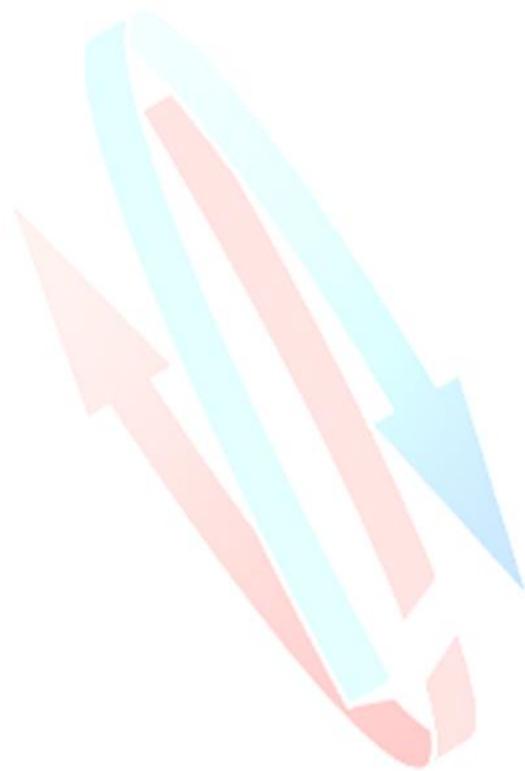
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	International Diabetes Federation
MS	Ministério da Saúde
MDR	Multidrogaresistente
NEPCDH	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNION	Union Against Tuberculosis and Lung Disease
WDF	World Diabetes Foundation

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 OBJETIVOS	
2.1 Objetivo Geral	27
2.2 Objetivos Específicos	27
3 REVISÃO DE LITERATURA	
3.1 Tuberculose e Diabetes <i>Mellitus</i> como Problemas de Saúde Pública	29
3.1.1 Tuberculose	29
3.1.2 Diabetes <i>Mellitus</i>	35
3.2 A Associação da Tuberculose e da Diabetes <i>Mellitus</i> : um desafio	37
3.3 As Políticas Públicas voltadas à Tuberculose e à Diabetes <i>Mellitus</i> e a proposta de uma Política Integrada	43
3.4 Políticas Públicas de Saúde e a Responsabilização dos Gestores	49
3.5 A Integralidade e o Manejo Integrado	52
4 METODOLOGIA	
4.1 Delineamento do estudo	57
4.2 Locais do Estudo	57
4.3 Sujeitos da Pesquisa	61
4.4 Estudo Piloto	62
4.5 Coleta e Análise dos Dados	62
4.6 As Categorias e Subcategorias	64
4.7 Aspectos Éticos	65
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
5.1 O Perfil e a Trajetória Profissional dos Gestores	68
5.2 Sobre o Conhecimento da Associação entre TB e DM	73
5.3 Dificuldades para implantação do Manejo Integrado	77
5.4 A Desarticulação entre as esferas governamentais e os níveis de Atenção à Saúde	84
5.5 Os olhares voltados para o manejo integrado da TB e DM	96
5.6 "Entendendo o indivíduo como um todo..."	109
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	113
REFERÊNCIAS	117
APÊNDICES	128
ANEXOS	132

Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes



Ministry of Health
of the State of São Paulo



World Health
Organization

Apresentação

Diversos estudos, nacionais e internacionais, vêm mostrando que a tuberculose e a diabetes *mellitus* se apresentam com frequência de forma conjunta nos adultos, e estas comorbidades requerem um manejo mais complexo que o de cada uma em separado.

Tendo em vista a preocupante associação entre a tuberculose e diabetes *mellitus*, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (UNION) reconheceram a necessidade de elaborar diretrizes internacionais sobre a gestão conjunta de TB e DM e publicaram, em 2011, um documento denominado “*Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes*”. Este documento define as principais saídas para a seleção bidirecional e coordenada gestão das duas doenças.

Diante dessa demanda, em 2011, a Coordenação do HIPERDIA (hipertensão e diabetes) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), por meio da área técnica de diabetes, propôs parceria com o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Cuidado e Desenvolvimento Humano (NEPCDH) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), coordenado pela professora e doutora Sônia Maria Soares, para realização de estudos conjuntos em Minas Gerais. A partir dessa iniciativa foi constituído um grupo de trabalho com as duas instituições para o delineamento de um projeto que contemplasse a abordagem do “*Manejo Programático Integrado de Tuberculose e Diabetes Mellitus*”. Este projeto é constituído de quatro fases, nas quais duas delas já foram executadas.

A primeira fase teve como objetivo analisar os fatores sócio-demográficos, clínicos e epidemiológicos em pacientes com tuberculose e sua associação com a diabetes, a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no estado de Minas Gerais, no período de 2007 a 2011. Neste espaço de tempo foram notificados 19.343 casos de tuberculose e foram avaliadas as taxas de cura, abandono e óbito.

Na segunda fase foi realizado estudo em um hospital de referência em tuberculose, em Belo Horizonte, em que foi avaliada a prevalência de diabetes *mellitus* em pacientes com tuberculose internados em ala de tisiologia. Os resultados deste estudo foram semelhantes a outros realizados em todo o mundo sobre a taxa de prevalência. Nele, 15% dos pacientes internados com tuberculose possuíam diabetes *mellitus* associada.

Ingressei no grupo de pesquisa durante a 2ª fase do projeto, em que fui colaboradora participando diretamente na coleta de dados, assim como das reuniões do grupo.

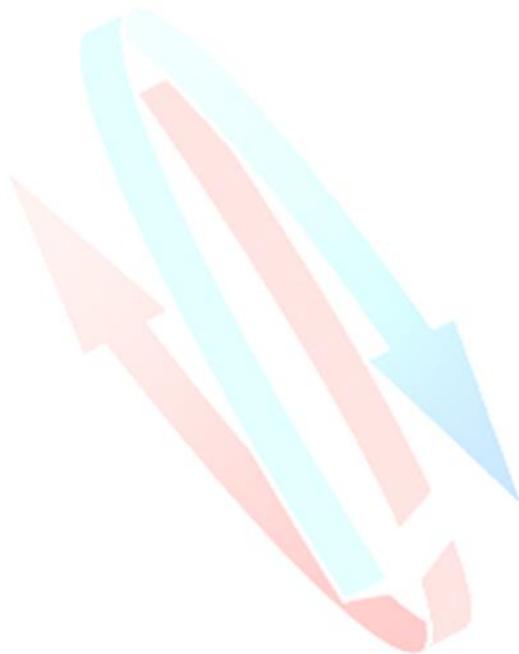
Atuei como enfermeira na Ala de fisiologia por aproximadamente três anos, assistindo diretamente aos pacientes nos cuidados gerais e realizando um trabalho multidisciplinar envolvendo médicos, assistente social, terapeuta ocupacional, psicólogo e outros enfermeiros.

A situação de saúde dos pacientes com diabetes *mellitus* já vinha me inquietando, especialmente pela dificuldade da equipe em manejar esta e outras comorbidades. A aproximação com as pesquisas anteriores, o conhecimento da importância do manejo integrado para evitar complicações e contribuir para a melhora do prognóstico dos pacientes levou-me a interessar pela temática e me empenhar nesta linha de pesquisa.

Assim, em 2014 fui selecionada para o mestrado, tendo como orientadora a professora Sônia Maria Soares. Dentre várias leituras de documentos oficiais e conversas com minha orientadora e com profissionais da área, decidimos desenvolver o estudo buscando aprofundar questões sobre o manejo destes agravos.

Portanto, constituindo a terceira fase do projeto, o objetivo da pesquisa foi analisar fatores dificultadores, desafios e potencialidades para o manejo integrado da tuberculose e diabetes *mellitus*, como política pública, na perspectiva de gestores de saúde.

Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes



Ministry of Health
of the State of São Paulo



World Health
Organization

Introdução

A tuberculose (TB) é apontada como a doença contagiosa mais comum, causando 02 milhões de mortes por ano, no mundo. Cerca de um terço da população mundial é infectada com o *Mycobacterium tuberculosis*, e desta parcela, uma a cada dez pessoas ficarão doentes em algum momento das suas vidas (WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO, 2015).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a doença será responsável por 35 milhões de mortes no período entre 2000 e 2020 e aponta ainda que 22 países concentram cerca de 80% dos casos de TB, no mundo. O Brasil faz parte desse grupo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos (BRASIL, 2015).

Em 2013, estima-se que 9,0 milhões de pessoas desenvolveram TB e 1,5 milhão morreram da doença, no mundo, conforme aponta o mapa abaixo (figura 1) (WHO, 2014). O Brasil, no mesmo ano, diagnosticou 71.123 casos novos de TB, perfazendo um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes. Destaca-se que esse coeficiente vem apresentando redução ao longo dos anos. Assim, em 2003, esse valor foi de 44,4/100.000 habitantes, ou seja, uma redução de 20,4% em comparação a 2013 (BRASIL, 2014b).

Estima-se que 37 milhões de vidas, no mundo, foram salvas entre 2000 e 2013 por meio eficaz de diagnóstico e tratamento (WHO, 2014). No entanto, dado que a maioria das mortes por TB são evitáveis, o número de mortes pela doença ainda é inaceitavelmente elevado e permanece como preocupação para os sistemas de saúde brasileiro e mundiais.

Em relação aos custos gerados pela doença temos, no Brasil, poucos estudos que apontem estes dados. Dentre eles, cabe ressaltar um estudo realizado em Salvador, Bahia, que demonstrou o custo médio de R\$186,00 para o tratamento de casos novos, sendo que no caso de TB multidroga resistente (MDR) o custo foi até 27 vezes mais alto. Do recurso gasto pelo serviço público com TB, 65% foi para internações, 32% para o tratamento e 3% para prevenção. O comprometimento da renda familiar chegou a 33% com gastos relacionados à doença (COSTA et al, 2005). Percebe-se, com isso, o impacto financeiro que a doença causa para as famílias e para o sistema de saúde público.

Estimated TB incidence rates, 2013

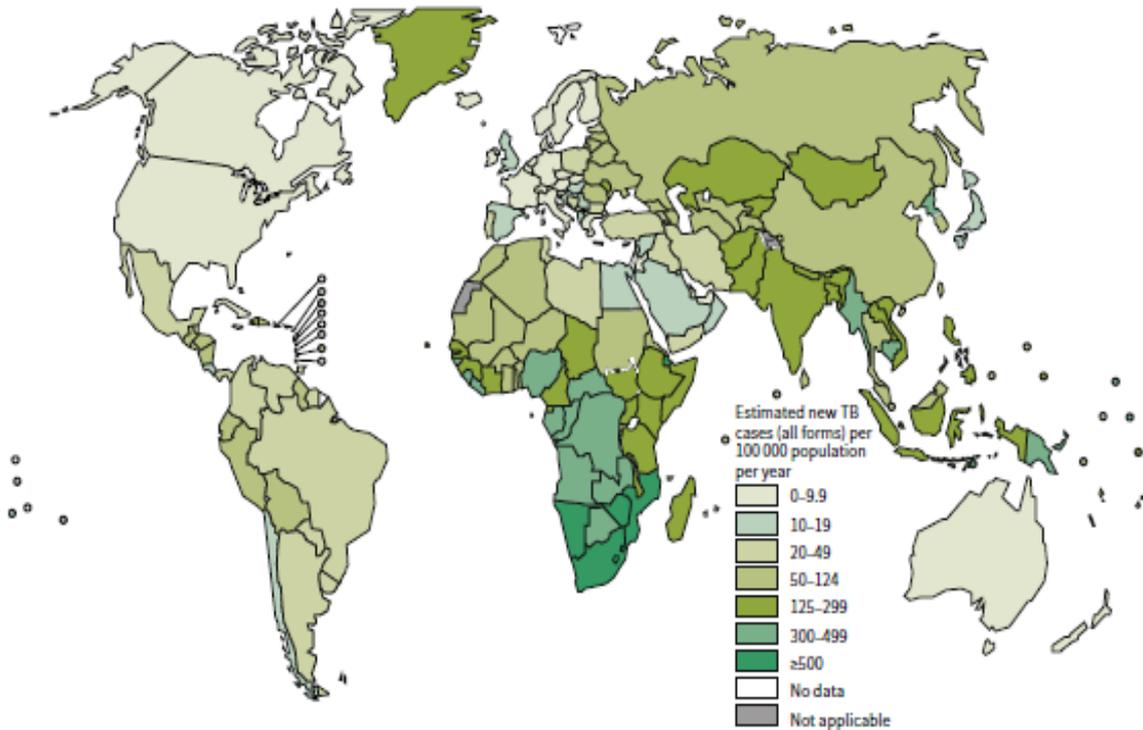


Figura 1: Estimated tuberculosis incidence rates 2013.

Fonte: World Organization report 2014. Global tuberculosis control, Geneva.

Outro aspecto extremamente importante refere-se ao fato da TB ser destacada como uma das doenças negligenciadas, cuja população atingida é de baixa renda e presente em países em desenvolvimento.

Doenças negligenciadas, segundo o Ministério da Saúde, são aquelas que não só prevalecem em condições de pobreza, mas que contribuem para a manutenção das desigualdades por serem entrave ao desenvolvimento dos países (ALENCAR, 2014; BRASIL, 2010; PONTE et al, 2010; NETTO, 2002). A vulnerabilidade social contribui para a manutenção da doença. Portanto, faz-se necessário que a TB seja prioridade na agenda das políticas públicas e seja reconhecida como um problema social (BARRETO et al, 2012).

Neste sentido, em 1993, a Organização Mundial da Saúde declarou a TB como uma emergência global e lançou a estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Short-course*), como a forma mais eficaz e de melhor custo-benefício de controle da TB em nível mundial (WHO, 2006).

Por outro lado, temos a Diabetes *Mellitus* (DM) caracterizada por sua natureza crônica, que pode levar a complicações graves, principalmente

cardiovasculares e cerebrovasculares, 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 público (WHO, 2011a).

Em 2010 , a OMS estimou 285 milhões de pessoas vivendo com DM, das quais 7 milhões eram casos novos. Nesse mesmo ano 3,9 milhões de mortes foram atribuídas ao DM. As previsões atuais estimam que a prevalência de DM irá atingir 438 milhões até 2030 e que 80% dos casos prevalentes ocorrerá no mundo em desenvolvimento, incluindo o Brasil, conforme demonstrado no mapa a seguir (figura 2) (WHO, 2011a).

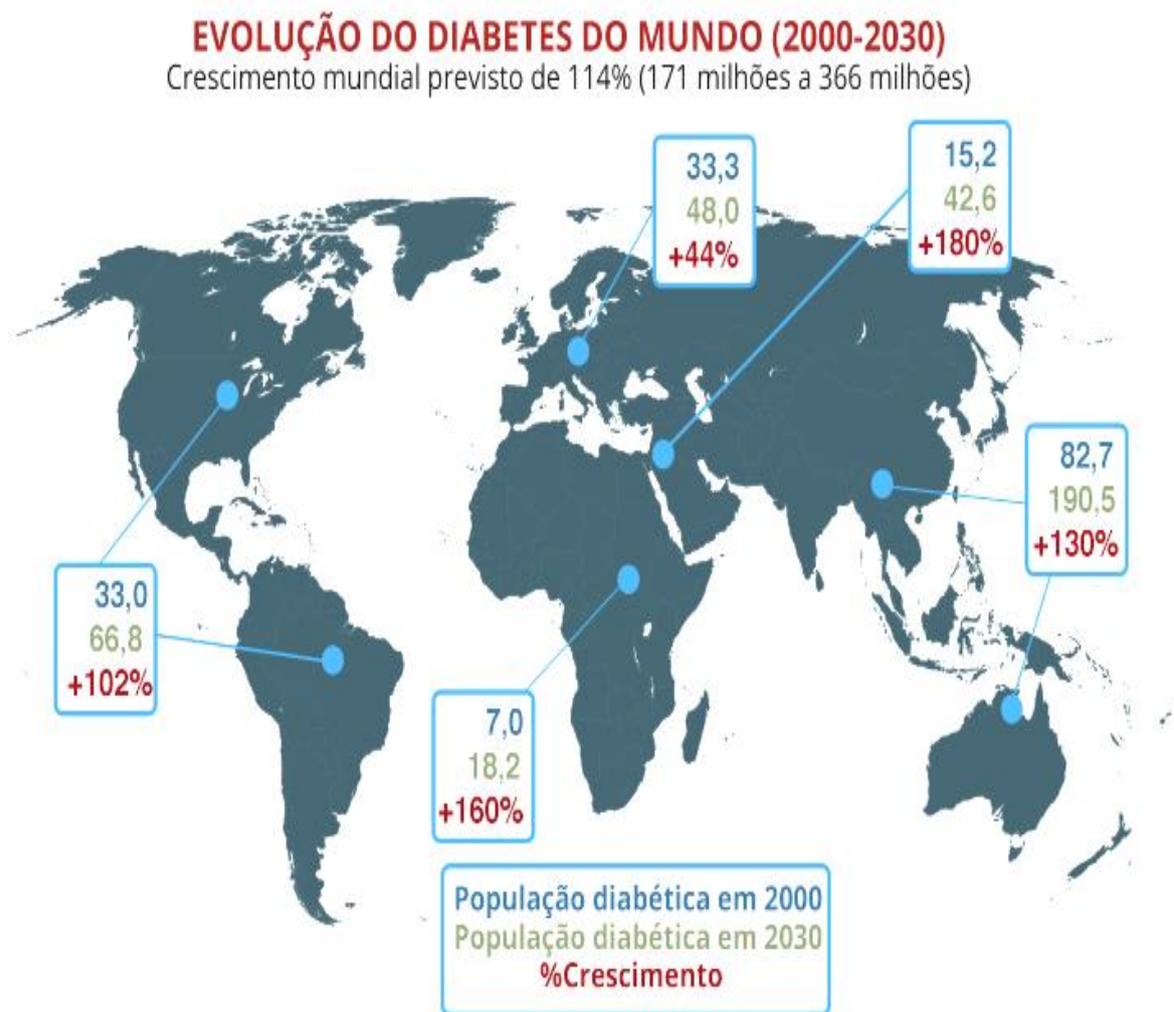


Figura 2: Evolução do diabetes no mundo (2000 – 2030).
Fonte: World Health Organization. Diabetes Program. 2015.

Em relação à mortalidade, a DM apresenta altas taxas, sendo que 80% das mortes ocorrem em países de baixa e média renda. Em 2004, foram estimadas 3,4

milhões de mortes causadas pela doença no mundo e projeções apontam que entre os anos de 2005 e 2030 este valor pode dobrar (WHO, 2011a).

O quadro epidemiológico de ambas as doenças nos faz perceber que tanto a TB quanto a DM resultam em grandes impactos na saúde da população. Os impactos, porém podem ser ainda maiores quando há associação das duas doenças.

A associação da TB e DM vem sendo observada desde um longo período. Em 1930, o *Jornal Oficial da Academia de Medicina da Irlanda* trouxe registros da associação com data anterior a este período. Nele, o autor menciona alguns estudos, como o do norte-americano, Montgomery, de 1912, em que registra observações demonstrando que a TB era mais freqüente entre os diabéticos do que entre os não-diabéticos. Outro estudo, descrito por Joslin, em 1923, encontrou uma taxa de 6% de mortes em pacientes com DM, que morreram com diagnóstico de TB (BERNARD, 1930).

Estudos mais recentes realizados pela *World Diabetes Foundation* (WDF) e pela *The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease* (UNION) relataram que pessoas que possuem DM têm um risco duas a três vezes maior de desenvolver TB do que os que não possuem a doença. Além disso, destaca-se o aumento do risco de efeitos adversos no tratamento das duas doenças (WHO, 2011b).

Outros estudos apresentam possíveis causas desta associação, indicando que a incidência de TB pode ser maior entre pessoas que possuem alguma condição que prejudica o sistema imunológico, como é o caso da DM, sendo esta condição considerada um fator de risco para TB. Por outro lado, a apresentação clínica da TB em pessoas com DM pode ser alterada e mudar a sensibilidade e especificidade de algoritmos convencionais de diagnóstico. Entre aqueles com TB ativa, a presença de DM pode afetar adversamente os resultados do tratamento da TB, atrasando o tempo para resposta microbiológica, reduzindo a probabilidade de um resultado favorável e aumentando o risco de recaída ou morte (WHO, 2011b; STEVENSON, 2007a; RAMONDA, 2012; ARNOLD et al, 2012; SEISCENTO, 2012). Vale ressaltar que segundo a OMS estes estudos necessitam de maior evidência científica para a melhora da prática clínica; por isso a necessidade de mais estudos consistentes nesta área.

A presença de DM pode estar associada com a demora na conversão da cultura de escarro durante o tratamento de TB, com o aumento no número de óbitos durante o tratamento, e pode ter relação com o desenvolvimento de TB multidroga resistente (MDR) (definido como cepas de TB resistente à isoniazida e rifampicina). Embora a evidência científica também seja limitada (DOOLEY et al, 2009a; UNION, 2009; WHO, 2011c).

No Brasil, as pesquisas em torno dessa temática são mais recentes, principalmente depois das recomendações apresentadas pela OMS, despertando para a importância da associação. Assim, podemos citar como exemplos dois estudos realizados para identificar a prevalência de DM em pacientes com TB reportados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, neles foram analisados fatores de avaliação sócio-demográfica da população acometida por ambos os agravos. O primeiro estudo foi desenvolvido no ano de 2009, em todo o país, com resultado de 5,4% de prevalência (95% CI, 5,2-5,5%) entre 84.691 casos de TB (SANTOS, 2013a). O segundo foi realizado no estado de Minas Gerais, entre 2007 e 2011, com 19.434 casos de TB, em que foram encontradas uma prevalência de 6,1% de pacientes com DM que também tinham TB (SANTOS, 2013b).

Tendo em vista este contexto e para lidar com o encargo da TB e DM e a ausência de políticas que apresentem diretrizes padronizadas, como protocolos ou *guidelines*, para a abordagem aos pacientes que apresentam ambos os agravos, em 2009, com publicação em 2011, a OMS e a UNION desenvolveram o documento denominado “*Quadro Colaborativo de Atendimento e Controle da Tuberculose e Diabetes*” (Quadro 01- Anexo B). Este quadro, de caráter provisório, define as principais saídas para a seleção bidirecional e coordenada gestão das duas doenças. Este documento é baseado em dados de revisões sistemáticas sobre o diagnóstico e tratamento das doenças e define como uma das estratégias de manejo o rastreamento da TB em pacientes com DM e o rastreamento de DM em pacientes com TB, considerando algumas especificidades locais. Sendo desta forma, uma ferramenta importante para o manejo integrado da TB e DM nas instituições de saúde, mas que não está implantando como uma ação de política pública efetiva.

Diante do exposto, fica perceptível a necessidade de se realizar outros estudos consistentes da associação de ambos os agravos. Assim como já existem

no Brasil, de forma consolidada, as recomendações relativas a Tuberculose e AIDS e os protocolos de Diabetes *Mellitus* e Hipertensão (HAS) (BRASIL, 2001, 2013a).

As políticas de saúde citadas foram resultado do esforço do governo, de profissionais e gestores no reconhecimento da associação destes agravos e consequente prejuízo para a saúde da população. Considerando que estamos retratando a associação da TB e da DM, faz-se necessário conhecer o papel das políticas públicas na área da saúde. Estas políticas visam responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados e vulneráveis da sociedade (TEIXEIRA, 2002; GELINSKI, 2008). “*Elaborar uma política pública significa definir quem decide o quê, quando, com que consequências e para quem*” (GELINSKI, 2008, p.233 apud SANTOS, 2007).

Diante deste contexto, compete aos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) o cuidado inicial prestado aos pacientes que possuem a TB e a DM associadas. O Programa de Saúde da Família (PSF), a principal estratégia de APS no Brasil atualmente, é visto como uma alavanca de transformação do sistema como um todo (RONZANI, 2003). O PSF é a porta de entrada para o sistema de saúde, visa à integralidade dos níveis de atenção e as ações devem ser realizadas numa relação multiprofissional (RONZANI, 2003 apud SOUZA, 2001).

Entretanto, mesmo com a inserção do PSF, como modelo de acesso aos cuidados em saúde, o que se tem observado na prática é a dificuldade de consolidar a ESF como porta de entrada preferencial e como centro ordenador da atenção (BARRETO et al, 2012). Observa-se também, que o modelo de atenção à saúde é fragmentado, sem estratificação de riscos e voltado para as condições de saúde já estabelecidas (BRASIL, 2006a, 2007a; MENDES, 2011). Conseqüentemente o cuidado em saúde, em sua forma ampla, também é fragmentado, centrado nos profissionais, especialmente nos médicos. O manejo da TB e DM não faz parte do rol de atividades dos profissionais de saúde; ambas as doenças são tratadas de forma isolada e não existe um protocolo de manejo entre TB e DM nas instituições.

O fortalecimento das atividades de controle da TB e DM, pela Atenção Básica, e o conseqüente estreitamento do vínculo do paciente com a porta de entrada do SUS podem aumentar as chances de conclusão do tratamento e o percentual de cura das doenças (BRASIL, 2013a). A superação da fragmentação na saúde é uma exigência para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2009).

Outro aspecto importante para superar a fragmentação do cuidado é a efetividade do sistema de referência e contra-referência do usuário para outros níveis de atenção.

O sistema de referência e contra-referência na saúde consiste no encaminhamento de usuários de acordo com o nível de complexidade requerido para resolver seus problemas de saúde. Referência relaciona-se ao ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde a outro de maior complexidade; e contra-referência relaciona-se ao ato formal de encaminhamento de paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência (COSTA, 2013).

Um sistema de referência e contra-referência bem estruturado fortalece o vínculo entre profissional e paciente. Ressalta-se que tanto a DM quanto a TB são doenças que requerem tratamentos longos e necessitam de aceitação por parte dos pacientes, e este vínculo precisa ser aprimorado na APS.

A proposição de um manejo conjunto da TB com a DM atende ao princípio de integralidade de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS), que é definido como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

A integralidade é entendida como uma ação social que resulta da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção dos sistemas de saúde. Por outro lado, o cuidado é resultado de um processo contínuo que envolve atos, saberes e fluxos e se torna integralidade na articulação entre os profissionais (MATTOS; PINHEIRO, 2004).

Partindo do pressuposto de que o manejo integrado da TB e DM é uma forma de consolidação da integralidade do cuidado e diante da problemática exposta que envolve ações e práticas de saúde fragmentadas e a falta de políticas públicas voltadas para as recomendações da OMS e da UNION para o enfrentamento da associação entre TB e DM, surgem alguns questionamentos importantes de serem analisados:

-Os gestores que estão envolvidos diretamente no controle destes agravos têm o conhecimento desta associação e das recomendações da OMS e UNION sobre o manejo integrado de TB e DM?

-É possível, no contexto atual, a implantação de ações que respondam às estas recomendações, assim como foi feito com a TB e AIDS, DM e HAS?

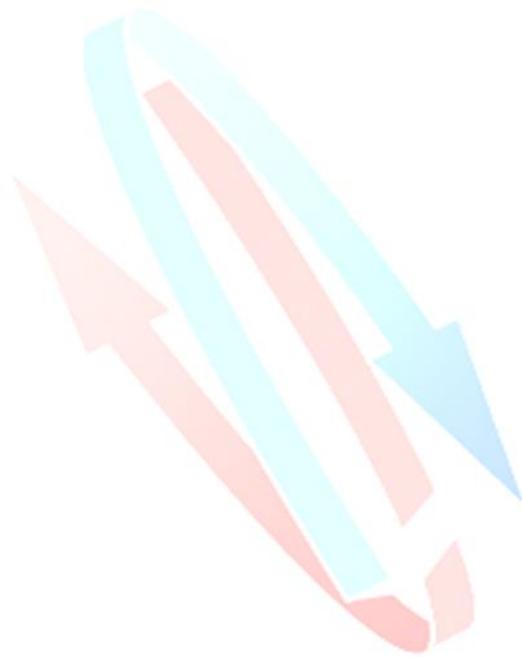
-Quais os aspectos dificultam a implantação de políticas públicas relativas ao manejo integrado da TB e DM?

-Quais as perspectivas de controle para a associação da TB e DM?

Diante do exposto, evidências demonstram a necessidade de estudos que envolvem o rastreamento da TB em pacientes com DM e o rastreamento de DM em pacientes com TB, uma das recomendações de manejo integrado, podendo contribuir para melhorar o prognóstico dos pacientes e pode levar à diminuição dos custos financeiros com tratamentos envolvendo os pacientes com ambos os agravos.

Além disso, os resultados deste estudo poderão contribuir para outras pesquisas envolvendo a associação das duas doenças, favorecendo a elaboração de diretrizes que colaborem na implantação do manejo integrado, como política pública de controle destes agravos.

Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes



U.S. Department of Health and Human Services



World Health Organization

Objetivos

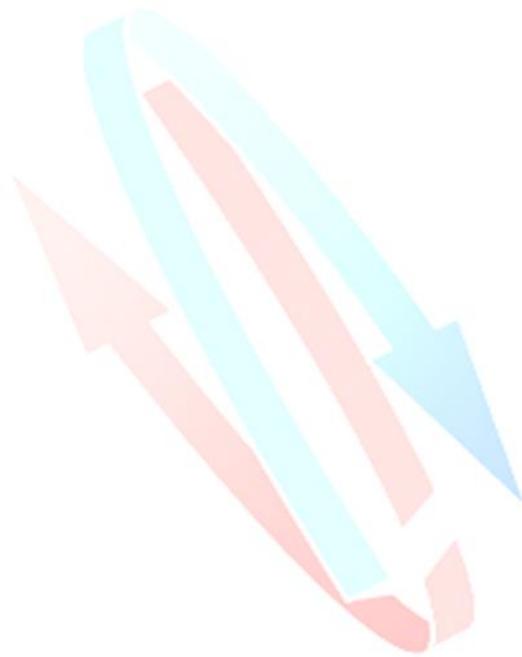
2.1 Objetivo Geral

- Analisar as percepções de gestores de saúde sobre dificuldades, desafios e potencialidades para o manejo integrado da tuberculose e diabetes *mellitus* como política pública.

2.2 Objetivos Específicos

- Analisar o conhecimento dos gestores de saúde relativo à associação da TB e DM, assim como às recomendações da OMS sobre o manejo integrado entre estas doenças;
- Identificar perspectivas de controle para a associação da TB e DM;
- Analisar a articulação entre os três níveis de atenção à saúde e as esferas governamentais quanto à possibilidade de implantação do manejo integrado da TB e DM.

Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes



UNITED NATIONS



World Health
Organization

Revisão de Literatura

3.1 TUBERCULOSE E DIABETES MELLITUS COMO PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA

3.1.1 TUBERCULOSE

Apesar de grandes avanços no controle e combate à TB, ela continua sendo um problema de saúde pública mundial. Segundo dados divulgados pela OMS, o Brasil está na lista dos 22 países que concentram 80% dos casos da doença no mundo. De acordo com informações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, no período de 2009, foram notificados no país 88.800 casos de TB, com uma incidência de 38,4/100.000 habitantes e 2.905 óbitos causados pela doença, que representa 3,3% do total. (BRASIL, 2014b)

No país, no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados, em média, 73 mil casos novos de TB por ano, e em 2013, ocorreram 4.577 óbitos (BRASIL, 2015).

Esse coeficiente vem apresentando redução ao longo dos anos. Em 2013, como já mencionado, o Brasil diagnosticou 71.123 casos novos de TB, perfazendo um coeficiente de incidência de 35,4/100.000 habitantes (BRASIL, 2014b).

Em relação à situação de Minas Gerais, no período de 2012, foram registrados 3.766 casos novos da doença através do SINAN. As taxas de incidência foram de 19/100 mil hab. para todas as formas de TB e de 10,8/100 mil habitantes para os casos bacilíferos. Entre os casos de TB pulmonar bacilífera diagnosticados em 2011, 70,3% dos pacientes apresentaram cura e 8,9% abandonaram o tratamento. No mesmo ano, foram registrados 293 óbitos por TB, com uma taxa de mortalidade por causa básica de 1,5/100 mil habitantes (BRASIL, 2014 c). Os dados de incidência são apontados na figura (3).

As taxas de cura inferiores a 85% e de abandono superior a 5% demonstram a necessidade de aumentar a qualidade na cobertura do Tratamento Diretamente Observado no país, uma vez que quando este apresenta boa cobertura, a taxa de cura é de aproximadamente 87% (BRASIL, 2011b; MINAS GERAIS, 2006).

**Coefficiente de incidência de tuberculose.*
Minas Gerais, 2012**

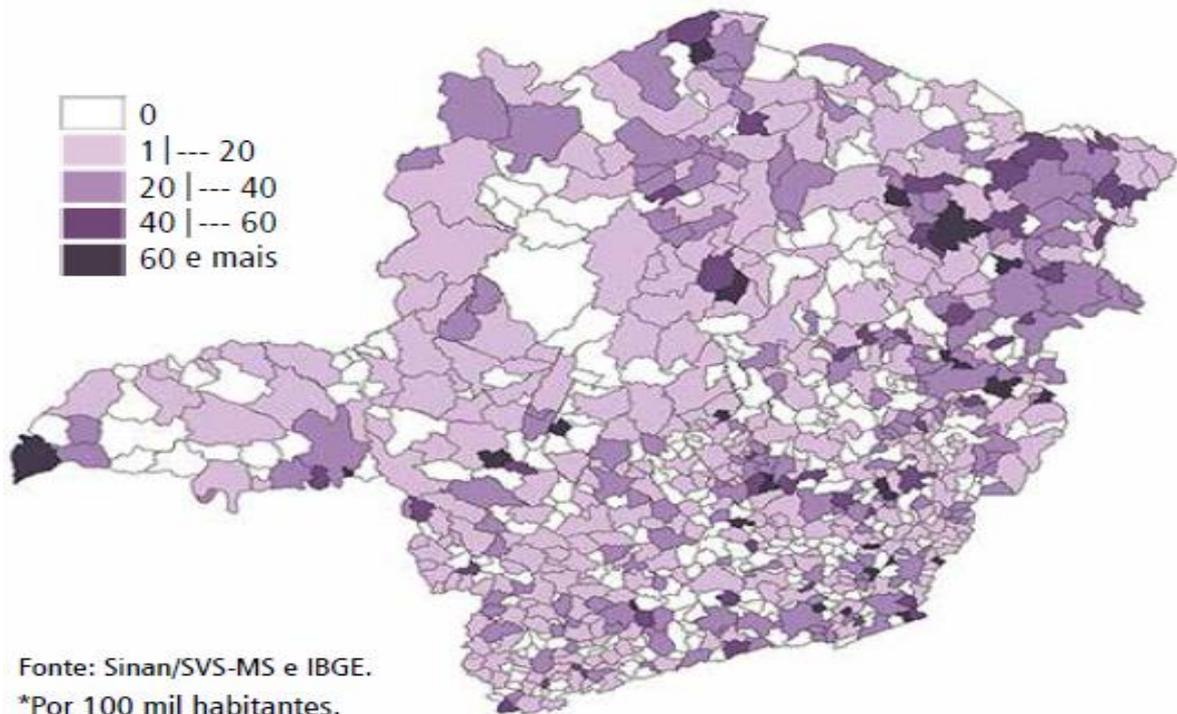


Figura 3: Coeficiente de incidência de tuberculose em MG/2012.
Fonte: Brasil, Ministério da Saúde. 2014c. p.50.

Medidas mais recentes de diagnóstico têm sido implantadas pelo Ministério da Saúde para o controle da TB, como o Teste Rápido Molecular (TRM-TB), visando um diagnóstico mais oportuno da TB e a identificação precoce de resistência à rifampicina. Trata-se de um método diagnóstico que apresenta sensibilidade de 90% e especificidade de 99%. Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde foram adquiridos 160 equipamentos de TRM-TB, que serão destinados a 150 laboratórios, distribuídos entre os 94 municípios que compõem a Rede de Teste Rápido para Tuberculose (RTR-TB) (BRASIL, 2015).

Em Minas Gerais foram distribuídos nove equipamentos em oito laboratórios, sendo: cinco laboratórios macrorregionais no interior do Estado, dois equipamentos no laboratório de referência da prefeitura de Belo Horizonte e um equipamento em cada hospital, Júlia Kubitschek e Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

No Brasil, mesmo com a implantação da RTR-TB, a pesquisa do bacilo álcool-ácido-resistente (baciloscopia) continua sendo utilizada para os casos em que o TRM-TB não pode ser usado, como amostras com quantidade insuficiente para

processamento no equipamento e, principalmente, para o controle de tratamento. A baciloscopia é um método de baixo custo e amplamente utilizado em todo o mundo para o tratamento da TB. Como o TRM-TB detecta o DNA do bacilo, o teste pode ter resultado positivo por um prazo indefinido, não sendo possível, portanto, comprovar o resultado do tratamento. Diante disso, ressalta-se a importância da realização das baciloscopias durante o acompanhamento do tratamento (BRASIL, 2015).

A cultura de escarro com teste de sensibilidade antimicrobiana (TSA) deve ser realizada para todos os pacientes com TRM-TB positivo ou para os casos suspeitos de TB em que será realizada a baciloscopia. Além disso, utiliza-se a cultura de escarro para todas as populações mais vulneráveis, independentemente do resultado desses dois testes. O TSA deve ser realizado para comprovar a resistência à rifampicina detectada pelo TRM-TB e a resistência a outros fármacos (BRASIL, 2015).

O tratamento da TB é feito por meio de quimioterapia de curta duração e é curável em praticamente 100% dos casos novos, quando são seguidos os princípios básicos da terapia medicamentosa e a adequada operacionalização do tratamento. Tratar pacientes que apresentam baciloscopia positiva é a forma mais eficaz de eliminar a doença (WHO, 2011c; BRASIL, 2011b).

Para que um programa de controle da TB reduza efetivamente o problema, produzindo um impacto epidemiológico, o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e OMS é que 70% dos casos pulmonares bacilíferos sejam diagnosticados, que 85% sejam curados pela quimioterapia, e que o percentual de abandono seja de até 5%, para que a doença seja considerada sob controle, de forma a interromper sua cadeia de transmissão. Em 2010, o Brasil detectou 88% dos casos. Já em 2012, 70,6% dos casos de TB bacilífera tiveram cura e 10,5% abandonaram o tratamento (BRASIL, 2014b).

Observa-se que o alcance do percentual recomendado pela OMS para a cura ainda é um desafio. Principalmente após divulgação da Assembléia Mundial de Saúde (MAS), que aprovou recentemente a "Estratégia global e metas para a prevenção, atenção e controle da TB pós-2015". Isto significa que o mundo acordou uma estratégia para acabar com a TB como uma pandemia - reduzindo a incidência para menos de 10 casos por 100.000 habitantes e a mortalidade em 95% até 2035. O desafio, portanto, é ainda maior: aumentar a redução de novos casos, que

hoje vem caindo 2% ao ano, para mais de 10% ao ano, durante os próximos vinte anos (SPS, 2015).

Outro aspecto que implica na gravidade da doença e no desafio da cura é a ocorrência da resistência aos medicamentos que surgiu logo após a utilização dos primeiros tuberculostáticos para o tratamento da doença. A utilização de regimes de tratamento inadequados, a má adesão ao tratamento e a tomada de medicamentos de má qualidade com fornecimento inadequado pela farmácia são alguns dos fatores que contribuem para a emergência de resistências. Mais recentemente este problema aumentou com a TB Multi-droga-Resistente (TB-MDR) e com os surtos da TB extremamente resistente (TB-XDR) (BRASIL, 2009).

Percentage of new TB cases with MDR-TB^a

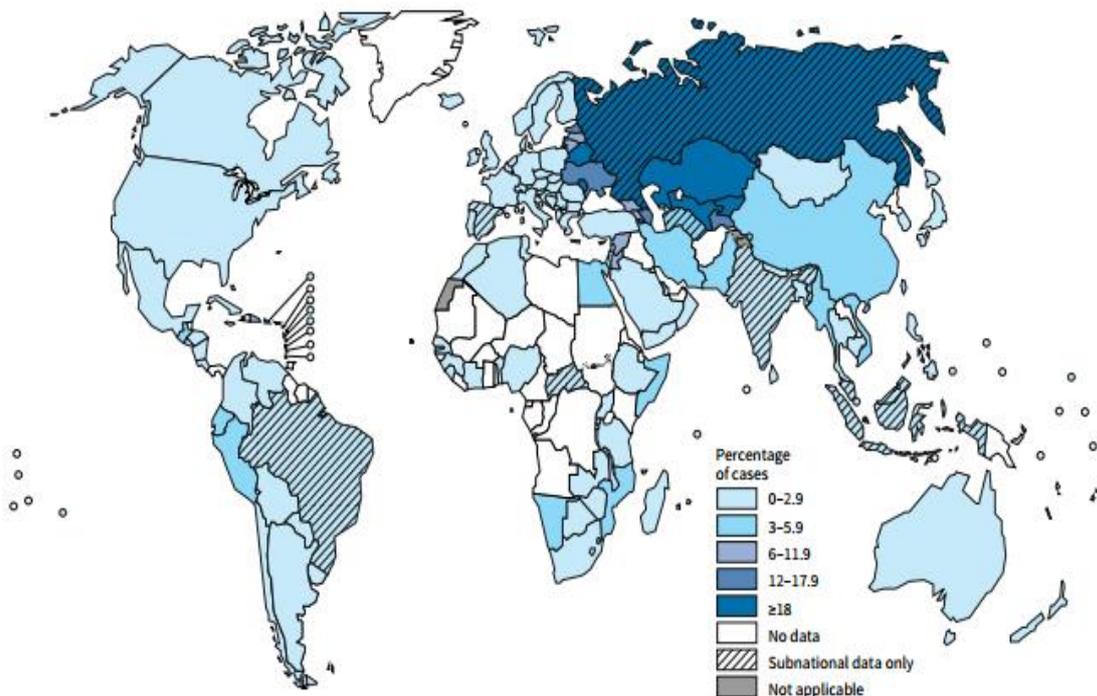


Figura 4: Percentage of new TB cases with MDR-TB, 2013.
Fonte: Global tuberculosis report 2014.

Segundo estimativas da OMS, em 2007, a nível mundial, cerca de 500.000 casos novos de TB-MDR foram notificados e em relação à TB-XDR, 55 países relataram pelo menos um caso de TB-XDR (BRASIL, 2009).

Já em 2013, havia cerca de 480 000 novos casos de MDR-TB em todo o mundo, e cerca de 210 000 mortes por MDR-TB. Entre os pacientes XDR-TB tem sido relatada por 100 países. Em média, cerca de 9,0% (IC 95%: 6,5- 11,5%) das

peças com MDR-TB têm XDR-TB (WHO, 2014). Ou seja, houve uma diminuição do número de pacientes MDR-TB, porém com aumento da mortalidade e aumento da abrangência de países que relataram ter, pelo menos, 01 caso de XDR-TB. Estes dados são demonstrados no mapa acima (figura 4).

O controle da TB no Brasil é considerado prioridade na agenda pública do governo federal, desde 2003 (BRASIL, 2014b). Uma estratégia utilizada pelo governo refere-se ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), que está integrado na rede de Serviços de Saúde. Ele 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 ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às suas ações (BRASIL, 2006b).

O PNCT brasileiro reconhece a importância de horizontalizar o combate à TB, estendendo-o para todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, visa à 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 (BRASIL, 2006a).

O Tratamento Diretamente Observado (DOTS) constitui-se uma recomendação do Ministério da Saúde no processo de adesão do paciente ao tratamento (BRASIL, 2011b).

A estratégia DOTS compreende cinco componentes: vontade e decisão política, para garantir recursos adequados e suporte administrativo; acesso a exames de qualidade para o diagnóstico a todos os pacientes sintomáticos respiratórios que buscarem os serviços de saúde; garantia de medicamento certo, no tempo correto durante toda a duração do tratamento; manter sistema de registro e de informação confiável; e tratamento diretamente observado por meio de um sistema de monitoramento e avaliação dos indivíduos e do programa de controle da TB de forma geral (MINAS GERAIS, 2006; WHO, 2011a).

O Ministério da Saúde preconiza que a ingestão dos medicamentos para tratamento da TB deve ser assistida no local de escolha do paciente, pelo profissional de saúde ou por outra pessoa que seja capacitada para essa atividade.

Essa supervisão deve ser feita diariamente, ou pelo menos, três vezes na semana, nos primeiros dois meses, diminuindo para duas vezes nos quatro meses subseqüentes (BRASIL, 2014a). Diante disto, percebe-se a importância do profissional de saúde neste apoio ao tratamento.

O emprego da estratégia DOTS tem várias vantagens, que incluem: negativação da baciloscopia mais precocemente; cuidados contínuos; melhor relação paciente-profissional; tomada regular da medicação; cura do paciente; risco de infecção diminuída para contactuantes; prevenção da multirresistência e baixo custo em relação ao tratamento auto-administrado (IBANÊS, 2013).

Na TB, a identificação e a notificação das co-morbidades são de extrema importância, pois estas se constituem em fatores de risco de adoecimento e/ou abandono do tratamento. Sua identificação precoce permite uma melhor abordagem de cada situação específica. Na análise do banco de dados do SINAN verificou-se que, em 52,3% das fichas, não há registro da presença de co-morbidades (PBH, 2012).

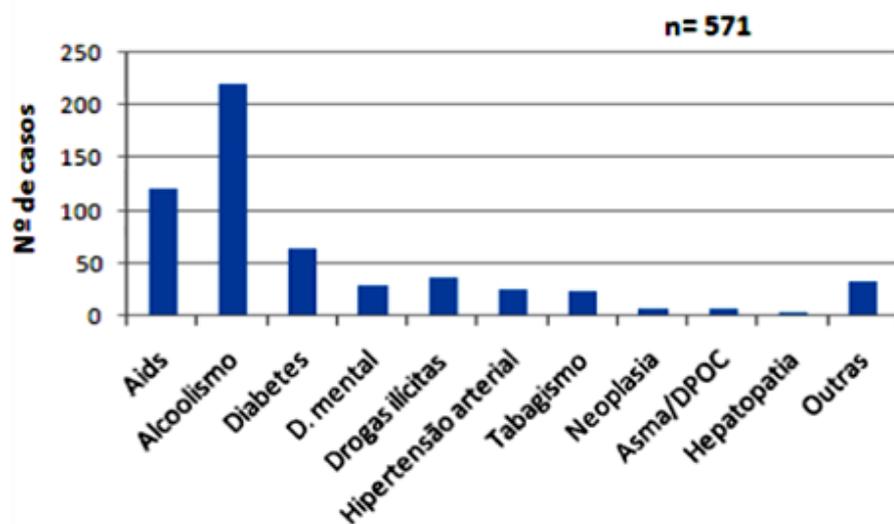
O tratamento da TB-MDR no paciente com DM resulta num tratamento mais fraco se a glicemia não for bem controlada, além do risco de potencializar efeitos secundários, especialmente a insuficiência renal e neuropatia periférica (BRASIL, 2009). Por isso a importância do controle responsável pelos profissionais que tratam o paciente com TB-MDR, de modo a garantir um tratamento adequado concomitante ao da DM.

O Ministério da Saúde sugere as seguintes recomendações na assistência ao diabético com TB-MDR: O controle da DM deve ser rigoroso durante o tratamento da TB-MR. Os pacientes devem ser orientados acerca da dieta necessária, controle de peso, exercícios físicos, cuidados com os pés e sintomas de hipo e hiperglicemia. Se o paciente tomar antidiabéticos orais a sua glicemia deve ser monitorizada duas vezes por semana e ajustar se for necessário (BRASIL, 2009).

Ainda em relação à terapia tuberculostática, pacientes com DM merecem atenção especial, uma vez que eles apresentam elevada prevalência de co-morbidades, o que pode aumentar o risco de toxicidades e interações medicamentosas (DOOLEY, 2009a).

Percebe-se pelo gráfico a seguir que DM aparece em 3º lugar, dentre as co-morbidades, sendo que o HIV-Aids aparece em 1º lugar, porém, neste caso, já existe uma política de manejo integrado (PBH, 2012).

Tabela 1: Distribuição dos casos de TB notificados em 2011 segundo tipo de co-morbidade, residentes em Belo Horizonte.



Fonte: SINAN/TB – in: Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). Março de 2012. Ano II - Nº 03.

3.1.2 DIABETES MELLITUS

De forma semelhante à TB, a DM é considerada um grande problema de saúde pública. Em 2002, atingiu cerca de 173 milhões de pessoas em todo o mundo, e projeções apontam que esse valor pode chegar a 300 milhões em 2030 (SDB, 2014). Há ainda informações da concentração de 80% dos óbitos causados pela doença em países de renda baixa e média (WHO, 2011a; WILD et al, 2004).

A população de pessoas com DM, no Brasil, de acordo com os dados do CENSO-IBGE – 2010 chegou ao número estimado de 12.054.827 (SBD, 2012).

Segundo a Federação Internacional de Diabetes, estima-se que nos próximos 20 anos, o número de casos da doença possa subir 21%, correspondendo a aproximadamente 10% da população mundial (WDF; UNION, 2014a).

Os custos diretos com DM variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde de um país, dependendo de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível. Além disso, muitos indivíduos com DM são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas ou permanecem com alguma limitação no seu desempenho profissional (SBD, 2014).

A gravidade da doença aparece sob vários aspectos. Um estudo realizado nos EUA sobre DM chegou aos seguintes resultados: em 1996 havia 8 milhões de portadores de DM com o diagnóstico da doença e outros tantos sem diagnóstico;

35% desenvolveram nefropatias, 58% doenças cardiovasculares e 30% a 70% neuropatias; os portadores de DM tem 5 vezes mais chance de desenvolver acidentes vasculares cerebral e 15% sofrem algum tipo de amputação; há 144.000 de mortes prematuras; uma perda de 1,5 milhão de anos de vida produtiva e a produtividade anual é 7 mil dólares menor nos portadores de DM, que custa ao sistema público 11.157 dólares comparados com 2.604 para um não portador da moléstia (BARR, BOWMAN & LOBECK, 1996, apud MENDES, 2011).

Nos últimos anos, as condições crônicas, em especial DM e HAS, têm adquirido proporções catastróficas. Os principais fatores determinantes para o aumento relativo das doenças ou condições crônicas são as mudanças demográficas, nos padrões de consumo e nos estilos de vida, como uso de bebidas alcoólicas e tabaco, a urbanização acelerada e os problemas advindos dela, e também as estratégias mercadológicas (MENDES, 2011).

No Brasil, são registrados 04 milhões de mortes por ano por DM e suas complicações; este valor representa 9% do total de mortes pela doença no mundo, porém, freqüentemente, na declaração de óbito, não se menciona o DM pelo fato de serem suas complicações, geralmente cardiovasculares e cerebrovasculares, a causa da morte (SBD, 2014).

De acordo com os dados do DATASUS/MS houve aumento de 42,3% da taxa de mortalidade geral por DM (de 15,9 para 22,6/100.000 habitantes) e uma aparente redução das taxas de internação por essa causa (de 64,9 para 54,4 por 100.000 habitantes). Sendo que essa maior variação ocorreu entre os idosos (PBH, 2013).

A prevenção da DM pode acontecer de forma primária, em que há evidências de que alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução da atividade física, associam-se a acentuado incremento na prevalência de DM tipo 2. E a prevenção pode ser secundária, no intuito de evitar as complicações agudas ou crônicas: retinopatias, alterações cardiovasculares e neurovasculares (SBD, 2014).

Vale ressaltar que o DM do tipo 2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e pode ocorrer em qualquer faixa etária, mas geralmente é diagnosticada após os 40 anos (SBD, 2014).

Ambos os tipos de DM, do tipo 01 e do tipo 02, podem aumentar o risco de desenvolver TB, mas devido à alta prevalência da DM do tipo 02, em todo o mundo, os encargos de saúde pública de comorbidades nestes casos são maiores

(HARRIES, 2011). Ambas têm impacto negativo na TB, mas a principal responsável é a do tipo 2 (VIEIRA, 2014).

3.2 A ASSOCIAÇÃO ENTRE TUBERCULOSE E DIABETES *MELLITUS*: UM DESAFIO

Como destacado, a associação entre a TB e a DM tem sido reconhecida há séculos, porém somente estudos mais recentes têm evidenciado esta relação (DOOLEY, 2009b; GIL, MOORE, 2014; UNION, WDF, 2014a; HARRIES et al, 2015).

Estudos demonstrados pela World Diabetes Foundation (WDF) e pela The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (UNION) apontaram dados alarmantes sobre a associação da DM e TB (WDF; UNION, 2011, 2013):

- * Pessoas com DM têm um risco duas a três vezes maior de desenvolver TB em comparação com pessoas sem DM;
- * As pessoas com TB e DM coexistentes têm quatro vezes maior risco de morte durante o tratamento da TB e maior risco de recaída após o tratamento;
- * As pessoas com TB e DM estão coexistindo e essa relação acarreta maior tempo para a baciloscopia se tornar negativa;
- * TB está associado com a piora do controle da glicemia em pessoas com DM.

Para agravar esta relação, pacientes insulíndependentes apresentam um risco ainda maior de apresentar TB e de desenvolver mais freqüentemente resistência a drogas durante o tratamento da TB, além de aumentar o risco de óbito (SEISCENTO, 2012).

A revista *The Lancet Diabetes & Endocrinology* publicou três artigos que fazem menção à relação perigosa entre DM tipo 2 e TB. Um dos artigos indica que 15% dos casos de TB em adultos, no mundo, já são associados com DM; surgindo cerca de 01 milhão de novos casos dessa associação, por ano, sendo que 40% deles concentram-se na Índia e China (VIEIRA, 2014).

Por sua vez, na Índia, cerca de 2,2 milhões de casos de TB são registrados por ano e cerca de 60 milhões de pessoas têm DM; 14,8% da carga de TB têm sido atribuídas à doença. Em um estudo no estado indiano de Tamil Nadu, quase 50% dos pacientes com TB ou tinham DM (25,3%) ou pré-diabetes (24,5 %). Em uma pesquisa chinesa de 8.886 casos de TB registrados, 1.090 (12,4%) pacientes tinham

DM e 575 (7,8%) tinham intolerância a glicose. Em populações hispânicas nos EUA, a DM tem sido reconhecida como um fator que contribui para alta prevalência de TB (MARAIS et al, 2013).

Para lidar com este problema, a Organização Mundial da Saúde (WHO), a UNION e a Fundação Mundial de Diabetes (WDF) começou a colaborar em resposta à TB associada a DM, em 2009, com “O Quadro Colaborativo de Atendimento e Controle da Tuberculose e Diabetes” publicada em 2011, denominado originalmente: **“Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes”**. Ele oferece um guia para o estabelecimento de Programas que visam detectar e gerenciar DM em pacientes com TB e detectar e gerenciar TB em pacientes com DM. Sendo assim, o objetivo deste quadro é demonstrar aos decisores políticos, gestores de programas, médicos, profissionais de saúde e ativistas que o mundo enfrenta uma co-epidemia iminente de TB e DM, sendo um grave risco para a saúde pública, necessitando de providências imediatas (WHO, 2011b).¹

Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes



Figura 5: Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes
Fonte: WHO; International Union Against, 2011

¹ A figura acima representa a logomarca utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela União Internacional na luta contra Tuberculose e Doenças Pulmonares (UNION), no cuidado colaborativo entre diabetes e tuberculose.

No intuito de divulgar o problema da associação TB e DM, foi lançado pela OMS, um documento desenvolvido pela WDF e UNION, em que as Instituições destacam alguns artigos, todos do ano de 2014, publicados em jornais e revistas de renome na área científica; como exemplos, o Cable News Network (CNN), o Fox News, El país e o Financial Times. Trata-se de pesquisas, relatórios, testes piloto e entrevistas com especialistas, ocorridos em todo mundo, sobre a co-epidemia iminente de TB-DM (UNION; WDF, 2014b).

Sobre a repercussão deste documento, dois exemplos podem ser citados para ilustrar a importância que a associação TB-DM tem recebido no mundo. O jornal CNN, de 14 de novembro de 2014, destaca que em algumas regiões do mundo, metade dos pacientes com TB sofre de DM, e na maioria destes países, como no estado de Kerala, na Índia, os sistemas de saúde não conseguem assumir o tratamento da DM, o que traz prejuízos ao tratamento e cura da TB. Já o jornal Fox News, de 29 de outubro de 2014 questiona a abordagem convencional de abordar de forma independente doenças infecciosas, como a TB e as doenças crônicas não-transmissíveis, como a DM, alertando que a triagem bi-direcional é necessária e urgente (UNION; WDF, 2014b).

Observa-se através destes documentos uma crescente propagação da associação entre TB e DM, principalmente após a divulgação do quadro colaborativo da UNION e da OMS. Porém, esta não parece ser a realidade no Brasil, em que os estudos são incipientes e o manejo integrado entre as doenças ainda é pouco difundido (SANTOS, 2013b; ROCHA, 2013).

Em 2013, no estado do Rio de Janeiro, o Fórum Estadual das ONG's no Combate à TB publicou, a denominada "Carta Manifesto" para os conselhos, governos, lideranças, formadores de opinião, entidades médicas e científicas e a população em geral. Nela é apontada, como uma das ações capazes de reverter os atuais indicadores da TB no Brasil e no mundo, a maior visibilidade e priorização das ações voltadas ao controle da TB e comorbidades como HIV e DM, álcool e drogas.

Neste sentido, a World Diabetes Foundation (WDF) desempenhou um papel importante na catalisação do processo de manejo integrado a partir do desenvolvimento deste quadro, dando incentivos aos países ditos prioritários, incluindo o Brasil. Ela reconhece a associação entre doenças transmissíveis e não-transmissíveis e apoia a reorientação e integração da força de trabalho e serviços de saúde para tratar simultaneamente esta dupla carga de doenças.

Um exemplo desta iniciativa é o projeto de colaboração entre a OPAS/OMS com apoio da WDF, e com os Ministérios da Saúde do México e do Brasil, para o desenvolvimento de uma intervenção piloto de manejo conjunto de TB/DM, aplicando o rascunho do marco conceitual da OPAS/OMS mencionado (as recomendações), nos serviços da Atenção Primária à Saúde de áreas definidas das capitais brasileiras de São Paulo, Salvador e na cidade de Tihuaná, no México. O projeto utiliza o modelo de cuidados crônicos e a metodologia colaborativa (OPAS/OMS, 2012). As atividades deste projeto tiveram início em outubro de 2011 e ainda está em processo de implementação. A previsão de término era, inicialmente, para 2013, porém, de acordo com relatórios parciais apresentados pelo Brasil, devido a dificuldades operacionais como troca de governo no Estado de São Paulo e a saída da coordenadora do Programa de Controle da TB em Salvador, a nova previsão é para o final de 2015 ou início de 2016 (OPAS/OMS, 2013). Durante a implementação deste estudo foi elaborado um “Formulário de Busca Ativa de TB em pacientes com DM” (anexo C). Destaca-se que este material poderá ser analisado e avaliado posteriormente e, caso venha a ser comprovada sua efetividade e eficiência, poderá ser utilizado na proposta de Manejo Integrado da TB e DM, segundo estes relatórios.

Outra iniciativa ocorreu também no México. Neste país existe uma alta prevalência de DM que resulta em uma proporção considerável de casos de TB atribuíveis à DM. Assim, foi realizado um estudo de corte observacional com o objetivo de avaliar a viabilidade e eficácia da triagem bidirecional e gestão conjunta de TB e DM. Os resultados identificaram que evidências preliminares sugerem que a triagem bidirecional e gestão conjunta em cuidados primários são viáveis e que dada à crescente epidemia global de DM é necessário incorporá-las às ações de saúde, a fim de controlar a TB e DM e avaliar a eficácia desta abordagem em ensaios controlados. A concordância de ambas as doenças representa risco para a possível propagação da TB em todo o mundo, sérias implicações para o controle da TB e Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (CASTELLANOS et al, 2014).

Outro importante estudo foi desenvolvido, também em parceria da OPAS e OMS, e analisou o número de casos de TB associados com DM nas Américas em 2008. Os principais resultados indicaram que a DM foi um fator substancial para o desenvolvimento da TB na Região das Américas naquele ano, representando cerca de 31.411 casos, ou 15,4% do número total de casos de TB. Devido ao aumento do

risco de TB, a DM pode contribuir para o ressurgimento da doença em áreas onde há baixa incidência e pode afetar negativamente o seu controle. Como DM e TB podem ser assintomáticos, o rastreio para estas doenças não deve ser baseado na apresentação dos sintomas clássicos, mas na presença de fatores de risco. Por isso, recomenda-se que o rastreio de TB seja conduzido sistematicamente entre as pessoas com DM, especialmente aqueles não controlados. Para aqueles com TB, o rastreio de DM deve ser baseado na presença dos principais fatores de risco como indivíduos de 40 anos ou mais com sobrepeso ou obesos, aqueles com história familiar de DM ou um histórico de hiperglicemia e DM gestacional (BARCELÓ et al, 2011).

No Brasil, um estudo realizado em hospital de referência para tratamento de TB, no estado de Minas Gerais, avaliou a prevalência de pacientes internados com TB e que também possuíam DM. Os resultados foram que 15% deles possuíam as duas doenças associadas. Um dado significativo neste estudo é que 29% destes pacientes não conheciam o diagnóstico prévio de DM (ROCHA, 2013).

De forma semelhante, outro estudo piloto realizado em Unidade Básica de Saúde, em Guarulhos, São Paulo, encontrou uma prevalência de DM de 11,4% mediante realização da pesquisa de DM em pacientes com TB através de exames de glicemia, sendo que sem a realização do exame este valor era de 7,8% (RUJULA, 2012). Ou seja, o fato de realizar o exame de glicemia nos pacientes com TB para rastrear a DM, encontrou uma porcentagem significativa de pacientes que não conheciam esta alteração glicêmica. O que reforça a importância do rastreamento conjunto entre TB e DM, seja na atenção básica, secundária ou terciária.

Por outro lado, apesar de todos os esforços da Organização Mundial em Saúde em divulgar os riscos da associação e indicar medidas de controle a serem adotadas pelas Instituições de Saúde, a potencial importância clínica e programática da relação entre as duas doenças parece permanecer ignorada, especialmente no Brasil.

Neste sentido, outro aspecto merece ser mencionado frente a este problema. Refere-se ao fato da TB ser apontada e reconhecida, inclusive pelo Ministério da Saúde, como uma das doenças negligenciadas (NETTO, 2002). Sendo este um dificultador importante na área da saúde pública.

Ruffino Netto, médico e estudioso desta temática, apresenta um estudo relatando que apesar das autoridades considerarem o problema da TB como “estado de urgência”, elas deixaram o problema de lado por já se conhecer bastante sobre a enfermidade (fisiologia, diagnóstico, tratamento). Porém, ele alerta que: “Às vezes, as propostas focalizam o problema da tuberculose como se ele representasse apenas um somatório dos tuberculosos existentes, mas na realidade, o problema inclui fundamentalmente a área social. Para o tuberculoso, a solução implica no uso de esquemas terapêuticos eficazes; para a tuberculose, a solução exige programas que visem uma qualidade de vida mais adequada (NETTO, 2002, p.57).”

Em consonância com este ponto de vista a pesquisadora Tânia Araújo, da Fiocruz, diz que as doenças negligenciadas têm um determinante social muito importante, relacionadas com a renda, condições de educação, moradia e saneamento. Outro ponto colocado por ela indica que as doenças são negligenciadas também pela indústria farmacêutica, que não tem interesse de investir nestas doenças. Segundo ela, a articulação entre os entes federal, estadual e municipal tem extrema importância e as políticas voltadas para as doenças negligenciadas são tratadas como políticas de governo, o que leva a suspensão a cada troca de governo (Tânia Araújo Jorge apud Valcarenghi, 2013).

Poucos são os estudos epidemiológicos desenvolvidos no Brasil em que tenham sido investigados fatores de risco para TB que se relacionam com os determinantes sociais. Em um deles, realizado no Estado de Minas Gerais, a pesquisadora chegou aos seguintes resultados: houve associação significativa de cura com abandono e com óbito em pacientes com TB, em relação a sexo, raça, escolaridade e faixa etária. Considerando apenas os casos de DM, a associação com TB foi significativa apenas relacionada com a faixa etária. No grupo de pacientes com HIV/AIDS e DM houve baixo percentual de cura (67%) e alto de abandono (23%), inclusive em comparação com o grupo geral das 19.343 notificações realizadas. Alcoolismo também foi significativo, com melhores resultados de cura (81%) e menor percentual de abandono (10,7%), porém com maior nº de óbitos (8,3%). Nos casos de doença mental, a associação foi significativa com baixo percentual de cura (76,1%), alto percentual de abandono (13%) e óbito (10,9%). Das notificações de TB, 6,1% tinham DM (SANTOS, 2013b).

Há, portanto, necessidade de propor o manejo integrado da TB e DM como uma política pública de saúde.

3.3 AS POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À TUBERCULOSE E À DIABETES MELLITUS E A PROPOSTA DE UMA POLÍTICA INTEGRADA

Podemos observar um histórico de políticas de saúde voltadas ao controle da TB e DM, separadamente, já implantadas no Brasil e no mundo.

Em relação ao controle da TB a trajetória das políticas mundiais remonta ao século XIX. Em 1851, nos continentes europeus e americanos, foi introduzido o tratamento dos pacientes em sanatórios. Já em 1882, Robert Koch identificou o microorganismo causador da TB. Em 1920, utilizando a versão atenuada do vírus *Mycobacterium bovis*, foi introduzida a vacina denominada *Bacille Calmette Guérin* (BCG). A terapia combinada de estreptomicina, isoniazida e ácido para-aminosalicílico foi primeiramente utilizada em 1960 e tornou a TB uma doença curável. A rifampicina foi introduzida em 1970, no esquema de tratamento, o que reduziu o tempo de tratamento de oito meses para seis meses. Em 1971 foi criada a Central de Medicamentos, fornecendo medicamentos para TB para todos os países. Em 1993, a OMS declarou a TB uma doença em “estado de emergência global”. O DOT’s, conhecido na época como Programa Nacional Revisado de Controle da Tuberculose (*Revised National Tuberculosis Control Programme* — RNTCP), foi iniciado em 1994, primeiramente na Índia, país que possuía o maior número de casos. Em 2001, lançou-se o primeiro plano de ação para controle da TB. Este plano deu grande ênfase ao problema da infecção conjunta HIV/TB e ao aumento do número de casos de TB multirresistente com a adaptação da estratégia DOTS. Neste mesmo ano foi criada a Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose – REDE-TB, que possibilitou uma inserção integradora nas ações de controle de TB, quando passou a ser priorizada a transdisciplinaridade e intersectorialidade com a participação de indivíduos das diferentes esferas de gestão na Saúde, Ciências Humanas, da Engenharia, Educação, Pesquisa e também da Sociedade Civil: sociedades de classe (médicas e outras), Organizações Não Governamentais (ativistas ou da área assistencial), organismos de cooperação internacional, instituições religiosas e indústrias públicas ou privadas. No Brasil, o atual PNCT, Programa Nacional de Controle da TB, aprovado em 2004, está fundamentado na descentralização e horizontalização das ações de vigilância, prevenção e controle da

doença. O tratamento supervisionado acontece levando em conta a atenção básica de saúde, definida nas várias esferas de governo mediante ações de vigilância epidemiológica, de proteção, de educação em saúde, de treinamento e capacitação permanentes, de comunicação e mobilização social e de avaliação, acompanhamento e monitoramento com a criação de um sistema de informação específico, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-TB) (IBANES, 2013).

Por outro lado, o órgão responsável pela Política de Atenção ao Diabetes no Brasil é o Ministério da Saúde, ao qual o seu principal objetivo é possuir uma política de saúde pública, economicamente eficaz, para prevenir o DM e suas complicações, por meio do cuidado integral de forma resolutiva e com qualidade. Essa política traz ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, capacitação de profissionais, vigilância e assistência farmacêutica, além de pesquisas voltadas para o cuidado a DM. Estão pactuadas, financiadas e executadas pelos gestores dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. As ações de assistência são, na maioria, executadas nos municípios, sobretudo por meio da rede básica de saúde. Alguns exemplos de Programas são: a Farmácia Popular, que oferece os medicamentos para o DM com preços até 90% mais baixos do que os cobrados nos estabelecimentos privados não-cadastrados. O Programa Saúde na Escola (PSE), que tem o objetivo de prevenir e promover a saúde dos estudantes, por meio de avaliações do estado nutricional, incidência precoce de HAS e DM, controle de cárie, acuidade visual e auditiva e também psicológica. A criação da Sociedade Brasileira de Diabetes, formada por médicos e profissionais da saúde que tratam o DM e são qualificados para o tratamento do DM, constantemente. Assim como *International Diabetes Federation* (IDF), que é uma organização mundial com mais de 200 associações de DM nacionais e em mais de 160 países; a missão da IDF é promover o cuidado, a prevenção e a cura (RIBEIRO, 2012).

Diante destas políticas de saúde já implantadas em diferentes países do mundo e no Brasil para o cuidado à DM e à TB, percebe-se que avanços têm sido alcançados. Porém, o que se espera, a partir de todo o panorama relativo à associação da TB e DM, é que ela seja reconhecida como um problema de saúde público e que o manejo integrado venha a fazer parte da agenda da gestão.

Desta forma, segundo Harries, estudioso e especialista no assunto, o duplo problema da TB-DM é semelhante ao que aconteceu na associação de TB e HIV,

que começou na década de 90. Segundo ele, nesta época, haviam evidências suficientes que demonstravam a co-epidemia TB-HIV, mas foram necessários anos para se concentrar as atenções, atualizando como política pública somente em 2004; e nesse período muitas pessoas morreram. Ele acrescenta que a população está assistindo a uma escalada da DM em áreas onde coexiste a TB e consequentemente abastecendo a co-epidemia, sendo necessário chegar à frente do problema de forma mais ágil, diferente do que foi com TB-HIV (HARRIES, 2014, in: WHO, 2014).

Neste contexto, retratando o Brasil, especificamente, entende-se que este é um grande desafio a ser enfrentado e também a ser alcançado. Visto que ao longo da história dos modelos de saúde brasileiro o cuidado teve e ainda tem um caráter fragmentado, priorizando as condições agudas das doenças e dos doentes, dentre outras dificuldades que impedem a manifestação da integralidade.

Os modelos de atenção à saúde podem ser definidos como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde individuais e coletivas (TEIXEIRA, 2006).

Existe uma vasta literatura que reconhece as fragilidades do modelo e sistema de saúde brasileiro (MATTOS; PINHEIRO, 2001; TEIXEIRA, 2006; BRASIL, 2006a; GIOVANELLA et al, 2008; MENDES, 2011; CRUZ, 2013).

Um dos problemas centrais da crise dos modelos de atenção à saúde contemporânea consiste no enfrentamento das condições crônicas na mesma lógica das condições agudas, ou seja, por meio de tecnologias destinadas a responder aos momentos agudos dos agravos – normalmente, momentos de agudização das condições crônicas auto-percebidos pelas pessoas, através da atenção à demanda espontânea, principalmente em unidades de pronto atendimento ou de internações hospitalares de urgência ou emergência (STARFIELD, 2002).

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns com os outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização. Neles, a Atenção Primária à Saúde não se comunica fluidamente com a Atenção Secundária e, esses dois níveis, também não se articulam com a Atenção Terciária, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos (MENDES, 2011).

Ainda sobre estas fragilidades, de acordo com Giovanella e colaboradores, no Brasil, dois modelos assistenciais convivem, historicamente, de forma contraditória ou até mesmo complementar: o modelo médico hegemônico e o modelo sanitarista. O primeiro, voltado para a demanda espontânea, que tem como características o individualismo, a saúde e doença como mercadorias, a ênfase no biologismo, a medicalização dos problemas e o privilégio da medicina curativa. Já no modelo sanitarista a busca é por formas de intervenção sobre problemas e necessidades da saúde adotadas pela saúde pública convencional, com campanhas de vacinação, controle de epidemias, erradicação de endemias e programas especiais, emprego da vigilância epidêmica e sanitária (GIOVANELLA et al, 2008).

Outra característica do modelo de atenção é aquela voltada para priorização do atendimento às condições agudas (BRASIL, 2006a; MENDES, 2011). Porém, mesmo sendo condições agudas o predomínio das doenças em virtude de várias circunstâncias, como envelhecimento da população, estilo de vida pouco saudáveis, obesidade, dentre outras, estão marcando o caráter crônico dessas doenças. E elas, não deveriam ser tratadas como se fossem agudas. Essa prática não contempla o princípio da integralidade.

As condições agudas manifestam-se inequivocamente por eventos agudos, percebidos subjetiva e/ou objetivamente; as condições crônicas podem apresentar, em determinados períodos, eventos agudos, decorrentes de sua agudização, muitas vezes, causados pelo mau manejo dessas condições crônicas pelos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

As doenças ou condições crônicas determinam impactos fortes em diversos aspectos, à medida que apresentam efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras e geram grandes efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países.

O custo econômico das condições crônicas é enorme. Isso se dá porque as pessoas portadoras das doenças reduzem suas atividades de trabalho e perdem emprego; os prestadores de serviços gastam cada vez mais com os custos crescentes dessas doenças; os gestores de saúde sentem-se desconfortáveis com os pobres resultados em relação ao manejo dessas condições; e a sociedade em geral apresenta enorme perda de produtividade e de qualidade de vida impostas por essas condições (MENDES, 2011).

Para ilustrar esta situação, Schramm e colaboradores demonstram a Atenção ao paciente com DM: quando este paciente se sente mal e procura um atendimento médico, ele é atendido no atendimento ambulatorial ou de emergência; se ele apresenta uma descompensação metabólica, ele pode vir a ser internado num hospital. Porém, nos intervalos entre os momentos de sua condição crônica, não recebe uma atenção contínua e proativa, vinda da equipe da Atenção Primária à Saúde, o que poderá determinar resultados sanitários desastrosos. Esse paciente, com o passar dos anos tem grandes chances de desenvolver uma retinopatia, amputação de membros ou outras complicações (SCHRAMM et al, 2004).

Esta lógica da atenção à saúde certamente não contempla o ser humano como um todo (STEVENSON, 2007b; RAMONDA, 2012; HARRIES et al, 2015). E sabendo que este paciente possui uma imunidade prejudicada, ele poderá vir a desenvolver o aparecimento de outras doenças infecto contagiosas, como a TB. Conseqüência disso será um prognóstico prejudicado; o aumento dos custos com tratamento; e uma qualidade de vida comprometida (MENDES, 2011).

Ao observar o cuidado à DM e à TB, realizado de forma isolada, sem levar em consideração as complicações decorrentes de sua associação e observando as práticas e ações de saúde que não seguem as recomendações da OMS de enfrentamento conjunto dessas co-morbidades, pode-se perceber que este cuidado mantém os padrões do modelo de saúde, que ainda permanece vigente.

Entretanto, para o enfrentamento dos problemas oriundos do modelo de atenção adotado no Brasil e que faz com que as ações de saúde não sejam contempladas integralmente, tem-se adotado uma proposta de atenção para as condições crônicas a partir de um sistema coordenado e contínuo, baseado na cooperação entre gestores, prestadores e usuários, a chamada Redes de Atenção à Saúde (RAS).

A implantação das RAS surge 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, alguns experienciados com sucesso, em outros países, e que devem e podem ser adaptados à realidade do sistema público no Brasil (MENDES, 2011).

No Brasil, o tema tem sido tratado recentemente, mas com uma evolução crescente. O Governo de Minas Gerais nos seus planos de governo 2003/2010 colocou as Redes de Atenção à Saúde como prioridade, identificando e implantando, em escala estadual, quatro redes temáticas principais: a rede de atenção à mulher e à criança (Rede Viva Vida), a rede de atenção às doenças cardiovasculares e ao DM (Rede HiperDia), a rede de atenção aos idosos (Rede Mais Vida) e a rede de atenção às urgências e às emergências (MENDES, 2011). No SUS, temos a Rede de Atenção à Tuberculose, que é composta por unidades da Atenção Básica, ambulatórios especializados (referências secundárias e terciárias), hospitais e rede laboratorial. Os hospitais podem ser acessados sempre que necessário, conforme descrito em “regime de tratamento”. A figura abaixo ilustra as principais competências de cada um dos integrantes desta rede quanto ao tratamento da TB (BRASIL, 2014a).

Atenção básica	Referências secundárias	Referências terciárias
<p>Realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios</p> <p>Solicitar baciloscopia e/ou teste molecular rápido para tuberculose, cultura, teste de sensibilidade antimicrobiana</p> <p>Realizar coleta de escarro e outros materiais para exames laboratoriais</p> <p>Oferecer o teste anti-HIV a todos os casos de TB, realizando aconselhamento pré e pós-teste</p> <p>Tratar os casos de tuberculose confirmados bacteriologicamente com o Esquema Básico</p> <p>Orientar quanto aos possíveis adversos do esquema terapêutico</p> <p>Realizar TDO dos pacientes ali diagnosticados e de outros de sua área de abrangência que tenham sido contrarreferenciados por outros serviços</p> <p>Realizar visitas domiciliares e busca de faltosos</p> <p>Identificar precocemente e manejar reações adversas menores</p> <p>Referenciar os casos de difícil diagnóstico, reações adversas maiores, presença de comorbidades, falência ou resistência aos fármacos antituberculose</p> <p>Receber os pacientes contrarreferenciados pelas referências e hospitais</p> <p>Realizar a investigação e controle de contatos, tratando, quando indicado, a ILTB e/ou a doença ativa</p> <p>Realizar vacinação BCG</p> <p>Indicar, realizar ou referenciar para a realização da prova tuberculínica</p> <p>Preencher adequadamente os instrumentos de registro da vigilância</p> <p>Promover ações de educação em saúde sobre TB e atividades extramuros</p>	<p>Elucidar casos de difícil diagnóstico^a, como os casos de tuberculose extrapulmonar e de TB negativos aos exames comprobatórios</p> <p>Tratar e acompanhar casos de difícil condução ou com comorbidades que demandam esquemas especiais de tratamento da tuberculose</p> <p>Viabilizar o TDO na própria referência ou compartilhado (com a atenção básica)</p> <p>Identificar precocemente e manejar eventos adversos maiores</p> <p>Avaliar criteriosamente os casos de persistência da baciloscopia positiva, diferenciando má adesão de resistência aos fármacos antituberculose</p> <p>Realizar visitas domiciliares e busca de faltosos</p> <p>Realizar a investigação e controle de contatos, tratando, quando indicado, a ILTB e/ou a doença ativa</p> <p>Indicar, realizar ou referenciar para a realização da prova tuberculínica</p> <p>Oferecer o teste anti-HIV a todos os casos de TB que ainda não o tenham realizado, procedendo com aconselhamento pré e pós-teste</p> <p>Notificar e atualizar os tratamentos especiais no Sistema de Informação em Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB)</p> <p>Encaminhar os casos de resistência às referências terciárias</p> <p>Contrarreferenciar os casos (com resumo clínico e resultados de exames), após avaliação, para início ou continuidade do tratamento na atenção básica</p>	<p>Diagnosticar, tratar e acompanhar os casos de resistência^b aos fármacos antiTB, realizando baciloskopias e/ou culturas até o final do tratamento</p> <p>Diagnosticar, tratar e acompanhar casos de doença por micobactérias não tuberculosas</p> <p>Viabilizar o TDO na própria referência ou compartilhado (com a atenção básica)</p> <p>Identificar precocemente e manejar eventos adversos maiores</p> <p>Realizar visitas domiciliares e busca de faltosos</p> <p>Realizar a investigação e controle de contatos, tratando, quando indicado, a ILTB e/ou a doença ativa</p> <p>Indicar, realizar ou referenciar para a realização da prova tuberculínica</p> <p>Oferecer o teste anti-HIV a todos os casos de TB que ainda não o tenham realizado, procedendo com aconselhamento pré e pós-teste</p> <p>Notificar e atualizar os tratamentos especiais no Sistema de Informação em Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITE-TB)^b</p> <p>Contrarreferenciar os casos (com resumo clínico e resultados de exames), após avaliação, para início ou continuidade do tratamento na atenção básica</p>
<p>^a As referências secundárias devem ter médicos especialistas (ou com vasta experiência na área) e contarem com uma estrutura que viabilize o acesso rápido a outros exames diagnósticos.</p> <p>^b As referências terciárias responsabilizam-se pelo tratamento de qualquer tipo de resistência aos medicamentos antituberculose: monorresistência (a um só fármaco), polirresistência (à rifampicina ou à isoniazida mais outro medicamento), multidrogarresistência (à rifampicina e à isoniazida com ou sem outros medicamentos de 1ª linha) e resistência extensiva (à rifampicina, à isoniazida, e a um injetável de 2ª linha e a uma quinolona, pelo menos). Estes serviços necessitam de especialistas e, idealmente, de uma equipe multi e interdisciplinar, pois, nos casos de resistência aos medicamentos antituberculose, o tratamento, em geral, dura de 18 a 24 meses, e as consequências do abandono ao tratamento podem ser devastadoras. Também é comum que estes pacientes possuam sérias vulnerabilidades sociais, que demandem intervenção de psicólogos e assistentes sociais.</p>		

Figura 6: Principais competências dos componentes da rede de atenção à tuberculose (TB)
Fonte: Brasil, Ministério da Saúde: Guia de Vigilância à saúde (2014a).

Relativo à figura pode-se inferir que as competências de cada nível de atenção ao tratamento da TB, em alguns momentos, aparecem indefinidas, ou seja, uma ação de saúde ora aparece como responsabilidade de um nível da atenção, ora esta mesma ação aparece em outro nível. Exemplo disso é a realização de visitas

domiciliares e a busca de faltosos. Esta forma de organização da rede pode gerar falta de compromisso de um determinado nível da atenção pela indefinição da responsabilidade sobre alguma demanda específica. Acredita-se que seja necessário deixar mais claro estas atribuições; assim como, para uma proposta de manejo integrado é fundamental que os níveis de atenção estejam articulados em uma rede organizada, evitando a desassistência ao paciente.

Na busca pela reorganização do sistema de saúde baseado nas Redes de Atenção à Saúde tem-se o exemplo de um projeto piloto, realizado em Minas Gerais, que foi elaborado e vem sendo implantado em alguns municípios da região metropolitana de Belo Horizonte, no qual apresenta um mecanismo inovador que visa aumentar a eficácia da estratégia DOTS para o adequado controle da TB, através do investimento na organização do sistema de saúde em Redes de Atenção, bem como a adoção de um Modelo de Atenção adequado às condições crônicas e que seja passível de ser operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde. Neste projeto foi nomeado um Comitê para formar a Rede Metropolitana de TB, composto por profissionais destes municípios que possuem representatividade técnica na área. Em oficinas de trabalho, os membros do Comitê realizaram a estratificação da TB por graus de risco clínico e de abandono. Foi identificado e proposto um desenho estrutural de referência e contra-referência para o funcionamento da Rede, visando garantir a continuidade e integralidade do tratamento a todo paciente com TB. Em seguida o comitê estudou e propôs a adoção de um modelo de atenção apropriado à condição crônica da TB, que seja adaptado ao SUS e que possa ser operacionalizado através desse sistema interligado em Rede (SILVA, 2010). Segundo a coordenadora, ainda não há elementos para avaliação deste projeto.

Em consonância aos objetivos da criação de uma Rede de Atenção que busque atender as dificuldades oriundas do modelo de saúde fragmentado, que prioriza a agudização dos casos crônicos, como a TB e a DM, espera-se que o manejo integrado dessas co-morbidades seja incorporado a esta Rede, como uma ação de política pública que conduza à integralidade do cuidado.

Neste sentido, torna-se necessário compreender conceito e responsabilização pela elaboração e implantação de ações de Políticas Públicas de Saúde.

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A RESPONSABILIZAÇÃO DOS GESTORES

Segundo Mattos, as Políticas Públicas de Saúde são as respostas governamentais dadas a certas doenças ou demandas específicas para certos grupos populacionais específicos (MATTOS, 2005).

Outros autores interpretam que as “Políticas Públicas” são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediados entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Elas visam responder a demandas, principalmente dos setores marginalizados da sociedade, considerados como vulneráveis. Essas demandas são interpretadas por aqueles que ocupam o poder, mas influenciadas por uma agenda que se cria na sociedade civil por meio da pressão e mobilização social (TEIXEIRA, 2002; GELINSKI, 2008).

No SUS, definiu-se que os gestores são os representantes no âmbito dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União designados para o desenvolvimento das funções de competência do Poder executivo na área da saúde. Cada uma das estruturas que compõem a direção do SUS nos diferentes níveis de governo possui uma organização própria. Independente da existência de uma autoridade sanitária (ministro ou secretários de saúde), essas estruturas têm órgãos gestores, com diferentes cargos de direção e gerência, que participam e são co-responsáveis pela gestão do SUS, em coerência com as funções que lhe foram atribuídas em regulamentação específica (NORONHA et al apud GIOVANELA et al, 2008).

Os Programas de saúde, como os de Controle da TB, apresentam representantes, geralmente coordenadores ou referências técnicas, que assumem esta função de gestão e contribuem na formulação de políticas públicas.

Na formulação das políticas públicas são estabelecidas algumas competências relativas a cada esfera do governo para realizar sua gestão (TEIXEIRA, 2002). Assim, de acordo com a Constituição de 1988, em seu Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2012, p.116).

Por outro lado, com a Constituição de 88, os municípios adquiriram mais autonomia política, por meio da elaboração de sua própria lei orgânica, ampliando suas competências em áreas importantes como a saúde, assim como exemplificado no art. 30 da Constituição Federal: “*Compete aos municípios legislar sobre assuntos de interesse local*” (BRASIL, 2012, p. 33)

Teixeira (2002) apresenta alguns desafios e avanços nas políticas públicas na área da saúde a partir desta autonomia dada aos municípios: ocorreu maior descentralização, em uma política deliberada, resultado de um processo social dinâmico, partindo de experiências concretas, que propiciaram as diretrizes básicas para o modelo implantado em todo o país – o SUS.

Apesar de todo o processo de participação, permanecem alguns elementos centralizadores: a aprovação e análise técnica de programas e projetos para repasse de recursos; fixação e centralização de fiscalização de tarifas no Ministério. A burocracia central mantém grande parcela de poder, permanecendo a influência clientelista no repasse de recursos (TEIXEIRA, 2002).

Mas, afinal, quem deve participar do conjunto de processos que garantem as políticas públicas?

A responsabilização pela elaboração e implantação de uma ação de política pública não deve se restringir ao papel dos gestores públicos. A sociedade civil, como profissionais de saúde e pesquisadores, também deve se co-responsabilizar pelas mudanças e melhorias do sistema de saúde. Uma das estratégias é a busca por respostas, pela aproximação com os sujeitos envolvidos nos processos de mudanças, para que haja esta influência na agenda de prioridades dos gestores que participam da formulação das políticas públicas.

Assim, corroborando com Brasil, temos, em síntese, que:

“A gestão pública é responsabilidade de todos e os mais diversos atores sociais podem e devem exercer, além do controle público, a gestão participativa. A gestão governamental em saúde, quando guiada pelo interesse público, pode estabelecer juntamente com as outras representações de interesses dos diversos grupos sociais (usuários de serviços, corporações profissionais, trabalhadores) as formas de mediação política para o complexo demanda/oferta/produção de serviços e ações de saúde. No caso do SUS, além do desenvolvimento de toda uma logística e tecnologia de regulação baseada em necessidades prioritárias, vulnerabilidades, riscos, etc., há a necessidade de mediação política e definição de diretrizes e critérios a partir dos espaços de controle social e de gestão participativa.” (BRASIL, 2006a, p.11-12).

Na gestão do cuidado em sua dimensão organizacional é o profissional que atua como gestor ou que desenvolve ações gerenciais (BARRETO, 2012). De forma semelhante, qualidade política é a possibilidade que as pessoas têm de conquistar autonomia, reconstruindo sua história, intervindo criativamente no cotidiano pela participação (PIRES, 2004).

Portanto, a busca pelo manejo integrado da TB e DM, como ação de política pública de saúde, deve ser compartilhada, de acordo com o grau de responsabilidade e competência de cada ente, sejam gestores de saúde (formuladores das políticas públicas) ou profissionais da saúde (envolvidos diretamente com o paciente que possui TB e DM). Assim, corroborando com Asensi:

A integralidade constitui-se, portanto, como um princípio e elemento constituinte do direito à saúde, pressupondo que atores não-estatais devam participar do processo de formulação, gestão e fiscalização das políticas de saúde, em parceria com as instituições dinâmicas presentes no mundo jurídico (ASENSI, 2007, apud MATTOS, 2005).

De forma semelhante, Pires propõe a “politicidade do cuidado” como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde, através de um olhar diferenciado para o cuidar baseado no “triedo emancipatório do cuidar: conhecer para cuidar, cuidar para confrontar e cuidar para emancipar” (PIRES, 2004).

Para que os profissionais de saúde e os gestores estabeleçam o cuidado nas suas práticas laborais é necessário que eles tenham conhecimento teórico e prático do objeto do cuidar, somente assim eles poderão confrontar as suas ações; e essa possibilidade de confronto é que os libertam, emancipam e potencializam as suas autonomias e os fazem “estimular a autonomia do outro”.

3.5 A INTEGRALIDADE E O MANEJO INTEGRADO

Visto todo este panorama, percebe-se que ambos os agravos possuem determinação e impacto social importante e a forma de interpretação e condução das doenças pode orientar o cuidado e encaminhar à integralidade

O termo Integralidade é considerado polissêmico (AYRES, 2003; MATTOS, PINHEIRO, 2001, 2004; SILVA, SENA, 2008), ou seja, possui várias nuances, de acordo com cada autor que discute o tema.

Para Carvalho (2006), a integralidade tem duas dimensões: a vertical e a horizontal. A vertical inclui a visão do ser humano como um todo, único e indivisível. A horizontal é a dimensão da ação de saúde em todos os campos e níveis e sob todos os aspectos. O ser humano como um todo: bio-psico-social, o bio-psico incluindo órgãos e sistemas de maneira integrada e não-dicotomizada. A atuação da saúde em todas as áreas: promoção, proteção e recuperação. Em todos os níveis: do primário ao quaternário (CARVALHO, 2006).

Temos a conceituação de Silva e Sena (2008) que fazem esta abordagem de forma ampliada:

“A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do SUS, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado” (SILVA, SENA, 2008, p.49).

Por outros pontos de vista, estudiosos salientam alguns dos principais impulsos, que consideram como “eixos”, com base na idéia de integralidade, que têm feito dialogar diversidades e tensões no cotidiano da atenção à saúde (AYRES et al, 2006 apud AYRES, 2009). Um destes eixos é nomeado como “*eixo das finalidades*” e diz respeito a graus e modos de integração entre as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social; dando o sentido dominante de não segmentar as ações, mas, ao contrário, criar sinergismos que otimizem o desenvolvimento das ações, tanto na perspectiva da racionalização meios-fins como do conforto e conveniência para indivíduos, famílias e comunidades: “... *A integralidade nos desafia a saber e fazer o “quê” e “como” pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um*” (AYRES, 2009, p.14).

Visto estes conceitos, este estudo não pretende discutir os vários sentidos da integralidade e nem somente entendê-la como uma diretriz do SUS, definida constitucionalmente, mas considerá-la, de acordo com Mattos, como um enunciado de certas características do sistema de saúde e de suas práticas, que são desejáveis e que vale a pena lutar (MATTOS, 2005). Portanto, “*perceber a integralidade como um marcador da direção que desejamos implantar ao sistema de saúde e indicar aquilo que é criticável nas práticas de saúde existentes*” (MATTOS,

2005). Portanto, este pressuposto será o guia essencial, porém não exclusivo na condução da pesquisa.

Neste sentido, a prática do manejo integrado da TB e DM constitui-se como uma expressão da integralidade. Assim, a atitude do médico em aproveitar o momento de encontro com os pacientes motivado por algum sofrimento para investigar fatores de risco e/ou presença de outras doenças associadas é um exemplo dos sentidos da integralidade. Entretanto, o manejo deve estar sustentado na prudência, pois como é uma ação que faz parte de um rol de recomendações assistenciais e que normalmente não é demandado pelo paciente; o profissional de saúde, normalmente o médico, pode vir a traduzir o processo dito de medicalização (MATTOS; PINHEIRO, 2001). Ou seja, considerar apenas o aspecto biológico da doença: “... *um uso prudente deste conhecimento sobre a doença, mas, sobretudo, guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos aos quais tratamos*” (MATTOS; PINHEIRO, 2001, p.50).

Portanto, a postura dos profissionais é essencial para o desenvolvimento da integralidade, sendo compartilhada por outro autor e médico: “*Cabe a nós perguntar ao sujeito onde está seu sofrimento, não apenas o que ele tem, e o que ele acha que pode aliviar sua dor. São perguntas que nos colocam na perspectiva de construção da integralidade*” (AYRES, 2003, p.15).

Assim, durante uma visita domiciliar, ao realizar o Tratamento Diretamente Observado, por exemplo, os profissionais de saúde devem reconhecer, dentro de suas competências, as necessidades dos pacientes, avaliar doenças prévias e os sintomáticos respiratórios; verificar se o tratamento da DM está sendo feito de forma adequada; e avaliar outras questões que abrangem não apenas o seu aspecto patológico; garantindo, desta forma, um atendimento integral, com ações e práticas qualificadas e humanizadas. Esta é uma manifestação da integralidade.

A noção de integralidade aparece na constituição de 1988 como sendo um princípio que prioriza as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais, e leva em consideração o indivíduo como um todo, em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais. Porém, “*a integralidade ainda é um princípio que não se consolidou plenamente no cotidiano de muitos brasileiros*” (MATTOS; PINHEIRO 2001, p.45).

A integralidade, segundo Mattos, traz um convite aos formuladores das políticas públicas de enfrentamento de certas doenças ao desafio de tornar

compatíveis as perspectivas de controle, erradicação ou mesmo simples mudança da magnitude das doenças no país, estado ou município, e o direito dos portadores das doenças ao acesso aos serviços assistenciais (MATTOS; PINHEIRO, 2001).

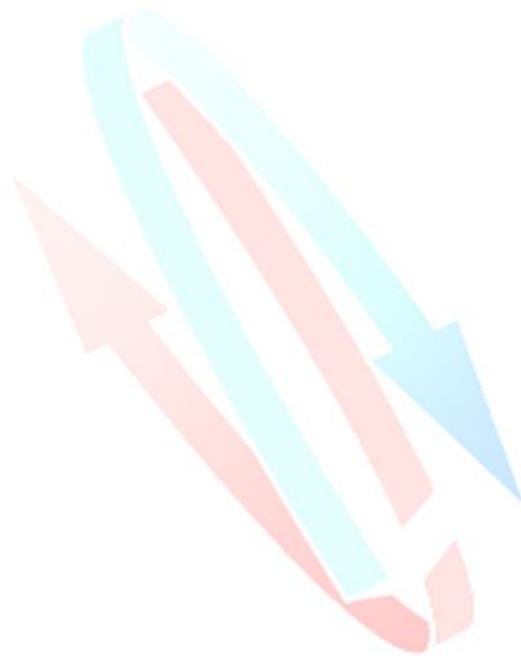
O acesso aos serviços assistenciais é feito prioritariamente pela Atenção Primária em Saúde, que além da importância social, econômica, é um fator para a implementação de programas, pois ajuda a diminuir a hospitalização e os gastos, tendo uma resolutividade estimada em cerca de 75% a 85% (RONZANI, 2003).

Na visão de Franco e Júnior, a Integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na Atenção Básica, onde a assistência deve ser multiprofissional e operar através de diretrizes como a do acolhimento e a do vínculo. Em que a equipe se responsabiliza pelo cuidado, exercendo-o a partir de práticas e saberes ligados à vigilância à saúde e cuidados individuais; e recuperando o valor dos atos assistenciais que fundamentam a clínica. Estes autores consideram que a maior parte dos problemas em saúde deve ser resolvida na Atenção Básica (FRANCO, JÚNIOR, 2004).

Nesta perspectiva, para contemplar o princípio da integralidade e amenizar o problema oriundo do cuidado fragmentado aos pacientes que possuem comorbidades que deveriam ser tratadas de forma conjunta pelo sistema de saúde, faz-se necessário que políticas públicas efetivas de manejo integrado da TB e DM sejam incorporadas nos programas de saúde, sendo iniciadas na Atenção Primária à Saúde, preferencialmente.

Neste estudo, o conceito de integralidade foi utilizado como referencial teórico para a análise dos dados, entendendo que a efetividade conceitual e prática deste princípio seja a garantia de que as ações de saúde estão sendo articuladas ou, ao menos, discutidas pelas esferas governamentais.

Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes



Ministry of Health
and Family Welfare



World Health
Organization

Metodología

4.1 Delineamento do estudo

Considerando o objeto de estudo optou-se pelo estudo descritivo e exploratório na abordagem qualitativa.

As metodologias qualitativas são as capazes de incorporar questões do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, relações, estruturas sociais, sendo estas compreendidas como construções humanas significativas (MINAYO, 2006).

Visto que os objetos de pesquisa não são reduzidos a simples variáveis, mas sim representados em sua totalidade, dentro de seus contextos cotidianos; e consideram que os pontos de vista e as práticas no campo são diferentes devido às diversas perspectivas e contextos sociais a eles relacionados (FLICK, 2009).

Na pesquisa exploratória há uma maior familiaridade com o problema, podendo envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado. A pesquisa descritiva, por sua vez, descreve as características de determinadas populações ou fenômenos, utilizando-se de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário, entrevistas e a observação sistemática (GIL, 2008).

A metodologia com abordagem qualitativa, portanto, permitiu uma aproximação mais fidedigna com o objeto de estudo, principalmente devido à interação com os participantes, recurso este fundamental para compreender as percepções dos gestores em relação ao manejo integrado da TB e DM. Este objetivo se tornou possível através desse “olhar diferenciado frente ao problema” e pela busca de respostas individuais, mas que podem representar um todo, com suas especificidades e particularidades.

4.2 Locais do estudo:

Dentre os municípios do Estado com maior carga de TB, oito deles estão presentes na Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH), conforme demonstrado na tabela 2 (SINAN, 2013).

Esta pesquisa foi realizada, portanto, junto à cidade de Belo Horizonte/MG e de oito municípios de sua Região Metropolitana (Nova Lima, Contagem, Sabará, Vespasiano, Ibirité, Santa Luzia, Betim, Ribeirão das Neves). Também foi incluído no

estudo o Hospital Júlia Kubistchek, por ser Referência Estadual em TB na Atenção Terciária; a Secretaria do Estado de Saúde de MG (SES/MG) e o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

**Tabela 2: Municípios com maior carga de TB em MG, 2013
TOP 18 – Municípios de Maior Carga de TB em MG, 2013.**

Nº	Município	%Not/Res
● 1	Belo Horizonte	138,4
2	Juiz de Fora	109,8
● 3	Contagem	76,8
● 4	Ribeirão das Neves	60,0
5	Montes Claros	135,9
6	Uberlândia	105,7
7	Governador Valadares	124,7
● 8	Betim	83,9
● 9	Santa Luzia	48,4
10	Uberaba	121,9
11	Sete Lagoas	118,6
12	Ipatinga	126,3
● 13	Ibirité	77,4
14	Teófilo Otoni	97,8
● 15	Sabará	81,8
16	Ubá	97,6
● 17	Nova Lima	125,0
● 18	Vespasiano	97,1
19	Pouso Alegre	100,0
20	Ponte Nova	112,5

Fonte: SINAN-NET/TB. CEPS/SRAS/SUBPAS/SES-MG, 14/03/2014. ● : Municípios da RMBH.

Fonte: SINAN-Net/CERS-SRAS/SES- MG/SUS – 2013.

4.2.1 A Região Metropolitana de Belo Horizonte – RMBH –

O estado de Minas Gerais possui uma população de 20.593.366 habitantes, a 2º maior do país, tendo uma extensão de 586.528 km², a 4º maior do país. Possui 853 municípios, sendo que 70% da carga de TB do estado estão em 74 destes municípios e 11 deles são prioritários no Programa Nacional de Controle da TB (SINAN-SES, 2013).

A análise dos dados epidemiológicos da TB pela Gerência Regional de Saúde (GRS) demonstrou que cerca de 1/3 do total de casos notificados no Estado encontra-se na região metropolitana de BH (IBGE, 2010).

Segundo a análise do estudo apresentado pelo SINAN/SES, apresentado na tabela abaixo, sobre a situação de saúde em Minas Gerais, o Estado é o 4º do país com maior número de casos. Em 2013, o Estado de Minas Gerais apresentou 3.720 novos casos da doença e uma taxa de incidência de 18,1/100.000 habitantes (SINAN-SES, 2013).

Tabela 3: Incidência de Tuberculose na RMBH e em Minas Gerais de 2011/ 2013

Local	2011			2012			2013		
	Nº DE CASOS	POP	INCID	Nº DE CASOS	POP	INCID	Nº DE CASOS	POP	INCID
Município									
Estado									
RMBH	1265	2.391.422	52,9	1273	2.408.106	52,9	1221	3.338.073	36,6
Minas Gerais	3894	19.766.456	19,7	3615	19.947.436	18,1	3720	20.593.366	18,1

Fonte: SINAN-Net/CERS-SRAS/SES- MG/SUS

A RMBH surgiu em 1973 e é formada, atualmente, por 34 municípios. Ela é o centro político, financeiro, comercial, educacional e cultural de Minas Gerais, representando em torno de 40% da economia e 25% da população do Estado. A Grande BH é ainda o 62º maior aglomerado urbano do mundo e o sétimo maior da América Latina. Belo Horizonte tem desempenhado um papel importante neste conjunto de cidades pelo fato de ser a capital e por sua expressão populacional e econômica.

4.2.2 O Hospital Júlia Kubitschek (HJK)

O Hospital Júlia Kubitschek (HJK) pertence à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e é referência para o tratamento da TB no Estado. Em Minas Gerais, em 2009, foram notificados 5.119 casos de TB. Na região metropolitana de Belo Horizonte, 37% dos casos foram diagnosticados na rede hospitalar (FHEMIG, 2014).

O HJK foi inaugurado em 1958 com objetivo de realizar o tratamento de pacientes portadores de TB. O prédio está localizado em uma área extensa rodeada por considerável área verde proporcionando um ambiente de pureza, característica importante para o tratamento da doença naquela época. No final dos anos 80, após

algumas reformas e mudanças, o hospital passou a ser considerado um hospital geral de abrangência regional.

O HJK é o único hospital de Belo Horizonte que possui um setor exclusivo para o tratamento de pacientes portadores de TB, situado na ala G. Lá existem 32 leitos destinados ao tratamento dos pacientes portadores de TB, com exame de baciloscopia positivo e/ou alguma complicação clínica da TB, estas complicações variam de hemoptise, pneumonias até tratamento de casos multidroga resistentes. Os casos graves, com instabilidade hemodinâmica ou respiratória são encaminhados ao Centro de Terapia Intensiva do próprio hospital (FHEMIG, 2014).

Por ser Referência Estadual no Controle da TB, o HJK foi incluído no estudo.

4.2.3 Programa Estadual de Controle da Tuberculose da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) é o órgão central de saúde pública do Estado, e tem por objetivo formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais, de acordo com as necessidades da população e assegurando os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro dos Programas desenvolvidos na SES existe a Coordenação Estadual de Pneumologia Sanitária e dentro desta a Coordenação do Programa Estadual de Controle da TB.

A SES instituiu o Programa Respira Minas no âmbito do Estado de Minas Gerais através da Resolução nº 4.380, de 01 de julho de 2014. De acordo com o art. 2º, o Programa Respira Minas tem como missão coordenar a estruturação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com TB, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), Asma, Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) e Tabagismo em Minas Gerais, por meio de sistema regionalizado e integrado de ações em saúde (MINAS GERAIS, 2014).

Neste sentido, optou-se por incluir a Coordenação do Programa Estadual de Controle da TB na pesquisa, como representante da Esfera Estadual.

4.2.4 O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)

O PNCT está integrado na Rede de Serviços de Saúde. 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 ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às suas ações. Dentre as competências da esfera federal, o PNCT elabora Normas Técnicas e Operacionais, subsídios técnicos, assim como orientação para os programas de treinamento de recursos humanos que deverão ser executados pelos estados e municípios.

Neste sentido, optou-se por incluir o PNCT na pesquisa, como representante da Esfera Federal.

4.3 Sujeitos da pesquisa:

Os sujeitos da pesquisa foram os gestores que atuam como atores sociais das políticas públicas na saúde, das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal) e também um integrante que atua na esfera local da atenção terciária (coordenação da TB do hospital de Referência Estadual em TB). Estes foram escolhidos por serem representantes dos Programas de Saúde de Controle em TB.

Desta forma foram convidados a participar da pesquisa: um representante da Coordenação do Programa de Controle da TB do Ministério da Saúde; um representante da Vigilância Estadual em TB de MG; coordenadores das equipes gestoras dos Programas de TB de oito municípios da Região Metropolitana de BH, e um representante do Departamento de Tisiologia do Hospital Júlia Kubitscheck, que apesar de não ser um ator governamental direto, é um dos atuantes diretos da assistência.

O convite para participação na pesquisa foi realizado por telefone ou e-mail e como não houve nenhuma recusa, as entrevistas foram realizadas com doze gestores.

A escolha dos sujeitos da pesquisa ocorreu por existir coordenação exclusiva no controle da TB em todos os locais a serem pesquisados, diferente dos gestores voltados para o controle da DM que não possuíam, em todos os locais, uma referência específica para esta doença. Este fato pode ser observado

freqüentemente nos programas de saúde, em que DM, HAS e outras doenças ou condições crônicas são monitoradas de forma conjunta, em um mesmo programa. Por outro lado, existe no país, o Programa Nacional de Controle da TB que realiza ações de vigilância sanitária e epidemiológica, sendo uma interface importante para as mudanças às quais se pretende com este estudo, ou seja, o manejo integrado da TB e DM como uma ação de política pública que oriente profissionais e gestores de saúde para as práticas voltadas a estes agravos associados.

4.4 Estudo Piloto

Para garantir a qualidade e confiabilidade da investigação foi realizado um estudo piloto anterior à coleta de dados.

Portanto, nesta fase, foi escolhido aleatoriamente um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte que se apresentou bastante solícito em participar da pesquisa.

Durante o teste piloto foram identificadas as dificuldades metodológicas, como a incompreensão de determinado questionamento feito ao entrevistado, assim como a impertinência de determinada pergunta, demonstrando dissonância com os objetivos da pesquisa; a necessidade e o momento mais propício de realizar inferências durante o processo de coleta de dados. Ao mesmo tempo, foi observada uma necessidade de explorar o tema, utilizando o emprego de elementos questionadores, como “por que”, “quais”, “de que forma” e “fale sobre isso”.

Após reestruturação destas questões seguiu-se para uma nova aplicação da entrevista. Sendo que esta se apresentou pertinente com os objetivos propostos. Os dados obtidos da entrevista do estudo piloto não foram incluídos na análise dos dados.

4.5 Coleta e Análises dos dados

Após a aprovação do projeto de pesquisa pela Instituição proponente (UFMG), pelas co-participantes com Comitês de Ética em Pesquisa (CEP's) próprios (Betim, Belo Horizonte e Fhemig) e de posse das cartas de anuência das outras localidades, deu-se início à coleta de dados.

Neste estudo, foi adotado como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, com roteiro pré-estabelecido (apêndice B), voltado para os gestores de saúde.

O roteiro difere do sentido tradicional do questionário, que pressupõe hipóteses e questões fechadas. Ele visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2006). Esta autora denominou a entrevista com roteiro como uma “conversa com finalidade”.

Segundo Flick, a entrevista semi padronizada ou semi estruturada inclui “... *suposições que são explícitas e imediatas, que podem ser expressas pelos entrevistados de forma espontânea ao responderem a uma pergunta aberta, sendo estas complementadas por suposições implícitas*” (FLICK, 2009, p. 148). Esta complementação depende da boa articulação do entrevistador e do seu conhecimento prévio sobre o assunto estudado. Portanto, a intenção foi obter informações sobre o conhecimento e processos de trabalho dos sujeitos da pesquisa de forma espontânea, o que permitiu uma aproximação mais fidedigna com o objeto a ser estudado.

As entrevistas iniciaram-se em março de 2015 e terminaram em agosto de 2015. Todas foram realizadas pela própria pesquisadora, no local de trabalho ou de estudo dos entrevistados, conforme a disponibilidade destes. As falas foram gravadas em aparelho de áudio portátil, após o consentimento e assinatura do TCLE pelos participantes, que ficaram de posse de uma via deste termo. As observações de campo foram anotadas em bloco para registrar aspectos que o áudio não conseguiu abordar, como expressões faciais e dúvidas não expressas verbalmente. O áudio foi transcrito na íntegra e digitado pela própria pesquisadora. Em seguida, a transcrição foi encaminhada para o e-mail pessoal de cada participante, para que eles pudessem realizar possíveis correções e ajustes. Após a anuência dos participantes, o texto foi utilizado para a análise e discussão.

Para manter o sigilo na identificação dos sujeitos da pesquisa foi utilizada na codificação de seus relatos a letra G (representando os gestores entrevistados) e números 1, 2, 3... até 12 (representando cada sujeito especificamente).

A análise das entrevistas com os integrantes das equipes gestoras foi realizada utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin, conforme descrito nas etapas abaixo.

Segundo Bardin, “o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” e fazer Análise Temática, consiste em “descobrir os 'núcleos de sentido' que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (BARDIN, 1997, p. 105).

De acordo com Bardin (1997) a análise de conteúdo compreende, de forma resumida, três etapas:

- a) A pré-análise: fase de organização e sistematização das idéias, em que ocorre a escolha dos documentos a serem analisados, retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, através de leitura flutuante, representatividade, homogeneidade e pertinência;
- b) A exploração do material: em que os dados brutos do material são codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto;
- c) O tratamento dos resultados, inferência e interpretação: Os resultados dos dados brutos são tratados de modo a se tornarem significativos e válidos.

Ao final destas etapas foram criadas categorias abertas advindas dos dados coletados, que serão detalhadas em seguida.

De posse dessas informações, foram realizadas as inferências e suas interpretações de acordo com o referencial teórico e os objetivos propostos.

4.6 Categorias e subcategorias

As análises foram sintetizadas com foco no conhecimento expresso pelos gestores relativo à associação entre DM e TB, buscando compreender o entendimento e o quanto este tema está disseminado entre aqueles gestores que atuam na gestão do cuidado, mesmo que indireto, aos pacientes com ambos os agravos.

Procurou-se identificar as principais dificuldades e desafios relatados pelos gestores em seus processos de trabalho, frente à hipótese de implantar uma política de manejo integrado entre TB e DM. Assim como as potencialidades e perspectivas para esta construção sustentadas pelos mesmos.

Outro enfoque dado foi analisar o entendimento dos gestores sobre a articulação entre os três níveis e as três esferas de Atenção à Saúde quanto à possibilidade de implantação do manejo integrado da TB e DM.

Para a construção das categorias de análise, utilizou-se o seguinte conceito:

Codificação ou categorização é a forma como você define sobre o que se trata os dados em análise. Envolve a identificação e o registro de uma ou mais passagens de textos ou outros itens dos dados, como partes do quadro geral que, em algum sentido, exemplificam a mesma idéia teórica e descritiva (GIBBS, 2009, p.60).

Como mencionado, o referencial teórico utilizado para a análise dos registros foi o princípio da Integralidade, não apenas como princípio constitucional do 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.

Vale ressaltar que os relatos foram intensos e a análise não se esgota neste estudo, porém a delimitação foi necessária e direcionada para os objetivos da pesquisa.

Diante da análise emergiram as seguintes categorias e subcategorias:

Categoria	Subcategoria
1-O Perfil e a trajetória profissional dos gestores	Formação e experiência profissional
2- O conhecimento das recomendações da associação entre TB e DM	Recomendações da OMS e Prática profissional
3- Dificuldades para implantação do manejo integrado	TDO; cuidado fragmentado; rotatividade; "outras prioridades"; doença negligenciada
4- A Desarticulação entre as esferas governamentais e os níveis de Atenção à Saúde	De quem é a responsabilidade? Descentralização e regionalização; referência e contra-referência
5- Os olhares voltados para o manejo integrado da TB e DM	TDO; Atenção Primária em Saúde; Educação em saúde; Criações locais de protocolos; Redes de Atenção; novas evidências científicas
6- "Entendendo o indivíduo como um todo..."	O Cuidado aos pacientes com TB e DM associados

Quadro 1: categorias e subcategorias

Fonte: Autoria da pesquisadora

4.6 Aspectos Éticos

A pesquisa atendeu às normas estabelecidas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foram respeitados todos os critérios com pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2013c). Assim, ela foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG, por meio da Plataforma Brasil, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 40213814.3.0000.5149, sendo aprovado pelo Parecer nº. 991.163, e dos comitês dos municípios que possuíam CEP's próprios, como a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, de Betim e o Comitê de Ética da rede FHEMIG.

Aqueles que não possuíam CEP próprio assinaram uma Carta de Anuência permitindo a realização da pesquisa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – em anexo). Todos estes documentos encontram-se de posse da orientadora da pesquisa.

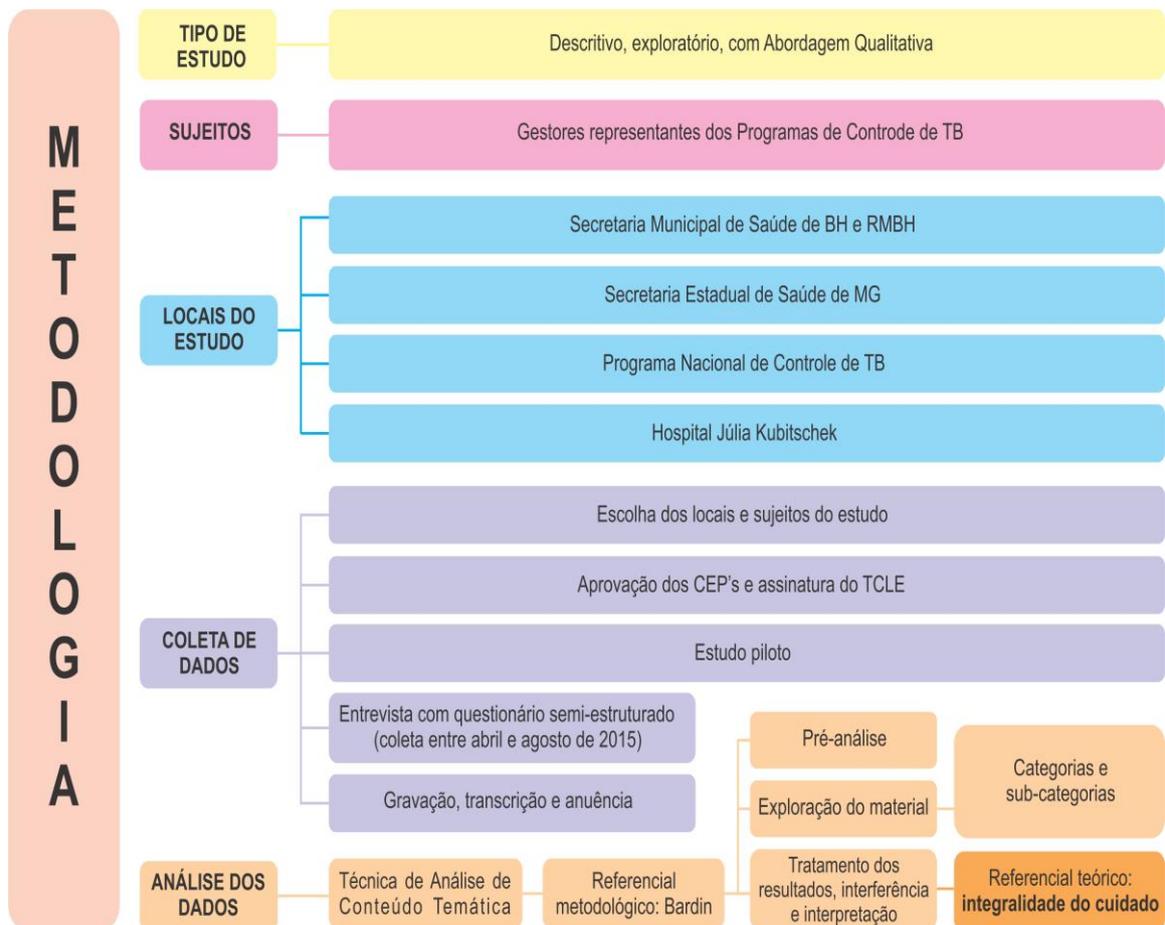


Figura 7 – Etapas Metodológicas
Fonte: autoria da pesquisadora



Resultados e Discussão

5.1 O Perfil e a trajetória profissional dos Gestores

Primeiramente, optou-se por fazer uma análise do perfil dos sujeitos da pesquisa, identificando: idade, sexo, local de residência, formação e experiência profissional, atuação anterior na gestão e o tipo de vínculo no trabalho, conforme ilustra o quadro abaixo.

GESTORES								
Entrevistado	Idade	sexo	Reside no município	Graduação	Pós-graduação	Tempo no cargo	Atuação anterior em Gestão	Tipo de vínculo
1	33	Fem	sim	Enfermagem	não	6 anos	Sim	Funcionário público
2	31	Fem	não	Enfermagem	sim	5 anos	Não	Funcionário público
3	32	Fem	não	Enfermagem	sim	6 anos	Sim (3anos)	Funcionário público
4	32	Fem	não	Enfermagem	sim	1 ano e 5 meses	Sim	contrato administrativo
5	48	Mas	não	Serviço Social	sim	12 anos	Não	Funcionário público
6	38	Fem	sim	Enfermagem e Farmácia	sim	6 anos	Sim	Funcionário público
7	36	Fem	sim	Enfermagem	sim	9 meses	sim (10anos)	Funcionário público
8	49	Fem	sim	Enfermagem	sim	5 anos	Sim	Funcionário público
9	37	Mas	sim	Enfermagem	sim	1 ano e 6 meses	Não	contrato administrativo
10	47	Fem	sim	Farmácia	sim	13 anos	Sim (11anos)	Funcionário público
11	36	Fem	sim	Medicina	sim	02 anos	Sim	Funcionário público
12	53	Mas	sim	Medicina	sim	8 anos	Sim	Funcionário público

Quadro 2: Caracterização do perfil dos gestores.

Com base no quadro apresentado foram entrevistados 12 gestores, dentre eles: 7 enfermeiros, 1 assistente social, 1 farmacêutica e 2 médicos. O que demonstra uma multidisciplinaridade de categorias profissionais na gestão do cargo de referência dos programas de TB, porém com uma prevalência de enfermeiros (58%).

A atuação do enfermeiro como gestor é regulamentada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em seu Decreto nº 94.406/87, que estabelece no artigo 8º que este profissional tem como atribuições a direção e a chefia, o

planejamento, a organização, a coordenação e a avaliação dos serviços de enfermagem. Assim como, dispõe que este profissional, como integrante da equipe de saúde participa na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica e nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco (BRASIL, 1987).

A enfermeira, entre os diversos profissionais da saúde, tem assumido crescentemente cargos de direção, gerência e tem atuado como executora majoritária do SUS municipal, tanto na gerência de recursos, quanto na supervisão de ACS e da equipe de enfermagem, o que a obriga a um envolvimento com a maioria da equipe de saúde do serviço, condição que a faz ficar a par do funcionamento geral e dos problemas que emergem no cotidiano, destacando-a como gestora do cuidado e dos serviços (SOUZA; MELO, 2009). O que pôde ser identificado no seguinte relato:

“... quando eu fui assumir com a função de enfermeira da pneumologia sanitária, aí me passaram o cargo, me passaram pra eu estar organizando a tuberculose. Então, nessa época eu organizei e a gente viu que teve uma melhora nos indicadores, eu comecei a fazer a gestão de casos, aqueles casos que eram mais complicados.” (G3)

Neste sentido, *“com a crescente demanda por profissionais tecnicamente competentes, flexíveis e polivalentes imprimidas pela transformação no mundo do trabalho e influenciadas pela lógica do mercado, o enfermeiro tem sido amplamente requisitado a ocupar espaços cada vez mais estratégicos na implementação de políticas de saúde”* (PIRES, 2001, p.10). No intuito de contribuir com a equidade, acesso, qualidade e a sustentabilidade dos serviços de saúde.

A idade média dos entrevistados foi de 39 anos, variando entre 31 e 53 anos. Destes, 03 eram do sexo masculino e 09 eram do sexo feminino.

Desta forma, temos que a feminilização é outra característica forte da força de trabalho no setor saúde, representando atualmente mais de 70% de todo o contingente e com tendência ao crescimento para os próximos anos. Em algumas profissões, esse processo ultrapassa a 90%. É o caso da equipe de enfermagem que é formada quase que integralmente por mulheres (MACHADO et al, 2012).

Em relação ao local de residência, 08 moram no próprio município de trabalho e 04 moram em municípios diferentes do local de trabalho. O que pode implicar num

maior conhecimento da situação de saúde local e de seus determinantes por parte daqueles gestores.

Sobre o tempo de atuação no cargo, a média foi de 06 anos, variando ente 9 meses a 13 anos. Observa-se que o tempo de experiência atual ou anterior de gestão demonstrou estar diretamente relacionado com a idade dos participantes. Assim, quanto maior a idade, maior foi o tempo de atuação como gestor.

Sobre o tipo de vínculo empregatício firmado, tem-se que 2 são contratos administrativos, no regime celetista e 10 são funcionários públicos.

Analisando-se a vertente da formação profissional dos gestores, o intuito da análise direcionou-se no sentido de verificar se estes gestores têm procurado se capacitar para o cargo, seja pela busca individual ou estimulada pelas chefias imediatas.

De acordo com Ceccim (2004) o ensino de graduação na saúde tem uma tradição centrada em conteúdos, numa pedagogia da transmissão, com orientação pela doença e reabilitação. Ele afirma que tal modelo não está voltado para uma formação teórico-conceitual e metodológica que potencialize competências para a integralidade, onde se inclui o enfrentamento das necessidades de saúde da população e de desenvolvimento do sistema de saúde (CECCIM, 2004).

Devido a esta dificuldade na formação, o gestor necessita incrementá-la, para exercer o seu cargo com um olhar diferenciado frente às necessidades de saúde e, conseqüentemente ter melhores condições de responder às exigências do seu cargo.

A trajetória profissional e acadêmica dos gestores apontou pela busca e preocupação pela capacitação, principalmente nos cursos voltados para a TB:

“... fiz especialização em Saúde Pública pela UFMG. Fiz um curso de Curso de Qualificação de Gestores do SUS. Esses foram os mais atuais que eu fiz e aí assim, cursos pequenos como o SINAN, que é o Sistema da Informação, de Georeferenciamento que também está voltado pra esta questão da epidemiologia e vários mini-cursos, sobre tuberculose, hanseníase, dengue, agravos de uma maneira geral. [No ano passado eu fui convidada pra assumir a coordenação do Programa de Tuberculose e Hanseníase nesse município].” (G7)

“... formei em 2007, e logo eu já comecei a trabalhar aqui no município como enfermeira e gerente da Unidade Básica de Saúde. Fiz especialização em Gestão de Saúde Pública, pela Unifenas. [O último curso que eu fiz foi um encontro, o Encontro Estadual de Tuberculose].” (G4)

Em relação aos cursos de pós-graduação, todos apresentam pelo menos uma especialização, sendo que três mencionaram ter concluído ou estarem realizando o mestrado:

“... depois que eu me formei eu fiz dois cursos de pós graduação, fiz o curso de Gestão da Clínica, pelo Senac e o curso de Infecção Hospitalar pela UFMG, e atualmente faço mestrado na faculdade de medicina da UFMG, na linha de Epidemiologia... a minha trajetória é esta.” (G2)

“... fiz especialização em Planejamento e Gestão Estratégica em Saúde, pela PUC-MG e Administração Hospitalar, pela faculdade São Camilo. A formação que eu busco ela é fora, que é o que eu estou fazendo com o mestrado hoje, e fora isso, a gente tem reuniões com o Estado, com o Ministério, tem reuniões de manhãs clínicas com o Estado, e as reuniões de referência com o Ministério que a gente participa.” (G8)

Percebe-se que o curso que se destacou entre os gestores foi o de Pneumologia Sanitária, oferecido pela Fiocruz:

“... com relação à curso, a gente teve um curso de gerência, foi ... Fundação João Pinheiro. Era o recursos humanos que estava capacitando os cargos de nível superior para poder fazer esta capacitação de gerência em geral. [Fiz especialização em Pneumologia Sanitária, pela Fiocruz]” (G5)

“... quando eu vim trabalhar com a Referência da Tuberculose foi um desafio pra mim, trabalhar com isso no município como um todo. Mas a gente teve todo apoio, fiz os cursos e tudo e estou até hoje. Fiz especialização em Pneumologia Sanitária e Educação em Saúde (Fiocruz)” (G6)

“... fiz especialização em Gestão de Emergência em Saúde Pública e estou cursando Gestão de Saúde Pública. Há um ano e meio eu tive a oportunidade de ser coordenador de Vigilância Epidemiológica, eu que nunca pensei que fosse um dia pra área de gestão.” (G9)

A partir do relato do gestor (G6) nota-se que a inserção ao cargo de referência no programa de TB constituiu-se um desafio que vem sendo superado pelas capacitações. Por outro lado, o gestor (G9) expressa surpresa em ser nomeado para o cargo de gestão.

Em relação ao incentivo que é dado aos gestores para exercerem suas atividades no cargo em que ocupam foram unânimes os relatos de que recebem este estímulo das chefias imediatas ou entes governamentais. Porém, alguns gestores relataram que está havendo uma diminuição nos últimos anos na oferta de capacitações pelos governos:

“eu acho que sim, só que eu acho que é pouco. Deveria ter mais, deveria investir mais. Em um ano e cinco meses que estou aqui, eu participei de um (curso) até agora, pelo município.” (G4)

“sim, no período que eu vim pra cá, eles estimulavam muito. Os cursos todos eu fiz, não só o município me cedendo, mas pelo Estado, pelo Ministério da saúde, eu fiz muito curso. Aí depois de uns anos, de uns dois anos pra cá começou a diminuir”. (G6)

“Então, eu vejo que o Estado foca na questão da formação dos seus profissionais. No entanto, eu vejo que hoje não é mais como já foi, a gente até uns quatro, cinco anos atrás tinha muito mais investimento nesta área do que hoje”. (G10)

Outra dificuldade apontada relaciona-se com a falta de tempo e/ou condições em deixar o seu trabalho para participar dos treinamentos e capacitações, seja por motivos pessoais ou pela demanda acentuada de trabalho:

“Sempre estão oferecendo. No momento hoje eu não tenho disponibilidade para viagem. Esta semana está tendo um curso em Brasília de qualificação dos gestores do Programa de Controle da Tuberculose; eu, infelizmente, não pude ir, por problemas pessoais...” (G7)

“Às vezes a gente não consegue participar em função da demanda de trabalho. Então, por exemplo, amanhã tem um seminário e sexta-feira tem outro, eu não consigo sair dois dias seguidos; o de amanhã eu não vou, só no de sexta.” (G8)

O reconhecimento social dos profissionais, a possibilidade de educação permanente, a melhoria da infra-estrutura das unidades, a possibilidade de participação em congressos e eventos e o estímulo à produção intelectual são cruciais para a fixação dos profissionais e para a possibilidade de viabilizarem-se os princípios do SUS (BRASIL, 2007b). Assim como para proporcionar aos profissionais da assistência e aos gestores ferramentas para exercer suas funções com qualidade, segurança e motivação.

Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio. A formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral (BATISTA, 2011).

“A formação não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos. Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado” (CECCIM, 2004, p.43).

O profissional de saúde necessita de uma formação que lhe proporcione atributos essenciais para desenvolver o seu trabalho com qualidade, segurança e atendendo efetivamente o cuidado ao paciente e/ou usuário. Ao assumir o cargo de gestão, esta responsabilidade torna-se ainda mais necessária, pois ele é co-responsável por mudanças nas ações de saúde e seu papel vincula-se à formulação de políticas fundamentais para que elas ocorram.

5.2 Sobre o conhecimento das recomendações da associação entre TB e DM

A DM é reconhecida mundialmente como uma co-morbidade no controle da TB por estudiosos de pesquisas variadas (DOOLEY et al, 2009b; WHO, 2011b; ARNOLD, 2012; SEISCENTO, 2012; GIL, 2014; HARRIES et al, 2015).

Porém, percebe-se que este conhecimento não está satisfatoriamente difundido entre os profissionais e gestores de saúde; o que pode ser observado através dos seus relatos e das práticas de atenção desenvolvidas *in labore*.

No momento em que os gestores foram questionados quanto ao conhecimento das recomendações da OMS sobre a gestão conjunta da TB e DM, publicadas em 2011, a metade deles respondeu que não conhecia tais recomendações. Ressalta-se que dentre estes, todos estão inseridos na esfera municipal:

“infelizmente eu não tenho conhecimento delas (recomendações da OMS). No último treinamento que eu fiz, recente da Pneumologia, foi falado alguma coisa, mas eu não tomei conhecimento desta linha não.” (G6)

“eu não conheço estas recomendações não.” (G1) (G2)

Entretanto, ao explorar sobre o conhecimento da associação da TB e DM, a maioria manifestou algum entendimento sobre esta interação. O que pode sugerir que, alguns gestores mesmo não obtendo o conhecimento das recomendações da OMS, publicadas em 2011, sobre a associação da TB e DM, têm a compreensão, através de outras vias de informação, dos riscos e dos prejuízos ao tratamento e ao prognóstico, oriundos da associação:

“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 prevalência; a tuberculose é um fator de risco pra diabetes, ela dificulta e torna o tratamento e a mortalidade maior.” (G11)

“eu conheço. A gente orienta, porém como a gente tem algumas metas que a gente tem que cumprir, a gente fica mais atento a estas metas, como a taxa de cura, testagem do HIV, avaliação dos contatos.” (G3)

Observa-se através deste último relato (G3), que há uma preocupação por parte do gestor em relação ao cumprimento das metas estabelecidas pelo PNCT no Controle da TB.

Estas metas foram estabelecidas em 2006, no Brasil, como “Plano Estratégico para o Controle da TB, no período de 2007 a 2015”. Elas definiram, em síntese: a detecção de 70% dos casos infectantes e cura de 85% dos mesmos utilizando a estratégia DOTS; a redução à metade da prevalência e mortalidade pela TB em 2015. O cumprimento da Resolução CD46 R.12 do Conselho Diretor com vistas a aprofundar o controle da TB em todos os países do continente para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM); a implementação da Nova Estratégia da OMS - “Alto à Tuberculose”- destinada a consolidar o DOTS com qualidade no mundo, a atenção integral da TB associada ao HIV e a MR-TB, o fortalecimento dos sistemas sanitários, a disponibilização ao enfermo e à comunidade de novas ferramentas como vacinas, medicamentos, recursos propedêuticos (BRASIL, 2006b).

Recentemente, ao atingir o cumprimento de parte destas Metas e dos ODM determinados pelas Nações Unidas, foram criadas novas ações pós-2015. Com isso, o mundo acordou uma estratégia para acabar com a TB como uma pandemia, introduzindo novas metas: redução da incidência para menos de 10 casos por 100.000 habitantes e a mortalidade em 95% até 2035, ou seja, aumentando a redução de novos casos, que hoje vem caindo 2% ao ano, para mais de 10% ao ano, durante os próximos vinte anos (SPS, 2015).

Percebe-se com isso, que o desafio é grande e que o conhecimento e as práticas voltadas ao cuidado aos pacientes com TB e DM associados podem ficar postergados pelos profissionais, que lidam diretamente com estes indicadores, e pelos gestores, que controlam, cobram e monitoram estes dados. Por isso, a associação entre TB e DM requer uma ampla divulgação por parte da OMS e de outras entidades governamentais. No intuito de incluí-la nas políticas públicas, vislumbrando ser meta para o controle destes agravos.

Por outro lado, pelos relatos abaixo, percebe-se que apenas conhecer o manejo não é suficiente para garantir que ele aconteça de fato nas práticas e ações de saúde. O manejo integrado precisa estar inserido no dia-a-dia dos profissionais, principalmente no âmbito da Atenção Primária, porta de entrada do paciente com o sistema de saúde:

“As diretrizes elas existem, já são publicizadas, elas devem ser seguidas. No entanto, há uma carência de um trabalho mais voltado junto aos profissionais ali na ponta, pra que ele possa ser seguido exatamente como está no Manual, como está sendo orientado.” (G10)

“E eu acho que o Ministério da Saúde e as Referências Estaduais podiam até colocar, impor mais isso. Duas doenças associadas, assim, sérias e com o tratamento conjunto diferenciado, eu acho que deveria falar mais, se estudar mais, colocar isso mais pra gente porque eu acho que é válido, é interessante, porém é pouco falado.” (G4)

Da mesma forma, a compreensão da associação entre TB e DM, relatada por aqueles gestores, não garante uma homogeneidade nas condutas clínicas a serem seguidas:

“... não, não existe troca, que eu saiba não existe troca de medicamento, a não ser que o paciente esteja com alguma alteração, alguma glicemia muito alterada e que seja necessária essa troca de medicamento. Aí é uma avaliação clínica, que eu, particularmente, não sei te falar como é que funciona aqui não. Agora, o prolongamento, não se faz prolongamento do tratamento, são seis meses mesmo, não prolonga o tratamento pelo fato dele ser diabético não”. (G7)

“o paciente com diabetes ele tem o tratamento por nove meses, um tempo maior, em relação ao paciente normal. Em relação à troca por insulina, tem que verificar pra ver se vai ter alguma reação adversa, adequar o medicamento. Então, é à medida que o paciente está em tratamento mesmo que o médico poderá observar e relatar isso.” (G10)

“... vários médicos que eu conversei, recém formados, não sabiam que o manejo do paciente com diabetes é diferente de um paciente comum, que não tenha essa patologia. É a questão, por exemplo, da mudança de medicação, tirar o hipoglicemiante oral, passar pra insulina, e o paciente que já é insulino dependente, ela aumenta o tratamento, que são coisas que eu fiquei sabendo quando eu fui nesse Encontro Estadual de Tuberculose, que foi falado disso.” (G4)

“na realidade a gente não faz um rastreamento específico para diabetes. Num paciente com diabetes fazer o rastreamento da TB, não. A gente faz mesmo é a identificação do sintomático respiratório. E o paciente ele é orientado, independente da co-morbidade que ele tenha, sobre os riscos de alguma reação adversa e a importância do tratamento dele.” (G8)

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 para pessoas com DM como para pessoas sem DM (WHO, 2011b). Especificamente no Brasil, o Ministério da Saúde preconiza que o tratamento da TB para pacientes que tenham DM associada seja igual ao da população geral. No entanto, a interação medicamentosa com 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 03 meses durante a fase de manutenção (BRASIL, 2014a). O Ministério da Saúde orienta a troca de alguns hipoglicemiantes orais por insulina para um melhor controle da glicemia, que deve ser mantida abaixo de 160 mg/dL, devido à interação com a rifampicina, que leva a diminuição da ação do hipoglicemiante (MIRANDA, 2012).

Outro aspecto observado nos relatos é a falta de adesão do paciente diante destes cuidados específicos, ou seja, de troca do hipoglicemiante oral por insulina ou prolongamento do tratamento. Este pode vir a ser outro dificultador para o sucesso do tratamento terapêutico:

“... quando o paciente vai fazer o tratamento da tuberculose associado ao diabetes, a gente muda o esquema terapêutico do hipoglicemiante e introduz a insulina, pelo menos durante o tratamento e depois vai rever isso no final e que normalmente, o tratamento tem sido estendido pra nove meses. O que tem sido um problema. Recentemente agora, a gente está com uma paciente muito resistente a tratar os nove meses”. (G5)

Outra questão que parece interferir no tratamento, segundo outra gestora, é a condição social do paciente:

“o manejo, ele varia de médico pra médico, que está conduzindo o caso. A minha preferência é que ele não use drogas orais, seja sulfonilurêias, seja biguanida. Minha tendência é que ele saia da internação, se ele estiver aos meus cuidados em uso de insulina, desde que a condição social dele permita. A gente tem pacientes que às vezes estão em situação de rua ou em presídios, situações que tornam essa abordagem um pouco mais dificultada.” (G11)

A constatação, observada através dos relatos dos gestores, de que as condutas clínicas são realizadas conforme o conceito de cada profissional, de forma divergente, nos motiva a pensar que o tratamento possa ficar prejudicado. Portanto, o não uso da insulina ou o seu uso de forma incorreta; na medida em que o profissional de saúde deixa de prescrevê-la ou deixa de estender o tratamento, se for necessário, reforçam a necessidade de criação de um protocolo ou de guideline para padronizar e direcionar o tratamento realizado pelos profissionais de saúde aos pacientes com TB e DM associados.

O conhecimento teórico e sua aplicação prática devem ser complementares na busca pela integralidade do cuidado.

5.3 Dificuldades para implantação do manejo integrado

Para repensar as ações de saúde assistenciais sustentadas na integralidade do cuidado faz-se necessário aprofundar sobre as dificuldades para implantação do manejo integrado, relatadas nos depoimentos dos gestores. Neste sentido, identificamos questões voltadas para o cuidado fragmentado; a rotatividade dos profissionais; a falta de capacitação dos profissionais; as prioridades na agenda governamental e a TB ainda vista como uma doença negligenciada.

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, impõe 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 perdendo a oportunidade de fazer avançar em qualidade de saúde e eficiência dos serviços prestados aos doentes de TB (VILLA; RUFFINO, 2009). O que também pôde ser observado neste estudo em relação ao cuidado com os pacientes com TB e DM associado. Destacam-se no relato dos gestores algumas destas dificuldades:

Cuidado fragmentado

Como já mencionado, nos sistemas fragmentados de saúde, a Atenção Primária não se comunica fluidamente com a Atenção Secundária e, esses dois níveis também não se articulam com a Atenção Terciária, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos (MENDES, 2011). Sendo assim, o cuidado torna-se fragmentado. Não havendo uma comunicação entre profissionais e setores.

A vigência de um sistema de saúde que se permeia pela fragmentação pôde ser observada pelo seguinte depoimento:

"aqui (na Epidemiologia) a gente não trabalha com a patologia diabetes, então eu não sei te falar como é feito o rastreamento de DM." (G1)

De forma semelhante, nos sistemas fragmentados a atenção é voltada para os casos agudos das doenças e só atua sobre as condições de saúde já estabelecidas, em momentos de manifestação clínica exuberante, auto-percebida pelos portadores, desconhecendo os determinantes sociais, os fatores de risco e o gerenciamento da condição ou doença (MENDES, 2011).

O cuidado segmentado tem se tornado uma prática cotidiana e enraizada entre os profissionais de saúde. À medida que surge uma proposta de mudança para estas práticas, algumas resistências vêm à tona, como a sensação de aumento de trabalho e o encaminhamento do paciente para o especialista. Esta determinação nem sempre é necessária, pois o paciente é atendido primeiramente na APS, e somente quando este nível de atenção não possui recursos necessários para este atendimento, o paciente é referenciado para outro nível de atenção. Esta segmentação, vista neste panorama, fica perceptível no relato do gestor:

“Isso é humano, as pessoas são muito resistentes a mudanças de um modo geral e especialmente quando a mudança acarreta maior trabalho, ou pelo menos a sensação de maior trabalho pra elas... A resistência é gigantesca, porque na Unidade Básica de Saúde, na Estratégia de Saúde da Família, eles entendem como uma obrigação o cuidado materno infantil; então é cuidar de gestante, cuidar de criança, vacinar; quando entra diabetes, hipertensão, já é uma carga que não estava muito no meu script. Quando a gente entra com a tuberculose - isso é uma coisa pra especialista, pra pneumologista.” (G12)

Esta forma de atenção se torna um ciclo vicioso e este “cuidado” à saúde prestada àquele indivíduo de forma fragmentada não abarca a integralidade.

Rotatividade dos profissionais

A alta rotatividade entre os profissionais de saúde foi o principal aspecto dificultador apontado pelos gestores para a criação de um protocolo local. Sejam eles médicos, enfermeiros ou agentes comunitários de saúde. A falta de vínculo entre o profissional e a instituição, para os gestores, impede a continuidade do cuidado, e conseqüentemente, este vínculo também é quebrado com o paciente ou usuário, provocando a interrupção do tratamento:

“a maior dificuldade é pela rotatividade dos profissionais” (G1) (G4) (G5) (G6) (G11)

“Não sei se em função de serem recém formados, que está chegando muito no município; a rotatividade é muito grande, e nós não temos treinamentos, nós não temos palestras pra quem está na assistência, pra acompanhar esses pacientes.” (G3)

Temos um estudo que objetivou avaliar o índice de rotatividade na rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. Ele demonstrou que o índice geral de rotatividade na rede no período de um ano foi de 8,35%, valor considerado aceitável pelos índices que fazem esta avaliação. Porém, o estudo traz resultados importantes como a prevalência de rotatividade entre médicos e enfermeiros, assim como uma alta rotatividade na APS (SANCHO et al, 2011). O que nos leva a uma reflexão sobre a importância da valorização do trabalhador para se atingir o cuidado integral do paciente, especialmente daquele proveniente da APS.

Assim, corroborando com os mesmos autores do estudo, temos que “a *continuidade do cuidado, considerada como um dos atributos da APS, é uma dimensão qualitativa do serviço experimentada pelo paciente que depende não só do grau de coordenação e integração da rede, mas do grau de vinculação dos profissionais com as famílias e comunidades* (SANCHO et al, 2011, p.444).

Outro estudo analisou as causas do índice de rotatividade entre médicos e enfermeiros de ESF. Ele apontou 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 (MEDEIROS et al, 2010). Uma vez que, a produção do vínculo é a verdadeira fonte da responsabilização mútua pela produção do cuidado (AYRES, 2009).

Estes estudos são ilustrativos do depoimento de uma gestora que relata a rotatividade, como sendo uma das causas que levam à precarização da AP:

“... eu não culpo a Atenção Básica, eu acho que são sistemas sobrecarregados, com um volume grande de atendimentos durante o dia e com uma alta rotatividade de profissionais; então, aquele médico começa a acompanhar o paciente e depois de três meses ela sai e vai pra outro emprego, aí entro outro médico, ou o posto fica sem médico, fica só com o enfermeiro, então, a gente tem dificuldades hoje que são reais e verdadeiras. Existem diversos Centros de Saúde que não contam sequer com o profissional médico e que a prescrição de medicamentos vai ficar um pouco prejudicada por conta disso.” (G11)

Corroborando com Monroe (2007), para o manejo da TB, nos sistemas municipais, é fundamental que os gestores de saúde garantam condições materiais e de recursos humanos necessários ao funcionamento e desempenho eficaz no controle da doença (MONROE, 2007). Esse contexto também pode ser refletido nos cuidados aos pacientes com TB e DM. Para que haja integralidade em saúde a partir do manejo integrado faz-se necessário que a rotatividade dos profissionais de saúde seja pesquisada e controlada nos diferentes níveis de atenção.

Falta de capacitação relativa à associação TB e DM

Os gestores possuem um papel fundamental no processo de capacitação, pois são co-responsáveis por identificar as fragilidades dos profissionais e o impacto que elas podem causar nos resultados e nos indicadores de saúde. Desta forma, eles precisam proporcionar apoio para que os profissionais se sintam motivados a realizar as mudanças exigidas, garantindo e estimulando a participação destes nos cursos que são oferecidos. Aspectos como limitação profissional ou falta de motivação foram citados como características de alguns profissionais da assistência:

“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)

“... questão de falta de incentivo para você querer montar esses projetos e fazer isso acontecer na prática, às vezes falta... motivação.” (G4)

O gestor precisa manter-se atualizado, participando de eventos e encontros, promovendo educação continuada, acompanhando as tendências e desafios do sistema de saúde, tendo clareza das suas responsabilidades no sucesso da organização (MEZOMO, 2001). Para ter condições de promover a Educação em Saúde de sua equipe. Porém, esta não é uma tarefa fácil, e desponta como uma dificuldade vivenciada por alguns gestores:

“... eu acho que os profissionais ficarem atentos em pedir a glicemia, tem hora que alguns exames passam meio despercebidos.” (G3)

“... a dificuldade que eu vejo é entre os profissionais mesmo, tentar articular esta questão da tuberculose com o paciente com diabetes com mais ênfase, né. Então, eu acho que deveria ter um treinamento, um treinamento mais específico, eu acho que teria que ter uma ênfase maior.” (G2)

“... no geral aumentou muito o número de diabéticos e aí, de quebra aumentou o número de casos de tuberculose associados à diabetes. Então, a gente vai ter que amadurecer isso no Programa Bate Coração; o difícil também é tirar o povo pra treinamento.” (G5)

Outras prioridades

O Ministério da Saúde instituiu em 2006, a chamada Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS), que tem como pressuposto respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos (BRASIL, 2008). Dentre as ações selecionadas como prioritárias para a realização de pesquisas, as doenças transmissíveis merecem destaque. Entre os desdobramentos desta agenda, tem-se na alínea 19.2.1.3:

Novas estratégias de controle, diagnóstico precoce e novas técnicas diagnósticas em tuberculose para grupos especiais (BRASIL, 2008, p.48).

Entretanto, a agenda não especifica quais seriam estes grupos especiais. Entendemos que a DM seja uma co-morbidade importante que permite incluí-la neste requisito, visto todo o referencial de associação TB e DM.

Observa-se que a consolidação do manejo integrado entre TB e DM ainda não é identificado como uma prioridade do governo e das instituições de saúde como uma prática de atenção à saúde. Apesar de ser uma recomendação da OMS desde 2011.

Harries e colaboradores (2015) observam que é necessário apoio político de alto nível dentro dos países, bem como apoio financeiro internacional e suporte técnico para programas envolvendo estas doenças sendo essencial para impulsionar a agenda de prioridades do governo (HARRIES et al, 2015).

Muitos gestores apontam e concordam que este assunto é um dificultador ou impeditivo para enfrentar uma implantação, futuramente, do manejo integrado:

“Eu acho que deveria ter uma mobilização mesmo destas partes da academia, da classe médica, de associações, pra que, juntos, eles possam mobilizar e trazer isso pra Secretaria, pra ser prioridade pra Secretaria. Atualmente, ela tem outras e outras prioridades. Então, numa escala de prioridades, não é uma prioridade ainda a ser tratada e eu acho que deveria ser.” (G10)

“... porque acaba que se isso não é incorporado no Ministério, a gente que é do município consegue fazer por si só, mas eu fico pensando no restante do Estado, que não tem essa dinâmica, essa iniciativa e depende de protocolos ministeriais pra poder desenvolver as ações de tuberculose nos municípios. Então, se o Ministério não colocar no protocolo que é importante fazer o rastreamento do diabetes, que é importante, no caso da tuberculose, aquele município pequeno não vai fazer; aí ele vai priorizar o quê? o idoso, uma gestante e não vai priorizar o paciente com tuberculose.” G(7)

Por outro lado, analisando diferente ponto de vista, temos que o manejo integrado da TB e DM ainda não é prioridade na saúde por existirem outras áreas que merecem atenção:

“Você sabe que a gestão é sempre baseada em prioridades, a gente não consegue abarcar tudo que a gente gostaria de fazer porque tem coisas mais urgentes, mais prioritárias, que merecem uma atenção mais especial naquele momento até superá-la e depois você vai encarar outros problemas. A gente tem dependendo da situação específica de cada local, quadros que nos remetem a necessidade de priorização.” G(12)

De acordo com um estudo realizado em São Paulo, Monroe (2007) nos 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, assim como a outras prioridades de saúde com caráter emergencial, como a dengue. Ela salienta que grupos populacionais marginalizados e vulneráveis, como existem entre os pacientes com TB, são desprovidos de capacidade reivindicatória, o que pode contribuir pela baixa mobilização em torno da doença e, conseqüentemente, pelo descompromisso como prioridade na agenda pública de saúde (MONROE, 2007).

Portanto, faz-se importante conhecer sobre prioridades de saúde no país.

Doença negligenciada

O termo “doenças negligenciadas” toma como base o fato de que por um lado elas não despertam o interesse das grandes empresas farmacêuticas multinacionais, que não vêem nessas doenças compradores potenciais de novos medicamentos, e por outro lado, os estudos dessas doenças vêm sendo pouco financiados pelas agências de fomento. Para muitos a utilização do conceito de doenças emergentes e re-emergentes é mais adequada para se referir a este

conjunto de doenças, na qual a TB faz parte (VALVERDE, s/d; SOUZA, 2010; BRASIL, 2010b).

Alguns depoimentos demonstram que a TB ainda é uma doença permeada por preconceitos e estigmas, vinculando a doença à classe social menos favorecida economicamente:

“...um dos grandes problemas nosso aqui hoje, ainda, é o diagnóstico precoce; porque já tem a recomendação – pacientes com mais de duas semanas, com tosse seca, pedir baciloscopia – e eles pedem? não. Só depois de muito tempo que eles atinam, e tem ainda um estigma também, que eles podem até pedir baciloscopia, lá na Unidade Básica de Saúde, de um paciente pobre, mas eles não pedem no consultório particular. É como se a pessoa que tem uma condição social melhor não possa ter tuberculose. Então, só o pobre tem. Então, ainda é muito estigmatizado, a tuberculose é doença de pobre.” (G10)

“... primeiro porque a Atenção Primária não gosta de atender tuberculose; eles têm medo, eles encaminhavam pra referência, é porque eles ainda têm aquele estigma “*bacilífero, né*”, e muitas das nossas unidades não tem aquela questão da ventilação adequada, então eles ficam mais reservados, não gostam muito.” G(3)

Recente estudo realizado no Rio de Janeiro sobre doenças negligenciadas identificou que em relação ao nível de financiamento internacional para pesquisas como HIV/AIDS, TB e Malária tem recebido investimentos significativos, não podendo ser mais consideradas como “negligenciadas”, quando levado em consideração apenas a questão de financiamento (SOUZA, 2010).

Sobre este aspecto, o Ministério da Saúde iniciou ações com relação às doenças negligenciadas em 2003. Já em 2008, foram estipuladas algumas prioridades nesta área, como a seleção de projetos para formação e consolidação de Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia (INCT) (BRASIL, 2010a).

Ainda que alguns avanços venham ocorrendo em relação à atenção à TB, percebe-se, na prática assistencial, segundo alguns gestores, que a característica da negligência ainda perdura:

“... a tuberculose ainda traz aquele negócio, aquela coisa do passado, eles associam muito a morte, ao preconceito, e aí na visita domiciliar você tem um espaço pra desmistificar um tanto de coisa, esclarecer que não tem que separar as coisas.” G(5)

“Uma pesquisa, primeiro na população geral, com base populacional feita no Brasil inteiro, detectou que 50% da população desconhece a existência da tuberculose. As pessoas acham que a tuberculose é uma doença que foi erradicada, não existe mais. Então, à medida que você acha que aquela coisa não existe, ela não tem como te afetar. Pra complicar este cenário, uma outra pesquisa realizada dentro da categoria médica, 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 uma grande ignorância dos profissionais médicos que também não sabem detectar e tratar”. (G12)

Podemos inferir baseado nesta pesquisa do relato (G12), que se a metade dos profissionais não sabe diagnosticar e nem tratar a TB, o quadro de transmissão tende a se acelerar, prejudicando o controle da doença e conseqüentemente agravando os prejuízos com a associação da DM e com outras co-morbidades.

Diversos estudos (NETTO, 2002; VALCARENGHI, 2013; GIL, 2014) consideram que a associação entre TB e DM é subvalorizada, mesmo com o incremento das pesquisas.

Assim, “... além do aumento da prevalência de distúrbios metabólicos, várias doenças infecciosas permanecem endêmicas em diversas regiões, como é o caso da hanseníase, da tuberculose, da leishmaniose, das hepatites virais, entre outras, assim como condições emergentes nas últimas décadas, como a infecção pelo HIV/Aids” (PONTE et al, 2010, p.785).

No Brasil, a incipiência do tema, a falta de conhecimento dos profissionais sobre a associação entre TB e DM, verificada no presente estudo, nos leva a sugerir que o caminho para o manejo integrado ainda é um desafio.

5.4 A Desarticulação entre as esferas governamentais e os níveis de Atenção à Saúde

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 de articulação entre as esferas governamentais e entre os níveis de Atenção:

“... às vezes o paciente que é HIV, ele demora até trinta dias para conseguir consulta com o infectologista. A gente tem essa dificuldade ainda com os outros agravos. Mas eu acho assim, tem que trabalhar, principalmente o governo estadual dando apoio ao municipal e o federal divulgando mais esta linha, que eu não vi tanto o federal divulgar e nem o estadual. Porque são ações que tem que ter o apoio dessas outras instâncias. Porque só o municipal não dá conta não.” (G6)

“... não acho que eles estão preparados para isso. O município, apesar da gente não ter esta dificuldade, ele vai ter que articular algumas coisas. Então, do ponto de vista do município, agente consegue fazer isso. Não acho que o Estado está preparado. Hoje o Estado ele tem como referência só um hospital, isso é um grande dificultador. Nós, em nosso município a gente tem alguns hospitais que até recebem pacientes com tuberculose, mas não tem profissionais preparados pra poder fazer esse atendimento.” (G7)

“... acho que não. Até porque a nível Estadual e mesmo Federal - Federal até a gente não acompanha tão de perto - mas a nível Estadual, as abordagens são feitas em áreas diferentes. Então, eu não conheço, eu realmente desconheço esta integração entre a diabetes, que é uma doença não transmissível, e a TB. Tanto que, dentro do Estado, a tuberculose está dentro da Pneumologia Sanitária. Sendo discutido junto com tabagismo, com DPOC, mesmo sendo estratégias de abordagens diferentes. Então assim, pode ser que agora tenha essa conversa pra ver esta integração. Mas, hoje a nível de organização de Estado eu não vejo. No município, isso de certa forma acontece.” (G8)

A falta de apoio dos governos advindos da descentralização; a carência de recursos de alguns municípios para manter o seu financiamento próprio; o despreparo dos profissionais em atender os pacientes com TB e outros agravos, demonstrando esta “desarticulação” entre os entes federados e níveis de atenção.

Outra questão apontada que se destaca refere à forma de organização dos programas em secretarias e departamentos diferentes:

“... A gente tem uma dificuldade adicional no caso da diabetes porque historicamente e dentro da organização de toda a rede são Programas que estão em Secretarias diferentes, no nível federal um está na SAES outra está na SVS e nos níveis estaduais e municipais na maioria dos Estados porque quase sempre a diabetes está na Atenção Primária, na assistência e nunca na vigilância, e em alguns lugares já é Atenção Primária dentro da perspectiva da Estratégia de Saúde da Família, etc. Então, quando você tem essa reprodução de estrutura nos três níveis se torna muito mais fácil.” (G12)

Sobre este aspecto temos definições bem definidas relativas às competências da Vigilância Epidemiológica e do papel da Atenção Primária.

A Vigilância Epidemiológica disponibiliza informações atualizadas sobre a ocorrência de doenças e agravos, bem como dos seus fatores condicionantes em uma área geográfica ou população determinada para a execução de ações de controle e prevenção. Além disso, é um instrumento importante para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, como também para a normalização de atividades técnicas correlatas.

A Atenção Primária tem como fundamentos o acesso a serviços de saúde de qualidade e com resolutividade de acordo com o princípio da equidade, com território adscrito; efetivar a integralidade; desenvolver relações de vínculo entre equipes e população, garantindo a continuidade das ações de saúde; valorizar os profissionais de saúde através de sua formação e capacitação; realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados; e estimular a participação popular e o controle social.

Visando à operacionalização da Atenção Primária, definem-se como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional: a eliminação da hanseníase; o controle da TB; controle da hipertensão arterial; controle da DM; a eliminação da desnutrição infantil; a saúde da criança, da mulher e do idoso; a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2014a).

Por outro lado, temos os relatos de gestores que identificam a articulação dos programas de saúde e desses papéis para implantar um protocolo de manejo em seus municípios:

“a vigilância aqui de (X), a gente trabalha juntamente com a Atenção Básica. A gente tem a Diretoria Operacional da saúde que está diretamente com a Atenção Básica lá dentro. A gente trabalha em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, Equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Então, o coordenador que é da saúde do adulto, que é responsável pela hipertensão e diabetes e as doenças renais, a gente trabalha junto com ele pra fazer ações e conjunto; não só tuberculose, e da hanseníase, mas hipertensão e diabetes.” (G6)

“A gente tem a Coordenação do Programa de Diabetes junto com a gente, na mesma sala, sobre a mesma chefia. Não acredito haver dificuldade da gente sentar e propor isso. Eu acho que esta parceria já ocorre sem ter firmado no papel, mas eu acho que é perfeitamente possível a gente fazer esse protocolo e implantar na Rede.” (G7)

De quem é a responsabilidade?

Todas estas situações citadas nos fazem estabelecer questionamentos, porém um deles requer destaque: Afinal, de quem é a responsabilidade pelas articulações e pelas mudanças nas ações de saúde?

“... porque as pessoas não tem tempo pra fazerem esta articulação, não existe articulação se não tiver um gestor interessado em articular. Ninguém articula por si próprio, tem que ter alguém, como uma marionete, tem que ter alguém em cima articulando estas coisas. 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 e falta de querer fazer porque os profissionais em si, dentro do seu trabalho, eles não conseguem ter uma visão mais além, a visão é muito focada no seu ambiente de trabalho”. (G10)

Segundo Vidotti (2012), o texto constitucional demonstra através do artigo 196 e lei 8080/90, que a concepção do SUS está fundada na formulação de um modelo de saúde voltado às necessidades da população, resgatando o compromisso do poder público com o bem-estar social, principalmente no que tange à saúde coletiva,

com a majoração do alcance preventivo ou de controle de enfermidades. E que a responsabilização pelo desenvolvimento de políticas de saúde deve ser compartilhada entre os entes federados:

O dispositivo constitucional deixa claro que, para além do direito fundamental à saúde, há o dever fundamental de prestação de saúde por parte do Estado (União, Estados, Distrito Federal e Municípios). O dever de desenvolver políticas públicas que visem à redução de doenças, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde está expresso no artigo 196. A competência comum dos entes da federação para cuidar da saúde consta do art. 23, II, da Constituição. União, Estados, Distrito Federal e Municípios são responsáveis solidários pela saúde, tanto do indivíduo quando da coletividade e, dessa forma, são legitimados passivos nas demandas cuja causa de pedir é a negativa pelo SUS (seja pelo gestor municipal, estadual ou federal), de prestações na área de saúde. O fato de o Sistema Único de Saúde ter descentralizado os serviços e conjugado os recursos financeiros dos entes da federação, com o objetivo de aumentar a qualidade e o acesso aos serviços de saúde, apenas reforça a obrigação solidária e subsidiária entre eles (VIDOTTI, 2012, p.222).

A articulação ou “desarticulação” entre os entes governamentais é referida por especialistas em saúde pública e gestão. Assim, Wagner Gastão, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde argumenta que “... *não identifiquei uma vontade política sólida para articulação do sistema nacional de saúde. O governo federal e a maioria dos governos estaduais têm políticas focais – várias necessárias e justificadas, mas com objetos e objetivos diferentes*” (CONSENSUS, 2015, pág. 8).

Na visão da pesquisadora Tânia, as doenças negligenciadas, como a TB, não devem esperar apenas por planejamentos do governo federal, mas tem que haver ação na ponta. Segundo ela, a articulação entre os entes governamentais é muito importante, e que as doenças negligenciadas não precisam perdurar nas trocas de governo (Tânia Araújo Jorge apud Valcarenghi, 2013). Esta se configura uma realidade de difícil controle, pois depende da boa vontade política dos gestores e da pressão dos profissionais, das academias e de pesquisadores.

Por outro lado, esta pressão deve partir também dos profissionais de saúde, que precisam exercer sua autonomia política na busca pelo cuidado emancipatório (PIRES, 2004). Ou seja, a gestão do cuidado prescinde do conhecimento político do profissional frente aos problemas de saúde da população.

Portanto, entende-se que as mudanças nas ações e práticas de saúde devem ser uma iniciativa compartilhada entre os governos, gestores, profissionais e pesquisadores. Porém, quem define as prioridades na agenda política e quem

administra localmente os cargos de gestão têm a competência legal e jurídica para estabelecer estas medidas, que dependem de boa vontade e iniciativa, pois o gestor não pode ser apenas um administrador interno. Ele deve participar diretamente do processo de elaboração de políticas em virtude de sua posição como líder das unidades administrativas (MEZOMO, 2001).

Os gestores estão numa posição única para identificar as questões de políticas emergentes por meio de programas que eles dirigem e de pessoas a quem eles servem, muitas vezes antes que as questões se tornem problemáticas o suficiente para serem considerados problemas públicos (WU et al, 2014).

Descentralização e Regionalização

Outro importante aspecto mencionado pelos gestores é relacionado ao processo de Descentralização nos Programas de TB e que também remete à articulação das esferas governamentais para a criação de um Protocolo de Manejo Integrado.

Diante dos questionamentos sobre a atenção aos pacientes com TB, considerando a Linha Guia Ministerial, este processo foi bastante discutido:

“... em 2004, quando eu comecei, foi quando teve um plano emergencial nas ações de tuberculose, na época, aí teve até uma força tarefa que veio pro município aqui, foi contratado pelo Ministério da Saúde, pra ajudar a fazer uma avaliação do programa e pra descentralizar o programa.” (G5)

“... lá no município o programa era centralizado até o ano de 2013, em 2014 nós conseguimos descentralizar o programa. Então, até 2013 quem fazia o diagnóstico e tratava era uma Unidade Básica de Saúde.” (G2)

“O Programa de Tuberculose em nosso município, ele é 100% descentralizado para todos os Centros de Saúde e Equipes de Saúde da Família.” (G7)

A descentralização da gestão e das políticas de saúde no país – feita de forma integrada entre a União, Estados e Municípios – é um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), e foi estabelecida a partir da Constituição Federal de 1988 e regulamentada pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90. De acordo com este princípio, 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 e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade (BRASIL, 1990).

Desta forma, temos que a nova responsabilidade constitucional do Ministério da Saúde exigiu reformulações organizacionais para implementar o processo de descentralização, conforme descreve o gestor:

“... nós temos um protocolo bem estabelecido, tanto pra diagnóstico como pra tratamento, e nós vimos como prioridade desta gestão, como uma demanda do próprio Ministério – um processo de descentralização da assistência. Hoje a gente tem a informação de que, aproximadamente, trinta e seis mil Unidades de Saúde do Brasil fazem algum tipo de assistência ao paciente com tuberculose, seja no diagnóstico, seja no tratamento; sem falar da prevenção, pensando aí na vacina BCG” (G12)

Cada esfera de governo é autônoma e soberana em suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade. Neste sentido, a autoridade sanitária do SUS é exercida: na União, pelo Ministro da Saúde; nos Estados, pelos Secretários Estaduais de Saúde; e, nos Municípios, pelos Secretários Municipais de Saúde.

Os serviços prestados são organizados em níveis crescentes de complexidade, em unidades geográficas específicas e para clientela definidas. No entanto, a oferta de ações e serviços do SUS se organiza a partir da constituição de regiões de saúde (regionalização). Cada região formada nos Estados deverá garantir a integralidade no atendimento através da parceria entre os Municípios componentes (BRASIL, 2006a).

Baseado nos relatos daqueles gestores pode-se perceber que o processo de descentralização ocorreu de forma gradativa entre os municípios, enquanto no município (05) ele começou a partir de 2004, no município (02) ele somente se efetivou em 2014. Uma possível explicação para esta dissonância refere-se justamente à existência de disparidades entre as regiões de saúde. Enquanto alguns municípios apresentam-se mais evoluídos economicamente, outros mantêm níveis mais baixos de desenvolvimento. O que pode ser reforçado pelas seguintes falas:

“... eu fazia na época muitas visitas pra tentar trabalhar com os casos de risco de abandono, mas como a gente tem no município, um IDH baixo, o perfil dos pacientes são usuários de álcool, drogas, então assim, às vezes eu não consigo aderência a esses casos, que tem um risco maior de abandono por esta fragilidade.” (G2)

“... 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, essa iniciativa, não essa propriedade pra poder fazer e depende de protocolos ministeriais pra poder desenvolver as ações de tuberculose nos municípios”. (G7)

Nesta perspectiva tem-se uma vertente que faz uma análise deste processo e nos instiga a refletir se realmente houve descentralização desde a promulgação da constituição: *“pode-se dizer que houve descentralização na política de saúde brasileira no que diz respeito à transferência de ações para níveis territoriais menores. Porém, ao se considerar a concentração dos recursos na esfera central de governo pode-se dizer que ela é incompleta, e que às vezes chega a inviabilizar, por insuficiência de recursos, o funcionamento de programas (concebidos de forma vertical) e serviços locais.”* (LUZ, 2001, apud PINHEIRO; MATTOS, 2001, p. 24).

Trazendo esta reflexão para os dias atuais para verificarmos a evolução do processo de descentralização, tem-se o estudo de Rodrigues em que ele diz que o argumento da descentralização como forma de democratização da política de saúde não leva em conta a realidade demográfica da maior parte dos municípios brasileiros, que não tem uma população suficiente para demandar um sistema de saúde propriamente dito, com diferentes níveis de complexidade da atenção (RODRIGUES, 2014).

Exemplo disso é a situação em Minas Gerais, a unidade federada que tem o maior número de municípios no Brasil (853); a macrorregião no Centro de Minas Gerais, na qual inclui Belo Horizonte, tem 102 municípios e mais de seis milhões de habitantes (SANTOS, 2013, apud RODRIGUES, 2014). A situação não é diferente quando se examinam as 77 microrregiões do estado; a maior delas tinha 3,2 milhões de habitantes em 2012, sendo composta por 13 municípios. Um número tão grande de municípios que compõem várias macrorregiões e microrregiões evidentemente dificulta a coesão em torno de decisões de interesse comum (RODRIGUES, 2014).

Desta forma, a descentralização e a regionalização têm como objetivos 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 garantir a integralidade e equidade na esfera municipal da saúde (BRASIL, 2006a).

Os problemas apontados pelos gestores advindos da descentralização relativos a disparidades regionais e insuficiência de recursos econômicos podem ser desafios ou impeditivos para a implantação do Manejo integrado da TB e DM. Visto que os municípios precisam fazer investimentos nesta área.

Por outro lado, percebe-se que o processo de descentralização direcionado aos municípios também apresentou aspectos favoráveis.

No intuito de ampliar o cuidado ao tratamento do paciente com TB o governo adotou uma estratégia, em parceria com o Conselho Federal em Farmácia, ao inserir o profissional farmacêutico no Programa de Controle da TB:

“... a gente conseguiu implantar Farmácia Clínica aqui pra tuberculose. Aonde tem feito, o paciente consegue identificar a orientação que o farmacêutico pode oferecer, as reações adversas, e ele faz o acompanhamento na Unidade Básica. Então, o tratamento é descentralizado. Só em caso de ter alguma intercorrência, aí o paciente é encaminhado pra Atenção Secundária (G8).”

“... ele (o paciente) tem consultas mensais com o farmacêutico, nós temos um projeto de Assistência Farmacêutica aqui no município.” (G7)

Conforme a Resolução Nº 585/ 29 de agosto/ 2013, do Conselho Federal de Farmácia, foi instituído como uma das atribuições do farmacêutico, a Farmácia Clínica, área da farmácia voltada à prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, prevenir doenças (CFF, 2013).

Um dos gestores possui a graduação em farmácia, e apesar de não ter mencionado a contribuição direta do profissional farmacêutico na otimização da adesão ao tratamento, pode-se inferir, através do seu relato, que isto tem contribuído para a orientação e aceitação do tratamento pelos pacientes:

“... quando você está mais próximo você consegue identificar a interação medicamentosa, a intolerância e diante disso você consegue trocar algum medicamento, substituir, e manter a tomada correta do medicamento pra evitar assim o abandono, a recidiva; o intuito é com a cura.” (G6)

Outro aspecto positivo apontado referente à descentralização foi relativo à aproximação que o paciente passou a ter juntamente às ESF:

“... a gente não fez uma descentralização gradativa, a gente fez piloto que viu que era importante descentralizar que seria uma coisa pra criar mais vínculo ou diminuir abandono. Então, foi visível o ganho que a gente teve com esse processo de descentralização.” (G5)

Este relato aproxima-se com muita precisão do sentido da integralidade: fazer com que o processo de descentralização possa vir a criar o vínculo do paciente com o sistema de saúde, principalmente na Atenção Primária, onde, espera-se que este processo seja iniciado.

Em consonância com esta concepção, Silva Júnior e Mascarenhas (2004) entendem que a integralidade é um atributo das práticas dos profissionais de saúde, no qual, pode ser expressa através da articulação entre o acolhimento e o vínculo, numa postura em que o profissional valorize o cuidado, se revelando sensível a apreender a diversidade das demandas dos usuários assistidos, bem como respeitando a singularidade de cada um deles (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Referência e Contra-referência

O Sistema Único de Saúde - 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.

O principal elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contra-referência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços:

“... o fluxo dos usuários através de sistemas organizados de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar são imprescindíveis 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” (BRASIL, 2007b, p.94)

O Ministério da Saúde define este sistema como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família (BRASIL, 2007b); a referência e contra-referência realizada de forma efetiva e organizada também é manifestação da integralidade da saúde. Porém, este sistema tem apresentado falhas segundo os relatos de alguns gestores:

“... e outra coisa, seria esta questão da referência e contra referência que a gente tem um grande dificultador. Porque se conseguisse, o que eles estão tentando implantar no SITE TB, que é nacional, onde você entra numa plataforma online e você sabe que o é paciente seu; você faz

acompanhamento, você sabe se ele iniciou, se ele tomou o medicamento, você vê o comprometimento de um município em relação aquele munícipe que não é dele, daquele paciente que não é dele e foi tratado, e tem que encaminhar a informação pro outro município, pra dar sequência.” (G6)

“Eu passo pras Unidades, essa questão da Atenção Primária, de atender os pacientes que são tratados com tuberculose na Atenção Secundária, que eles não deixem de lado, que eles acompanhem, mesmo eles sendo atendidos na Atenção Secundária, que os pacientes são deles, porque eles moram naquela região. Então, eu sempre peço para eles os relatórios, com as informações “*ah, como é que está a paciente tal?*”... e assim a gente vai trabalhando...” (G3)

“... uma coisa que eu vejo muito e é uma grande fragilidade, é a dificuldade hoje dos hospitais de receber um paciente grave de tuberculose, de ter isolamento. A referência hoje é Júlia Kubitschek. Então você tem um hospital das clínicas, mas não tem um leito de isolamento pra tuberculose, e às vezes fica naquela questão do favor. Ah, liga “*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.” (G10)

Percebe-se que expressões como “comprometimento”, “encaminhar a informação”, “dar sequência”, “não deixar de lado”, “dificuldades de receber um paciente grave”, “pacientes são deles”, “falhas da regulação”, são mencionadas pelos gestores para representar a fragmentação na saúde e ao mesmo tempo demonstra a co-responsabilização que os profissionais têm pelo acompanhamento do paciente nos diferentes níveis da atenção.

Um estudo realizado em Minas Gerais analisou a percepção dos profissionais de saúde da APS sobre o sistema de referência e contra-referência no estado. Foi observado, na visão destes profissionais, que existe uma falha de comunicação entre os diferentes níveis de atenção no SUS, o que caracteriza um modelo fragmentado de saúde, uma vez que os usuários encontram dificuldades de acesso aos serviços de saúde nos níveis de média e alta complexidade; e que a contra-referência para as Equipes de Saúde da Família, da região estudada, é deficitária, e que a maioria dos profissionais afirma que ela não acontece (COSTA et al, 2013).

A falta de avaliação do sistema de referência e contra-referência e de normas que o definam, faz com que este sistema se organize conforme características pessoais de cada profissional que encaminha o usuário, bem como daquele atuante nos serviços secundários e terciários, responsáveis pela contra-referência (MENOZZI, 2013).

Por outro lado, as informações bem conduzidas podem contribuir para o planejamento das ações de referência e contra-referência dos pacientes. Uma

notificação preenchida corretamente gera confiabilidade nos dados e auxilia no controle dos agravos.

Outra gestora também relata a dificuldade nos sistemas de informação:

“..isso ajuda a impactar nos dados do Estado, porque a gente sabe que precisa de estar atualizando, porque às vezes a informação não sobe. Tem um problema no Sistema de Informação (SINAN) que é antigo, porque por mais que na nossa base a gente atualiza, as informações se perdem nestas versões que vão surgindo. Então tem esses problemas, que o pessoal queixa muito”. (G5)

Observando a fala do gestor (G6), em que ele indica o SITE-TB como facilitador do processo de notificação do paciente, tem-se o estudo de Santos, que nos apontam para esta necessidade dos profissionais de saúde conhecer e preencher corretamente a Ficha de Notificação de TB (SANTOS, 2013b).

Por outro lado, verificamos, pela percepção do gestor abaixo que o Manual de Recomendações de TB do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) prevê os casos que devem ser atendidos pela APS e quais devem ser referenciados para outros níveis de atenção:

“... o Manual de Recomendação, ele só fala para você mandar para um lugar de maior complexidade casos de intolerância medicamentosa que não pode tomar o quatro em um, casos de tuberculose resistente, e casos de co-infecção com HIV. Os demais é Atenção Primária. Mais de 90% dos casos era pra ser atendido na Atenção Primária, no mesmo local da diabetes, que também vai ter o seu Centro de Referência em caso de pé diabético ou que já perdeu o controle e tal” (G12).

Entretanto o entendimento deste fluxo de referência e contra-referência nem sempre é compreendido ou executado entre gestores e profissionais nas instituições de saúde. Isto pôde ser observado através de alguns relatos:

“Nós, em nosso município a gente tem alguns hospitais que até recebem pacientes com tuberculose, mas não tem profissionais preparados pra poder fazer esse atendimento.” (G7)

“Ambulatorialmente, talvez estes pacientes venham encaminhados de outras instituições, e possivelmente, eles não chegam a ter dosagem de exame de sangue em algumas circunstâncias, como quando os pacientes estão internados, em tratamento, com evolução favorável em que não demanda a realização de exames de laboratório. Mas, geralmente ele é vinculado à Unidade Básica de Saúde, e agente espera que ela também esteja desempenhando o papel dela.” (G11)

“... [porque a Atenção Primária não gosta de atender tuberculose. Por eles, encaminhavam pra referência].” (G3)

Com isso, podemos deduzir, em concordância com Starfield, que um dos desafios da atenção primária é determinar se a responsabilidade para lidar com enfermidades específicas (como a TB e/ou DM) é do médico de Atenção Primária ou do especialista da atenção secundária ou terciária. Segundo a pesquisadora, estes profissionais 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 (STARFIELD, 2002).

Portanto, percebe-se que a constituição de Redes de Atenção otimizando o acesso e a utilização dos demais recursos de saúde; assegurando os mecanismos de comunicação que qualificam o cuidado (a referência e contra-referência) ainda constituem um desafio para o SUS (BRASIL, 2007a).

Analisando por outro aspecto, torna-se importante compreender o que faz com que os pacientes com co-morbidades sejam referenciados para outros níveis de atenção, em qualquer situação, mesmo estando compensados clinicamente. Trata-se de despreparo e desconhecimento da co-morbidade? É a sobrecarga da atenção primária? É a busca pelo atendimento especializado e mais qualificado ao paciente? Estas questões devem ser refletidas, pois os protocolos definem as competências de cada nível da atenção, mas para que o sistema de referência e contra-referência seja garantido com efetividade, estes “papéis” precisam estar clarificados no cotidiano das Instituições e dos profissionais de saúde.

5.5 Os olhares voltados para o manejo integrado da TB e DM

A busca pela implantação do manejo integrado da TB e DM, que oriente esta prática, entre os gestores e profissionais de saúde, garantindo a integralidade do cuidado ao paciente e usuário, constitui-se como o objetivo principal da construção desta pesquisa. Por isso, faz-se extremamente importante analisar, sob a perspectiva destes atores sociais, quais as formas ou maneiras de se articular tal proposta. Dentre as apontadas, aquelas que se sobressaíram foram: o fortalecimento da APS; a educação em saúde e o Tratamento Diretamente Observado, este aparece tanto como um facilitador quanto como um impedimento para este avanço.

Atenção Primária em Saúde

Dentre os fundamentos da Atenção Primária, temos a efetividade da integralidade em seus vários aspectos: integração de ações programáticas e demandas espontâneas; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, coordenação do cuidado na rede de serviços e outros (BRASIL, 2007b).

Ao serem questionados sobre a possibilidade de implantação do manejo integrado, alguns gestores explanaram que o caminho mais apropriado para articular tal ação seria através da Atenção Primária:

“... seria na Atenção Primária na questão de uma Linha de Cuidado pra Tuberculose e Diabetes em conjunto. Ou então, na própria Linha Guia da Diabetes ou da Tuberculose ter uma descrição de como se maneja estas duas doenças, em conjunto.” (G10)

“Então, aproveitar essa imensa, gigantesca 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. Então, você tem aquela pessoa ali e não compartimentalizá-la: HIV, diabetes, tuberculose, hipertensos, mas fazer um atendimento integral nas portas de entrada.” (G12)

De acordo com o 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 (BRASIL, 2007a). 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”* (STARFIELD, 2002, p.12).

Apesar desse destaque há relatos de que a APS não tem conseguido fazer o seu papel ou apresenta dificuldades nesta construção:

“... eu vejo uma dificuldade na Atenção Básica de analisar individualmente o paciente portador da tuberculose. Assim, eu vejo a Atenção Básica fazendo o papel que lhe cabe, mas a gente sabe que estes pacientes não são supervisionados da maneira como deveriam ser, em termos de ingestão de medicamentos e eu não vejo tanto livre acesso à questão de exames de laboratório, com a mesma facilidade do paciente que está internado.” (G11)

“... eu acho que a própria fragilidade da Atenção Primária, da estrutura hoje. Não só da Atenção Primária, mas da própria Secretaria de Estado, que hoje está esvaziada, na maioria das coordenações, com poucos funcionários, com poucos recursos. Então, pra você elaborar uma Linha Guia, você tem que ter recursos pra isso, tem que ter recursos pra treinar, pra estar implantando”. (G10)

Conforme já referido, recentemente foi preconizado pela OMS a Nova Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da TB pós-2015. Ela tem como objetivo principal aumentar a redução de novos casos, que hoje vem caindo 2% ao ano, para mais de 10%, durante os próximos vinte anos. Ela apresenta alguns pilares e componentes que estão focados, dentre outros, na Proteção Social e na gestão de co-morbidades (WHO, 2015).

Desta forma, conseguimos inferir através do relato daquele gestor (G12) em consonância com a Nova Estratégia da OMS que se faz necessário trabalhar a TB juntamente com a DM, na Atenção Primária e compreender que uma atenção integral deve ser ofertada ao paciente durante seu atendimento.

Trabalhar as co-morbidades de forma conjunta é uma das premissas principais pela integralidade.

Educação em saúde

Uma das maiores dificuldades que o SUS enfrenta é a qualidade da Atenção aos usuários ofertada pelos profissionais de saúde. Apesar do direito de todos à integralidade da saúde ser um princípio constitucional, o que se percebe na prática, é que esta atenção acontece de modo fragmentado, pois muitas equipes não se responsabilizam pela continuidade do atendimento e pelo cuidado integral.

Os profissionais que estão na atenção primária precisam de treinamentos constantes para ter condições de distinguir os problemas reais e os potenciais, que merecem investigação específica e cuidados especiais. Portanto, é função dos gestores se envolverem na formação de recursos humanos adequados incentivando os centros formadores públicos e privados, criando condições para o ensino na rede assistencial e promovendo a educação continuada de qualidade (BRASIL, 2007b)

A necessidade de capacitação e treinamentos é relatada pela totalidade dos gestores. Assim, destacamos alguns dos depoimentos:

“... eu acho que com treinamento, com capacitação, com monitoramento do paciente, monitoramento da referência com a atenção primária, quando tiver caso de tuberculose com diabetes. Mas, eu acho que a capacitação do profissional é o mais importante. Sensibilização da comunidade também, pra ver se a gente consegue encontrar mais casos de tuberculose entre os diabéticos.” (G2)

“... a gente tinha que trabalhar isso com as pessoas chaves, que eu acho que são os enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, e capacitar os profissionais, médicos, enfermeiros, até os próprios agentes comunitários de saúde pra ter um olhar diferenciado.” (G3)

“O que está relacionado com a minha governabilidade, a gente corre atrás, capacitando, negociando com a Diretoria Operacional, as formas de estar capacitando a equipe, de passar realmente a importância de fazer o TDO, de identificar o sintomático respiratório, seriam estas questões que a gente trabalha com eles. Que é a Educação em saúde. É uma forma que eu acho que a gente pode quebrar um pouco estas dificuldades.” (G6)

Uma estratégia para capacitar os profissionais de saúde pode ser utilizada nos processos de educação permanente:

Construir, portanto, a integralidade de saberes e práticas nas instituições de serviços exige a articulação entre as várias disciplinas que compõem o novo currículo do profissional de saúde, e entre serviços e instituições formadoras. Cabe, no entanto, um esforço do profissional e do gestor de saúde, responsável por proporcionar uma educação permanente em saúde, construir uma agenda da formação que inclua os princípios éticos e políticos da Reforma Sanitária, de novos modos de fazer saúde por conta da integralidade, da intersetorialidade e do trabalho em equipe. É preciso integrar ensino, gestão, atenção e controle social e, por fim, entender atenção integral como sentir-se cuidado pelo SUS (HENRIQUES, 2003, p.15).

Outra forma de estratégia instrutiva mencionada para o cuidado com o paciente com TB e DM associados foi através da identificação de casos:

“o que eu acho que possa ser uma estratégia é a partir da identificação do caso de TB e identificar que é um paciente portador de diabetes, fazer a discussão dos casos. Até pra ver em qual risco esse paciente, se ele é um risco baixo pra diabetes ou se ele é um risco grave, e criar este plano terapêutico a partir desta abordagem.” (G8)

Corroborando com Mendes (2207) relativo à Gestão de Caso, este “é um processo que se desenvolve entre o gestor de caso e o portador de uma condição de saúde muito complexa para planejar, monitorar e avaliar opções e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada (MENDES, 2007, apud GONZALO, 2011, p.47)”.

Este processo envolve a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e a implementação do plano de cuidados individuais e sua avaliação posterior. Portanto, não é uma tarefa fácil de ser realizada, mas é uma estratégia que pode ser utilizada, segundo outra gestora:

“... seria no nível de Atenção Primária mesmo, estabelecendo uma Linha de Cuidado que depois treinasse todos os profissionais da Atenção Primária para implementação e depois acompanhasse o resultado”. (G10)

A Linha do cuidado é diferente dos processos de referência e contra-referência, apesar de incluí-los também. Ela é diferente, pois não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços que necessita (PESSÔA, 2011).

Portanto, a linha de cuidado se aproxima do conceito de integralidade à medida que *“o usuário é o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde, quebrando com um tradicional modo de intervir sobre o campo das necessidades, de forma compartimentada. Neste caso, o trabalho é integrado e não partilhado, reunindo na cadeia produtiva do cuidado um saber-fazer cada vez mais múltiplo”* (FRANCO, 2004, p.7).

Tratamento Diretamente Observado: Dificuldade X Potencialidade para o desenvolvimento do Manejo Integrado da TB e DM

O controle do tratamento da TB consiste na execução de atividades programáticas que permitem o acompanhamento da evolução da doença, na utilização correta dos medicamentos e no sucesso terapêutico (BRASIL, 2010a).

O Programa Nacional de Controle da TB aponta que a supervisão direta do tratamento por um profissional de saúde é uma das estratégias possíveis para aumentar a adesão ao tratamento. Além disso, o envolvimento de um familiar ou de pessoa da comunidade para acompanhar o tratamento também é uma alternativa dessa supervisão (BRASIL, 2015).

O Tratamento Diretamente Observado ou Supervisionado consiste na observação da ingestão dos medicamentos, preferencialmente todos os dias, de segunda a sexta-feira, na fase de ataque e no mínimo três vezes por semana na fase de manutenção do tratamento, administrado por profissionais de saúde ou eventualmente por outra pessoa, desde que devidamente capacitada e sob monitoramento do enfermeiro. Nos finais de semana e feriados os medicamentos são auto-administrados (BRASIL, 2011b).

Diante do questionamento sobre a forma de realização do rastreamento dos pacientes com TB nos municípios, a maioria dos gestores apontou a prática do TDO. Ele aparece como uma estratégia ou alternativa utilizada pelas Equipes de Saúde da Família para o controle da doença:

“... Então lá (Unidade Básica) se diagnostica, trata, quando tem condições faz o tratamento supervisionado e eu como referência do programa, se tiver alguma dúvida; e tem um médico de referência também, na atenção secundária, um infectologista.” (G2)

“... o médico faz a prescrição, deu baciloscopia positiva, ele prescreve o medicamento e já pede os exames básicos; e aí inicia esse tratamento, oferece o TDO, e mensalmente ele retorna na Unidade Básica.” (G7)

“... a maioria dos pacientes eu ligo pra saber como está o tratamento, não vou falar que é cem por cento, mas a gente liga e fala com ele “oh, você tem o direito de aceitar o Tratamento Diretamente Observado, alguém ir aí na sua casa, assistir o senhor tomar a medicação e automaticamente se o senhor tiver alguma dúvida, ele já vai orientar sobre isso, ou vai encaminhá-lo pra Unidade de Saúde”. A gente sempre reforça a importância de fazer o TDO, que é onde você consegue dar uma assistência de qualidade.” (G6)

Vale salientar as formas de abordagem aos pacientes, utilizadas pelos gestores, em que eles expressam os termos “oferecer” e “ter o direito de aceitar o TDO”, ou seja, consideram a vontade do paciente, sendo, portanto, uma estratégia não impositiva. Neste caso, o profissional proporciona um vínculo de confiança com o paciente, para que este aceite espontaneamente o seu tratamento. Ele reconhece a importância da estratégia no controle da doença e busca por esta prática.

Porém, alguns gestores relataram dificuldades operacionais nos municípios para realizar efetivamente este cuidado, principalmente no que tange à falta de recursos humanos para desenvolver tal atividade:

“... Eu sei que algumas Unidades conseguem fazer (o TDO), outras não fazem porque tem áreas descobertas, não tem o profissional, que é o Agente Comunitário de Saúde.” (G6)

“... Esse tratamento de ir à casa do paciente, ver o paciente tomando a medicação. É claro, não vou mentir pra você, em falar que isso funciona 100%. Isso não funciona. Em algumas unidades dá pra gente fazer isso, mas nenhuma está completa com o Agente de Saúde, então, existem várias áreas descobertas, a gente vai contando com a ajuda, com a boa vontade dos poucos profissionais que temos.” (G4)

Estudos demonstram que o DOTS apresenta taxas muito baixas de abandono quando comparado ao tratamento auto-administrado, apresentando, particularmente, bons resultados entre grupos de alto risco para abandono, como etilistas, população em situação de rua, adictos de drogas injetáveis, histórico de abandono anterior e indivíduos com HIV, obtendo adesão de 85% em seis meses (IBANÊS, 2013).

O abandono de tratamento é um dos grandes desafios para o controle da TB atualmente. Homens, usuários de álcool e drogas, portadores de DM, casos de coinfeção, casos institucionalizados e pessoas vivendo em situação de rua são

reconhecidos como casos mais vulneráveis à ocorrência do abandono; o que favorece para o aumento da resistência aos medicamentos (BRASIL, 2013b, 2015).

Em contrapartida, alguns participantes apresentaram alternativas que o município utiliza para facilitar o acesso ao tratamento do paciente e ao mesmo tempo estimular o profissional que acompanha o TDO, a continuar exercendo esta atividade:

“... Nas unidades, geralmente tem pão, tem leite, que a prefeitura fornece pros funcionários, então libera pro paciente também, dá uma água e depois dá um lanche, principalmente os moradores de rua.”(G6)

“... ele (o paciente) pode usar o circular da saúde, o próprio ACS também pode usar.”(G6)

“... o agente comunitário tem a recomendação de fazer a supervisão do tratamento e a gente até dá um incentivo. Se o paciente tiver alta do tratamento por cura, o profissional, o ACS que supervisionou recebe até uma gratificação, no contra-cheque.” (G5)

Um estudo realizado na Índia, responsável por quase um quinto dos casos de TB no mundo, relatou que o país também utiliza estratégias semelhantes de enfrentamento em seu Programa de Controle da TB. Este estudo envolveu diversos segmentos, dentre eles, o Banco Mundial da Índia, a UNION, a OMS, o RNTCP (Programa Nacional de Controle da TB na Índia), a sociedade civil e outros no desenvolvimento de um projeto de controle da TB. Este projeto referiu-se a iniciativas destes segmentos em favor da população pobre, considerada aquela em que as pessoas vivem com menos de US \$ 1,25 por dia, segundo a definição de pobreza do Banco Mundial, para melhorar o acesso dos pobres com TB à serviços de diagnóstico e tratamento. Algumas medidas foram realizadas neste projeto: a melhora do acesso aos serviços de diagnóstico através do estabelecimento de centros de coleta de escarro, facilitando o cuidado baseado na comunidade e envolvendo ativistas; o mapeamento geográfico e identificação de grupos vulneráveis (marginalizados/grupos discriminados) com base em sua localização residencial; defesa de um quadro jurídico para proteger o paciente contra a perda do emprego; os prestadores do TDO recebiam honorários no final do tratamento, que serviu como um incentivo e fator de motivação para continuar como prestadores; a prestação de assistência-subsídio do fundo de socorro à doença, para os pacientes hospitalizados (KAMINENI et al, 2012). Apesar dos resultados dessas medidas terem sido considerados muito limitados em relação à eficácia em alcançar os

pobres, pôde-se observar que um problema social quando envolve e torna-se co-responsabilidade de vários segmentos políticos, dos trabalhadores e da comunidade civil, tende a obter melhores resultados. Uma experiência exitosa utilizada na Índia, de incentivo de gratificação aos trabalhadores que realizam o TDO, também demonstrou resultados positivos no Brasil, segundo os gestores daqueles municípios.

Um estudo realizado no Brasil identificou que dos 181 municípios prioritários para o controle da TB, 81 (44,8%) informaram disponibilizar de um ou mais tipos de benefício social ou incentivo para a adesão ao tratamento da TB; e que 73 desses municípios disponibilizam algum tipo de auxílio-alimentação, em sua maioria cestas básicas; 33 deles oferecem auxílio-transporte; e 20 municípios possuem lanche para incentivar a realização do tratamento diretamente observado (BRASIL, 2015).

O que podemos deduzir com a prática do TDO e a partir dos relatos dos gestores é que ela pode, além de ser uma medida do Programa Nacional de Controle da TB, ser também uma estratégia na busca ativa dos pacientes com DM.

Desta forma, à medida que um profissional de saúde vai até a residência ou local de moradia de um paciente com TB, ele consegue verificar se aquele paciente possui DM, ou se apresenta sintomas da doença, quando ela ainda não foi diagnosticada; assim como, identificar nestes locais se a família apresenta potenciais riscos de desenvolver tal patologia.

A prevenção de doenças é uma das principais ações da Atenção Básica e estas ações de cuidado representam os sentidos da integralidade.

“... Então, eu acho assim, trabalhar com tuberculose que é uma doença tão antiga, que já teve inúmeros óbitos e que já teve um preconceito gigantesco, antigamente, aquele que não tinha condição, morria mesmo, porque não tinha condição, e pelo que a gente tem hoje, eu acho que falta um pouco mais de sensibilidade do profissional, um acolhimento mesmo. Não tirando dele a responsabilidade de que o tratamento só vai ser realmente eficaz, se ele aderir, não tirando a responsabilidade do paciente, mas com uma junção mesmo de apoio entre a Unidade e ele (o paciente) em aderir à terapêutica do tratamento.” (G9)

Este é o momento ímpar em que o profissional de saúde cria a oportunidade para empoderar o paciente em relação ao processo do tratamento, com linguagem acessível, de fácil entendimento, propiciando uma educação individual e dialogada (BRASIL, 2010a).

Outras perspectivas de controle para a associação da TB e DM foram identificadas ao longo dos relatos dos gestores. As principais que foram destacadas referem-se à criação de protocolos locais, as Redes de Atenção como reestruturação do modelo de saúde e a busca por novas evidências científicas. Conforme indicadas a seguir:

Protocolos locais

“Os protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar” (BRASIL, 2008).

A criação de Protocolos locais de Manejo Integrado da TB e DM foi mencionada por alguns gestores, como alternativa à associação destes agravos:

“... eu acho possível criar um documento, mesmo porque eu não acho que sejam tantas mudanças assim, são recomendações. Então, um documento simples. Talvez, até ajustar o próprio protocolo da tuberculose, criar um adendo lá.” (G5)

“... eu defendo que a gente comece 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. E apresentar resultados e vai tentando expandir devagarinho.” (G12)

“eu acho que de maneira lenta e progressiva. Se tiver alguém que tenha a iniciativa de dar o passo inicial pro processo acontecer, a tendência é a situação ser operacionalizada. Eu acho que é agente ir fazendo etapas por etapas. Primeiro é a questão de revisar a literatura, da parte científica, a outra questão é apresentar isso para os funcionários, o público alvo dessas recomendações, e a terceira é realmente colocá-la em vigor, no dia-a-dia, orientando um por um, seja na Unidade de Saúde, um trabalho com o paciente com tuberculose e diabetes.” (G11)

Portanto, a criação e implantação de um protocolo de manejo integrado entre TB e DM desponta como uma alternativa possível de se concretizar, entre os gestores. Porém, percebe-se uma falta de autonomia para a execução desta tarefa:

“eu acho que seria possível, mas eu acho que deveria contratar ou convidar alguns profissionais para montar este protocolo.” (G4)

“eu acho que a partir do momento que vem uma pressão de fora, eu acho que a gente tem mais chance de conseguir trabalhar isso junto e implantar.” (G10)

Segundo Werneck, uma situação relevante é que em alguns municípios, os gestores não se posicionam e delegam aos profissionais as responsabilidades da condução das ações de saúde. Não havendo intervenções no processo de trabalho e não são instituídos momentos de avaliação. Nesses locais, muitos profissionais fazem as ações cotidianas com a utilização de tecnologias que aprenderam há algum tempo e que nem sempre realizam de forma refletida ou crítica. Por outro lado, os gestores chamam para si a responsabilidade de definição pela adoção dos protocolos e apenas comunicam sua implantação. Essa situação pode ocasionar acomodação dos profissionais e resultar em um trabalho rotineiro e desestimulante.

Nas duas situações, a falta de problematização do processo de trabalho não permite que os protocolos tenham significado para seu cotidiano. Podendo até dar a impressão de que o emprego de protocolos não se constitui em uma ação importante na construção do programa de Saúde da Família nos locais de trabalho (WERNECK, 2009).

Ao se propor um protocolo, em consonância com Werneck, é necessário estabelecer alguns questionamentos voltados para as competências, recursos e objetivos desta prática:

“Qual é o objetivo da adoção de determinado protocolo clínico? A tecnologia que ele incorpora permite o enfrentamento do problema de forma adequada? Quais as competências que os profissionais necessitam ter para utilizar um protocolo? De que recursos uma unidade de saúde precisa para se implementar determinado protocolo?” (WERNECK, 2009, p.33).

Ainda, segundo Werneck, outras perguntas devem ser estabelecidas neste entendimento, enfocando o objetivo e efetividade da criação destes protocolos:

“Qual é o objeto? A saúde das pessoas? Ou a doença? Nossa principal preocupação é com a cura dos problemas de saúde que afetam o corpo das pessoas? Ou nos preocupamos igualmente em compreender as causas e os determinantes do processo saúde-doença na sociedade em que vivem essas pessoas? Nosso trabalho é individual, fragmentado e centrado em consultas? Ou estamos preocupados em conhecer o território e nos estabelecer como equipe para potencializar a efetividade em nossas ações?” (WERNECK, 2009, p.41).

Portanto, os protocolos devem ser ferramentas de reflexão, tanto entre os gestores quanto entre os profissionais de saúde. Eles são guias para (re) orientação das ações e práticas do trabalho. Assim como afirma a autora:

“Os protocolos buscam fornecer uma revisão mais sistemática da qualidade e dos custos da atenção, para permitir a identificação e avaliação de serviços e profissionais alternativos, e para identificar problemas nos sintomas apresentados, incidência de enfermidade ou efetividade do manejo.” (STARFIELD, 2002, p.628).

Uma premissa que deve ser levada em consideração, em qualquer circunstância, é a de que os protocolos podem ser um para todos, em determinados casos ou patologias, mas o paciente é único sempre. Sendo assim, não se pode generalizar e achar que todo paciente com TB e DM, ou outro manejo integrado, deva seguir os mesmos procedimentos. As singularidades e especificidades de cada paciente ou usuário devem prevalecer no intuito da busca da integralidade do sujeito, que é exclusivo.

Redes de Atenção

Em 30 de dezembro de 2010, a Portaria n.4.279 estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, com o propósito de integrar os níveis de atenção e fortalecer a Atenção Primária à Saúde atendendo às reais necessidades da população e tendo a APS como porta principal de entrada do usuário, tendo em vista a atual situação epidemiológica e demográfica do país, que vem se dando de forma acelerada, com predominância das condições crônicas (CONSENSUS, 2015).

As Redes de Atenção à Saúde 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. Isto inclui o encaminhamento para serviços secundários para consultas, serviços terciários para manejo definitivo de problemas específicos e para serviços de suporte fundamentais, tais como internação domiciliar e outros serviços comunitários. Embora cada unidade de Atenção Primária possa definir diferentemente sua própria variedade de serviços, cada uma deveria explicitar sua responsabilidade tanto para a população de pacientes como para a equipe, bem

como reconhecer as situações para as quais os serviços estão disponíveis. A equipe deveria oferecer e reconhecer a necessidade de serviços preventivos e de serviços que lidem com sintomas, sinais e diagnósticos de doenças manifestas. Também deveria reconhecer adequadamente problemas de todos os tipos, sejam eles funcionais, orgânicos ou sociais (STARFIELD, 2002, p.61).

Este aspecto da integralidade é compartilhado por uma gestora, que reconhece as Redes de Atenção à Saúde como sendo um mecanismo de reorganização do serviço de saúde:

“... uma outra questão é esta do fluxo de integração, esta é uma das coisas mais importantes, se os serviços não estiverem integrados, acordados, em relação ao quê um recebe, o que o outro manda, o que é referência, o que é contra-referência, quais são os tratamentos, quais são as alternativas, fechando este diagnóstico, fechando este ciclo, fechando esta rede mesmo, o paciente ele se perde, ele 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, ele não vai sair, não vai se perder, mas se tiver um furo a bola passa, aí o paciente passa também e cai. Então esta interação mesmo, que você vai falando, esta articulação do serviço tem que ser muito bem feito.” (G10)

Conseqüentemente, se o manejo integrado da TB e DM não estiver inserido neste fluxo de integração, o profissional de saúde, não terá ferramentas para o cuidado integral. O sistema de referência e contra-referência não ocorrerá pela falta do conhecimento desse manejo; o paciente verá o seu quadro de saúde se complicar pelas conseqüências naturais da associação; e ele ficará preso nesta rede, sem um direcionamento.

Portanto, o conceito de integralidade remete ao de integração de serviços por meio de 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 (HARTZ, 2004).

Porém, as Redes de Atenção ainda são um desafio para reorganizar o modelo de saúde. Pois, de acordo com Mendes, “*não será uma tarefa trivial porque a fragmentação presente tem profundas raízes econômicas, políticas e culturais. Mas não há saída sem essa mudança radical na organização microeconômica do SUS. Continuar fazendo mais do mesmo não resultará em benefícios para a população brasileira*” (MENDES, 2011, apud CONSENSUS, 2015, p.16).

Analisando o depoimento de um dos gestores, há uma concordância de que as RAS's são um caminho que pode funcionar, entretanto ainda não se tem resultados que demonstrem, na prática, a efetividade deste novo modelo:

“... o programa que tem uma tradição vertical, a AIDS, a TB, a hanseníase, a diabetes, a hipertensão, tem sempre aquela estrutura dada, centralizada, verticalizada; e as Redes Transversais de assistência é um modelo que tem tudo para funcionar muito bem. Mas, ainda é uma coisa incipiente, a gente não tem uma bagagem prática. Temos uma bagagem teórica, mas não prática que mostre estes resultados.” (G12)

Portanto, apesar da ausência de implantações das RAS's nos locais pesquisados, ela constitui-se como uma perspectiva de reorientação do modelo de saúde vigente, sendo uma alternativa para consolidar o manejo integrado da TB e DM de forma organizada e integrada.

Evidências científicas

A necessidade de novas evidências científicas foi apontada por um gestor como sendo um empecilho para se criar um protocolo de manejo integrado. Faz-se muito relevante analisar este ponto de vista:

“... precisa de mais estudos, precisaria conhecer – tanto é que a Nova Estratégia Global - uma das primeiras coisas que tem lá na epígrafe é – conheça a sua epidemia.” (G12)

“posso dizer que o que tem saído em termos de diabetes, é uma coisa que há uma evidência, sem dúvida, mas ela não é uma evidência universal, como você tem com o HIV. Ela tem recomendação relativa e sempre muito centrada no cenário epidemiológico local. Esta é a principal diferença.” G(12)

Segundo o gestor, é necessário conhecer mais sobre a associação da TB e DM, especificamente no Brasil, para se criar evidências que comprovem a real necessidade de implantação de uma política de manejo integrado. Para ele, o país possui outras prioridades no momento, como já mencionado.

Porém, em divergência a este discurso temos o ponto de vista de Harries, médico e especialista em doenças infecciosas, que afirma que no caso da associação de TB-HIV, que começou na década de 1990, o mundo tinha evidências suficientes que demonstravam que a co-epidemia havia surgido, mas foram

necessários quase quatorze anos para se estabelecer um protocolo de manejo integrado (HARRIES, 2011).

Segundo o autor, conter o problema global da DM é essencial para eliminar a TB, e diferente do que foi com o HIV, é necessário convencer proativamente e inspirar outras pessoas da necessidade de agir (HARRIES, 2011).

Em outro estudo, Harries e colaboradores apontam evidências para o problema da associação entre TB e DM. Segundo os pesquisadores, a interação entre as duas doenças foi acentuada, no mundo, por três publicações importantes em 2007 e 2008. A primeira envolvendo nove estudos demonstrando associações clinicamente importantes, com o aumento do risco de TB variando entre 1,5 e 7,8 para aqueles com DM; em seguida, o mesmo grupo avaliou, através de um estudo epidemiológico, o impacto potencial de DM como fator de risco para a TB pulmonar incidente na Índia. Estimou-se que o DM foi responsável por 14,8% casos de TB pulmonar (variação de incerteza 7,1-23,8%) e 20,2% de baciloscopia positiva nos casos de TB pulmonar (variação de incerteza 8,3-41,9%) (STEVENSON, 2007b). O terceiro estudo foi uma revisão sistemática e meta-análise de Jeon e Murray, que usaram várias bases de dados para identificar treze estudos observacionais que remontam ao ano de 1965. Nele, foram selecionados 1 786 212 pacientes com TB. Nos estudos de coorte, o risco relativo de TB em pacientes com DM foi de 3,1; já nos estudos de caso-controle a razão de chance (OR) variou de 1,16 para 7,83. Como conclusão destes estudos têm-se que a DM aumenta o risco geral de infecção, mas os mecanismos precisos pelos quais DM predispõe a TB ainda não são claros e exigem mais investigação (HARRIES et al, 2013).

Desse modo, o papel da pesquisa como estratégia para promover e evidenciar a inovação e criatividade no SUS é lembrado por Silva e colaboradores, que destacam a importância das iniciativas para sintetizar e traduzir os achados das pesquisas e transformá-las em ações efetivas a custos apropriados, principalmente devido ao aumento dos gastos em saúde em decorrência do envelhecimento populacional e da alta carga de doenças infecto-parasitárias concomitantes às doenças crônicas não transmissíveis, assim como o aumento da expectativa e das demandas dos usuários em relação aos serviços e sistemas de saúde no Brasil (SILVA et al, 2014).

Podemos inferir que se faz relevante incrementar os estudos sobre a associação de TB e DM, para que eles alcancem uma dimensão dos formuladores

de políticas, dos gestores, dos profissionais que tenham competência para transformar as ações de saúde em práticas integrais, que diminuam riscos, custos e melhorem a qualidade de vida de usuários e/ou pacientes.

A proposta de criação de um protocolo de manejo integrado entre TB e DM deve ser compartilhada por estes atores sociais descritos e eles podem e devem responder a estas indagações, através de toda evidência já estabelecida na literatura e através da busca de outras lacunas ainda não preenchidas.

Criar e implantar um protocolo, um guideline ou fazer um adendo não significa que todo o conhecimento sobre aquele tema se esgotou. Ao contrário, o conhecimento é renovado cotidianamente; os estudos devem ser estimulados para ampliação e validação deste conhecimento.

5.6 “Entendendo o indivíduo como um todo...”

Baseado nas concepções de Mattos e Pinheiro (2001, 2004), há várias formas de se pensar a integralidade que se constitui como um conceito polissêmico, ou seja, permite abarcar vários sentidos. Assim, entendemos a integralidade não somente como o acesso (entrada) do paciente e/ou usuário às ações de saúde, mas, sobretudo, como possibilidade de arranjos dos modelos de saúde no intuito de entender o indivíduo em sua totalidade e pela busca do cuidado em sua essência.

Procurou-se analisar os depoimentos dos gestores baseados nas manifestações da integralidade observadas nas práticas profissionais estabelecidas e nos conceitos de Cuidado e Atenção relatados.

O cuidado integral aos pacientes com TB e DM associados perpassa através do aspecto da prevenção e é demonstrado nos seguintes depoimentos:

“eu acho importante porque a gente vê que a diabetes é uma doença que compromete o sistema imunológico, e a gente vê que ela tem uma incidência considerável, de pacientes com diabetes que desenvolveram tuberculose. A gente sempre tenta trabalhar essa questão da prevenção”.
(G3)

“... a grande maioria da população já teve contato com alguém com tuberculose e tem esse bacilo latente e há qualquer momento a gente pode desenvolver a doença. Então, a pessoa que tem o diabetes tem mais chance de desenvolver a tuberculose do que uma pessoa comum, então, eu acho que é extremamente importante esse cuidado com o paciente com diabetes, o cuidado de estar sempre verificando queixas voltadas para a tuberculose, pra gente tentar fazer um diagnóstico precoce.” (G7)

Ao mesmo tempo, percebemos a integralidade nos relatos que remetem a “trabalhar as doenças em conjunto”, pois individualmente elas apresentam complicações, porém podem ser agravadas quando se associam:

“... eu acho muito importante porque no caso da diabetes, já é um diagnóstico difícil, principalmente quando é mais jovem, de aceitar que tem uma doença crônica, que vai ter que conviver e tudo. Aí depois, se você associa com um outro agravo, que é um agravo que traz tanto estigma, então você vê uma tendência a depressão.” (G5)

Outro aspecto apontado da importância em se realizar manejo integrado da TB e DM refere-se ao fato do tratamento não ter condições de ser realizado de forma fragmentada, sendo necessário fazer uma avaliação completa do paciente para favorecer o diagnóstico precoce e evitar complicações:

“a importância é exatamente este risco de complicação. Então, quando você faz esta abordagem do diabetes, considerando a integralidade do sujeito, principalmente reduzir complicações, reduzir danos. Esta abordagem é sempre feita nesta perspectiva, do paciente entender que o não controle implica num... até uma redução da qualidade de vida dele.” (G8)

“... pra evitar mais complicações. Tanto em relação à tuberculose, quanto em relação à diabetes e para que o paciente não venha a desenvolver uma co-morbidade, inclusive evoluir para a morte. Porque você tem drogas que podem interagir e tem um risco de interação medicamentosa muito grande, que vão agravar a diabetes, e vice versa. Então, não tem como tratar de forma fragmentada, tem que ser junto, senão os efeitos vão ficar camuflados, e não vai descobrir que uma coisa é por causa da outra.” (G10)

“...a ação integrada das duas doenças favoreceria um diagnóstico precoce da tuberculose - sempre suspeitar da tuberculose no paciente que se apresenta com sintomas respiratórios e com imagens ao Raio X de tórax - e ela favoreceria o controle da glicemia desse paciente, favorecendo em contrapartida, o controle da infecção. Então, eu acho que favoreceria o controle da morbimortalidade dos pacientes com tuberculose e diabetes.” (G11)

Diferente dimensão que envolve o manejo integrado da TB e DM diz respeito ao olhar do profissional frente ao paciente. Este aspecto ficou perceptível na fala da seguinte gestora:

“Muitas vezes a gente orienta e ouve pouco o paciente. Pode ser que a gente tenha tido algumas dificuldades com estes pacientes portadores de diabetes e a gente não conseguiu identificar talvez até pela falta de escuta. Eu achei interessante, enquanto a gente foi conversando pensar um pouco nisso, porque muitas vezes o profissional ele não faz porque ele está dentro de uma dinâmica de rotina que quando chega um caso... o paciente com diabetes, ele está lá dentro da Unidade com mais frequência, mas quando chega um caso de TB, na verdade ele tende a tratar a tuberculose e não pensar no indivíduo dentro da integralidade dele.” (G8)

Portanto, *“Cabe a nós perguntar ao sujeito onde está seu sofrimento, não apenas o que ele tem, e o que ele acha que pode aliviar sua dor. São perguntas que nos colocam na perspectiva de construção da integralidade”* (AYRES, 2003, p.15).

A busca pela integralidade do sujeito é uma constante busca por mudanças no sistema de saúde sobre questões que precisam ser melhoradas.



Considerações Finais

Este estudo possibilitou identificar o conhecimento expresso pelos gestores de saúde dos Programas de Controle de TB de municípios, do Estado de MG e do PNCT, relativo à associação da TB e DM. Parte deles não conhece a associação, assim como as recomendações da OMS publicadas em 2011. Mesmo entre aqueles que relataram este entendimento, apresentaram dificuldades nas condutas clínicas.

As Linhas Guias Ministeriais abordam o tratamento das co-morbidades, mas não descrevem o seu manejo, como no caso da DM. Alguns gestores apontaram que realizam uma abordagem diferenciada, mas não a detalham, seja por falta de conhecimento da associação ou por práticas clínicas realizadas de forma equivocadas. Observam-se divergências no cuidado aos pacientes com TB e DM associados à medida que as condutas clínicas são realizadas de forma diferenciada, especificamente nos municípios da RMBH, em Minas Gerais.

A falta de padronização nas condutas clínicas impede a manifestação da integralidade à medida que o cuidado mostra-se fragmentado.

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

Além disso, o estudo possibilitou analisar e discutir sobre os fatores dificultadores, os desafios e as potencialidades para o manejo integrado da TB e DM, como política pública, na perspectiva dos gestores de saúde.

Dentre os desafios e dificuldades apontadas, podemos citar o cuidado fragmentado, as falhas no tratamento diretamente observado, a desarticulação entre as esferas de governo e os níveis de atenção, a falta de priorização do manejo integrado entre TB e DM como problemas de saúde pública, a TB ainda percebida de forma negligenciada, as dificuldades em capacitar as equipes e outros processos de trabalho comprometidos, como a rotatividade profissional e a falta de motivação.

Por outro lado, os gestores apresentaram como potencialidades para o manejo integrado a possibilidade de criação de protocolos clínicos locais, a educação permanente para os profissionais e a reestruturação do modelo de atenção baseado nas Redes de Atenção à Saúde, já implantadas como política pública no Brasil como forma de (re) organização deste modelo.

Entretanto, é necessário destacar que segundo a maioria dos gestores, o Sistema de Saúde nos três níveis de atenção, primário, secundário e terciário, e das

esferas dos governos federal, estadual e municipal, não está articulado para a implantação de um Protocolo de Manejo Integrado entre TB e DM com abrangência nacional. Isto se deve principalmente à falta de apoio dos governos advindos da descentralização; à carência de recursos de alguns municípios para manter o seu financiamento próprio; ao despreparo dos profissionais em atender aos pacientes com TB e DM associados; e a forma de organização dos programas em secretarias e departamentos diferentes, que levam à segmentação da assistência.

Ficou perceptível que a responsabilidade pela implantação do manejo integrado deve ser compartilhada entre os diferentes atores sociais, como gestores, profissionais de saúde e estudiosos do tema. Sendo que os gestores dos programas possuem competência administrativa para concretizar este processo. Somente o cuidado integral aos usuários e/ou pacientes; a educação em saúde e a vontade gestora por mudanças poderão contribuir para o controle destes agravos e pela busca da integralidade em saúde.

Para que o manejo integrado incorpore a agenda de prioridades das políticas públicas do governo é necessário este empenho coletivo. Assim como, o incremento das pesquisas com maior evidência científica.

Os resultados deste estudo apontaram que o manejo integrado da TB e DM ainda 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, seja um protocolo clínico, um guideline ou um adendo aos Manuais do Ministério da Saúde de TB ou DM, que melhor oriente esta prática nas Instituições de Saúde da Atenção Básica, Secundária e Terciária.

Diante do que foi apresentado percebe-se que ações de saúde voltadas para a assistência ao paciente com TB e DM associados devem ser incorporadas na prestação de cuidados a serem ofertados aos pacientes. No Brasil, a Rede de Saúde é complexa e, ainda, permeada por ações fragmentadas. Para que o manejo integrado venha a se consolidar como política pública, dentro desta Rede, é necessário que cada esfera governamental e cada nível da Atenção exerçam suas atribuições e competências nesta instância.

Os profissionais de saúde da Atenção Primária possuem um papel fundamental na busca por ações de saúde que contemplem o manejo,

especialmente o enfermeiro, pelo perfil de gerência e supervisão. Ele pode contribuir significativamente na sua implantação, estabelecendo, em parceria com a equipe multiprofissional, atividades educativas de orientação a pacientes e familiares, na realização de educação permanente aos profissionais abordando a temática; na realização de rastreamento dos pacientes, oportunizando um diagnóstico prévio ou realizando intervenções imediatas; e no desenvolvimento de medidas inter e multidisciplinares de assistência aos pacientes baseadas nas Linhas de Cuidado.

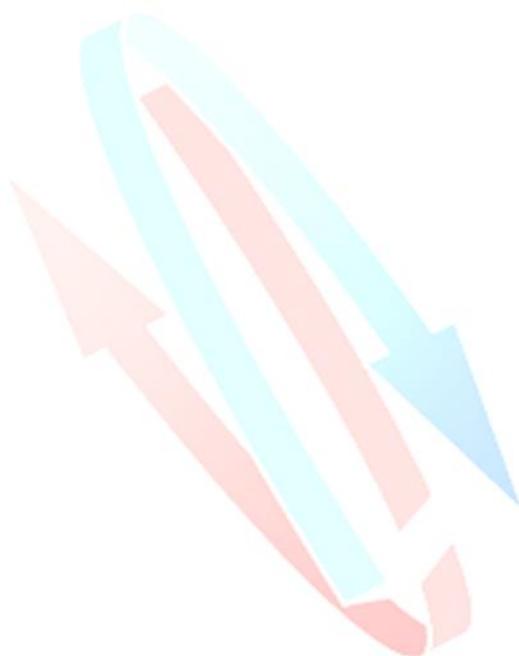
Desta forma, vislumbra-se como perspectiva para outras pesquisas, um trabalho de intervenção junto a estes profissionais e gestores de saúde da Atenção Primária, no intuito de sensibilizá-los e estimulá-los para a efetividade de ações voltadas ao manejo integrado da TB e DM, como a investigação diagnóstica, acompanhamento dos pacientes e prevenção de complicações, com enfoque no Tratamento Diretamente Observado e compartilhado entre profissionais e pacientes, estimulando o empoderamento destes.

Portanto, um olhar diferenciado de todos os atores visando a integralidade do sujeito.

**“curar, às vezes
aliviar, freqüentemente
Cuidar, Sempre”**

Adaptado de Hipócrates

Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes



Ministry of Health
of the State of São Paulo



World Health
Organization

Referências

ALENCAR, Anna Carolina de. **Tuberculose e diabetes *mellitus*: abordagens na trajetória espaço-temporal**. Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 152p. 2014.

ARNOLD, Y; LICEA, M; CASTELO, L. **Diabetes mellitus y tuberculosis**. Rev. peru. epidemiol. v.16. nº 2. Agosto. 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Seminário discute o conceito de integralidade nas práticas de saúde**. Rev. Radis Comunicação em Saúde. Nº 12. 19p. Agosto. 2003.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas**. Rev. Saúde soc. [online]. v.18, supl.2, p. 11-23. 2009.

BARCELÓ, A. et al. **La amenaza dual de la diabetes y la tuberculosis en las Américas**. OPAS/WHO. 2011. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22822&Itemid. Acesso em: 10 de mar. 2015.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Edições 70, Lisboa, 1997.

BARRETO, A.J.R. et al. **Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose**. Rev. Ciência e saúde coletiva. 17(7): 1875-1884. 2012.

BATISTA, K.B.C; GONÇALVES, O.S.J. **Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado**. Rev. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.884-899. 2011.

BERNARD, L. **The Irish Journal of Medical Science the official journal of the royal: Tuberculosis and Diabetes**. Medicine en Ireland. Série 6, June. 1930.

BRASIL. **Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1987.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília DF, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes *mellitus* (DM): protocolo** / Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Gestores do SUS: olhares e vivências**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 193 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). 2006a.

_____.Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília, out/2006b.

_____.Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS. 291p. 2007a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS. 232p. 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde – 2. ed.** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 68 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde) 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose: Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Resistente e Multi-Droga Resistente**. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. **Tuberculose: casos confirmados diagnosticados**. 2010a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>. Acesso em: 05 jul. 2014.

_____.Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Doenças Negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde**. Rev. Saúde pública: 44 (1): 200-2. 2010

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** – Brasília: Ministério da Saúde. 284 p: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 2011a.

_____.Ministério da Saúde. **Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem**. Brasília. 2011b.

_____.Ministério da Saúde. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998**. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 454 p. (Série textos básicos: n. 67). 2012.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: **Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia**. v.44. nº 02. 2013a.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilâncias das Doenças Transmissíveis. **Experiências de monitoramento**

e avaliação no controle da tuberculose no Brasil – Brasília: Ministério da Saúde. 172 p. 2013b.

_____.Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde: Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília: MS. 812p. 2014a.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: **O controle da tuberculose no Brasil: avanços, inovações e desafios**. v.45. nº 02. 2014b.

_____.Ministério da Saúde. **Panorama da tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde. 92 p. 2014c.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: **Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose**. v. 46, nº 09. 2015.

CARVALHO, G. in: **Os governos trincam e truncam o conceito da integralidade**. Rev. Radis Comunicação em Saúde. Nº 49. Setembro. 2006.

CASTELLANOS, J.M. et al. **Results of the Implementation of a Pilot Model for the Bidirectional Screening and Joint Management of Patients with Pulmonary Tuberculosis and Diabetes Mellitus in Mexico**.

DOI:10.1371/journal.pone.0106961. September 17. 2014.

CECCIM, R.B; FEUERWERKER, L.C.M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.

CRUZ, Fundação Oswaldo. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. v.3. 271. 2013.

COSTA, J.G; SANTOS, A.C; RODRIGUES, L.C; BARRETO, M.L; ROBERTS, J.A. **Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para as famílias**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 1, Jan. 2005.

COSTA, S.M. et al. **Referência e contra-referência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde**. Rev. APS. jul/set; 16(3): 287-293. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF): **Resolução nº 585/2013**. Dispõe sobre as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585> Acesso em: 15 jun. 2015.

CONSENSUS. **Desafios do SUS: o que esperar para os próximos anos.** Revista do Conselho Nacional de Secretários de saúde. Ano 5, nº14, p.6-30; jan/fev/março. 2015.

DOOLEY, K.E; TANG, T; GOLUB, J; DORMAN, S.E; CRONIN, W. **Impact of diabetes mellitus on treatment outcomes of patients with active tuberculosis.** American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. Northbrook, v. 80, n. 4, p.634-639. April. 2009a.

DOOLEY, K.E.; C, R.E. **Tuberculosis and diabetes mellitus: convergence of two epidemics.** Lancet Infect Dis. New York, v. 9, n. 12, p. 737–46. 2009b.

FERREIRA, S.R.G; PITITTO, B.A. **Evolução do diabetes no mundo (2000 – 2030).** In: Diabetes na prática clínica: Capítulo 1- Aspectos epidemiológicos do Diabetes Mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. World Health Organization. 2015. Disponível em: <http://ebook.diabetes.org.br/component/k2/item/73-capitulo-1-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>. Acesso em: 10 out. 2015.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Tradução Joice Elias Costa. 3. Ed. Porto Alegre: Artmed. 2009.

FRANCO, T.B; JÚNIOR, H.M.M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado.** In: O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, 2ªed; São Paulo. 2004.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS (FHEMIG). **O manejo clínico da tuberculose.** 2014. Protocolos clínicos. Revisado em: 12 jun. 2014. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/>.

GELINSKI, C.R.O.G; SEIBEL, E.R. **Formulações de políticas públicas: questões metodológicas relevantes.** Rev. Ciências humanas. Florianópolis, EduFSC, v.42, nº1 e 2, p. 227-40. Abr/out. 2008.

GIBBS, Graham. **Análise de dados qualitativos.** Porto Alegre. Ed. Artmed, 198p. 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas. 2008.

GIL, C.U; MOORE, D.A.J. **Tuberculosis and diabetes co-morbidity: an unresolved problem.** Rev Peru Med Exp Salud Publica. 31(1):137-42. 2014.

GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: editora FIOCRUZ, 1112p. 2008.

GONZALO, V.N; MALIK, A.M. **Gestão em saúde.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2011.

IBANÊS, A.S; JUNIOR, N.C. **Panorama internacional e nacional da estratégia do tratamento diretamente supervisionado (DOTS) nas políticas de controle da tuberculose.** ABCS Health Sci.38(1):25-32. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico do ano 2010.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 06 jun. 2014.

HARTZ, Z.M.A; CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S331-S336, 2004.

HARRIES, A.D. et al. **The impending epidemic of tuberculosis associated with diabetes: learn the lessons of HIV-associated tuberculosis.** International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2011. Disponível em: <http://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/english/EMBARGOED-DMTB-REPORT-Oct-22.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2015.

_____. **Epidemiology and interaction of diabetes mellitus and tuberculosis and challenges for care: a review.** Supplement 1 published. v.3. p. 3-9. November. 2013.

_____. **Diabetes mellitus and tuberculosis: programmatic management issues.** The international journal of tuberculosis and lung disease. 19 (8). pp. 879-86. 2015.

HENRIQUES, Regina Lúcia Monteiro. In: **Seminário discute o conceito de integralidade nas práticas de saúde.** Rev. Radis Comunicação em Saúde. nº 12,19p. Agosto. 2003.

KAMINENI, V.V. et al. **Addressing poverty through disease control programmes: examples from Tuberculosis control in India.** International Journal for Equity in Health. vol. 11:17. 2012.

MACHADO, M.H; VIEIRA, A.L.S; OLIVEIRA, E. **Construindo o perfil da enfermagem.** Rev. Enfermagem em Foco; 3(3): 119-122. 2012.

MATTOS, R.A; PINHEIRO, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Abrasco, Rio de Janeiro. 180p. 2001.

_____. **Integralidade e as políticas específicas de saúde.** In: Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Abrasco. Rio de Janeiro. 228p. 2005.

_____. **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Abrasco, Rio de Janeiro. 320p. 2004.

MARAI, B.J. et al. **Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control efforts.** World Health Organization. 2013.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 549 p. 2011.

MEDEIROS, C. R. G. et al. **A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1): 1521-1531. 2010.

MEZOMO, J.C. **Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos**. São Paulo: terra, 2001.

MENOZZI, Karen Aline Batista da Silva. **O sistema de referência e contra-referência no contexto da equipe multiprofissional de saúde** – dissertação de mestrado. Botucatu: [s.n.]. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. 9ª ed. 406 p. 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose**. Belo Horizonte. 144 p. 2006.

MINAS GERAIS. Ministério Público do Estado de Minas Gerais: **Resolução nº 4.380/ 2014**: Institui o Programa Respira Minas no âmbito do Estado de Minas Gerais e dá outras providências. Disponível em: www.iof.mg.gov.br. Acesso em: 04 jun. 2014.

MIRANDA, Silvana Spíndola de. **Tratamento da Tuberculose em Situações Especiais**. *Rev. Pulmão*. RJ. 21(1): 68-71. 2012.

MONROE, Aline Aparecida. **O envolvimento de gestores e equipes de saúde com o controle da Tuberculose em municípios prioritários do estado de São Paulo (2005)**. Tese de doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2007. 117p.

NETTO, Antônio Ruffino. **Tuberculose: a calamidade negligenciada**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. v.35, n.1, p. 51-58. 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS) - **Manejo Conjunto de Tuberculose e Diabetes Mellitus: Enfoque Colaborativo nos serviços de Saúde das cidades de Tlhuana (México) e Bahia e São Paulo (Brasil)**. 2012. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22820&Itemid= Acesso em: 13 fev. 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS). **Relatório de atividades do projeto TB e Diabetes. OPAS/OMS Brasil**. 2013. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22824&Itemid= Acesso em 14 out. 2014.

PESSÔA, L.R. et al. **Manual do Gerente: desafios da média gerência na saúde** – Rio de Janeiro, Ensp. 2011.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil**. Dissertação. Universidade de Brasília. 204p. 2001.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a gestão de políticas de saúde: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar e cuidar pra emancipar**. Tese. Universidade de Brasília. 274p. 2004.

PONTE, C.M.M. et al. **Distúrbios metabólicos em doenças infecciosas emergentes e negligenciadas**. Arq Bras Endocrinol Metab. v.54; nº 9. São Paulo Dec. 2010.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, PBH. Secretaria Municipal de Saúde: **Boletim da Vigilância em Saúde: Gerência de Vigilância em Saúde e Informação**. Cad. 03/mar. 2012.

_____. Secretaria Municipal de Saúde: **Boletim da Vigilância em Saúde: Doenças e agravos não-transmissíveis (DANT): Análise da situação de morbimortalidade**. Cad. 05/maio. 2013.

RAMONDA, P.C. et al. **Diabetes *mellitus* como factor predictor de tuberculosis en el Servicio de Salud Metropolitano Sur en Santiago, Chile**. Rev Chile Enf Respir; p. 277-285. 2012.

RIBEIRO, Gláucia da Silva Gomes. **Custo do diabetes *mellitus* no sistema público de saúde brasileiro: Uma análise de políticas públicas de prevenção, educação e controle**. Universidade de São Paulo. 38p. 2012.

ROCHA, Natália Palhares. **Diabetes *Mellitus* em pacientes com Tuberculose internados em Hospital de Referência em Belo Horizonte**. Escola de Enfermagem UFMG, Belo Horizonte. 99p. 2013.

RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. **Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica**. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.37-59. jan-mar. 2014.

RONZANI, Telmo Mota. **Dificuldades de Implantação do Programa Saúde da Família como Estratégia de Reforma do Sistema de Saúde Brasileiro**. Rev. APS, v.6, n.2, p.99-107, jul-dez. 2003.

RUJULA, M.J.P. **Projeto Piloto em Guarulhos**. 2012. Disponível em: <http://www.escolasdegoverno.sp.gov.br/videoconferencias/videoteca/viewvideo/121/atualizacao-tuberculose-e-diabetes-bloco-2>. Acesso em: 23/10/2014.

SANCHO, L.G. et al. **Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 431-447. nov. 2011.

SANTOS, B. R. et al. **Socio-Demographic and Clinical Differences in Subjects with Tuberculosis and without Diabetes Mellitus in Brazil – A Multivariate Analysis.**v. 8, Issue 4. April. 2013a.

SANTOS, Dinamara Barreto dos. **Diabetes mellitus referido e fatores sociodemográficos, clínicos e epidemiológicos em pacientes adultos com tuberculose.** Dissertação de Mestrado: Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte. 92p. 2013b.

SCHRAMM, J.M.A. et al. **Transição epidemiológica e o estudo de cargas de doenças no Brasil.** Rev. Ciência e saúde coletiva, 9:897-908. 2004.

SEICENTO, Márcia. **Tuberculose em Situações Especiais: HIV, Diabetes Mellitus e Insuficiência Renal.** Rev. Pulmão. RJ. 21(1):23-26. 2012.

SINAN-NET/TB. CEPS/SRAS/SUBPAS/SES-MG: **População – DATASUS. 2013.** atualizado em 14/03/2014. Disponível em: http://funed.mg.gov.br/wpcontent/uploads/2014/06/Apresenta%C3%A7%C3%A3o1_FUNED_EPIDEMIO-TB_2014_Dr-Pedro.pdf. Acesso em: 15 jan. 2015.

SILVA, Kênia Lara; SENA, Roseni Rosângela de. **Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro.** Rev. esc. enferm. USP; v.42 n^o.1; p.44-568.São Paulo; março. 2008.

SILVA, Cláudia Hermínia de Lima. **Implantação de um novo Modelo de Atenção ao paciente com tuberculose, estruturado em Redes, como estratégia para fortalecer o DOTS.** Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde: Lisbon University Insitute. 2010.

SILVA JÚNIOR, A.G; MASCARENHAS, M.T.M. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos.** In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Cuidado: as Fronteiras da Integralidade.** Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO. p. 241 – 258. 2004.

SILVA, S.F. et al. **Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências.** Rev. Ciência & Saúde Coletiva, 19(11): 4427-4438. 2014.

SISTEMA PORTAL DA SAÚDE (SPS): **Tuberculose: Circulando a informação.** 2015. Disponível em: <http://blogdatuberculose.blogspot.com.br/2014/05/estrategia-global-de-tuberculose-pos.html>. Acesso em 29 jun. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES/SBD. **São 12 milhões de Diabéticos no Brasil.** 2012. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ultimas/421-sao-12-milhoes-de-diabeticos-no-brasil>. Acesso em: 20 ago. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES/SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014.** Sociedade Brasileira de Diabetes – São Paulo: AC Farmacêutica. 2014.

SOUZA, M.K.B; MELO, C.M.M. Atuação de enfermeiras nas macrofunções gestoras em saúde. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2): 198-02.

SOUZA, Wanderley de. **Doenças negligenciadas**. Ciência e tecnologia para o desenvolvimento nacional. Estudos estratégicos. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências, 56 p. :il. 2010.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, MS. 344 p. 2002.

STEVENSON, C.R. et al. **Diabetes and tuberculosis: the impact of the diabetes epidemic on tuberculosis incidence**. BMC Public Health. 7:234. 2007a.

STEVENSON, C.R. et al. **Diabetes and the risk of tuberculosis: a neglected threat to public health?** *Chronic Illness* Sep/ 3: p.228-245. 2007b.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. **O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade**. - AATR-BA. 2002.

TEIXEIRA, CF; SOLLA, JP. **Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família** [online]. Salvador: Editora EDUFBA, nº3. 237 p. 2006.

UNION/INTERNATIONAL UNION AGAINST TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE; WDF /WORLD DIABETES FOUNDATION: WHO/WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Expert meeting on tuberculosis and diabetes mellitus**. Paris, 20p. 2009.

_____. **Tuberculosis and diabetes mellitus: the growing threat of the double burden of diabetes and tuberculosis**. 2014a. 2p. Disponível em: http://www.worlddiabetesfoundation.org/sites/default/files/TB-diabetes%20co-epidemic%20fact%20sheet_March2014%20update.pdf. Acesso em: 21 fev. 2014.

_____. **The Looming co-epidemic of tb- diabetes: a call to action**. Barcelona/Espanha. Oct/Nov. 2014. 26p. 2014b Disponível em: <http://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/the-looming-co-epidemic-of-tb-diabetes>. Acesso em: 15 jan. 2015.

VALCARENGHI, Aline Leal. **Doenças do século 19 são desafios para a saúde pública**. In: JORGE, Tânia. A 2013. Disponível em: <http://blogdatuberculose.blogspot.com.br/2013/08/doencas-do-seculo-19-ainda-sao-desafios.html>. Acesso em: 02 mar. 2015.

VALVERDE, Ricardo. **Doenças Negligenciadas**. Agência Fiocruz de notícias. s/d. Disponível em: <http://www.agencia.fiocruz.br/doen%C3%A7as-negligenciadas>. Acesso em: 07/10/2015.

VIEIRA, Cássio Leite. **Tuberculose: origens, diagnósticos e diabetes**. Rev. Ciência Hoje. 2014. Disponível em: <http://cienciahoje.uol.com.br/revista-ch/2014/319/tuberculose-origens-diagnostico-e-diabetes>. Acesso em: 15 mar. 2015.

VIDOTTI, Alexandre Ferrari. **A Responsabilidade das esferas de governo federal, estadual e municipal, pela atuação hierarquizada e regionalizada no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Direitos Fundamentais e Justiça. Ano 6, nº 21, p. 209-230, out./dez. 2012.

VILLA, Tereza Cristina Scatena; RUFFINO, Antônio Netto. **Tuberculose: pesquisas operacionais**. 1. ed. Ribeirão Preto, SP: FUNPEC Editora, 2009. 249p.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P; CAMPOS, K.F.C. **Protocolos de cuidado à saúde e de organização do serviço**. CEABSF. Belo Horizonte: Coopmed. 2009.

WILD, S; ROGLIC, G; GREEN, A; SICREE, R; KING, H. **Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030**. Diabetes Care, Washington, v.7, n.5, mayo. 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION/WHO. **The Stop Tb Strategy: Building on and enhancing DOTS to meet the TB-related Millennium Development Goals**. 24p. 2006.

_____. **Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development**. 2010. Disponível em:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>.

Acesso em: 15 mar. 2014.

_____. **Diabetes**. Fact Sheet. nº 312. 2011a. Disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html>.

Acesso em: 19 mar. 2014.

_____. **Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes**. Paris. 40p. 2011b.

_____. **What is DOTS?** 2011c. Disponível em:

http://www.searo.who.int/en/section10/section2097/section2106_10678.htm.

Acesso em: 23 jul. 2014.

_____. **Global Tuberculosis Report 2013**. 2013. 293p. Disponível em: <http://www.who.int/tb/publications/global>. Acesso em 24 mar. 2014.

_____. **Global Tuberculosis Report 2014**. 2014. 118p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf. Acesso em: 23 mar. 2015.

_____. **Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015**. 2015. Disponível em:

http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf?ua=1. Acesso em: 10 set. 2015.

WU, Xun. et al. **The public policy primer: managing the policy process**. Traduzido por Ricardo Avelar de Souza. – Brasília: Enap, 160 p. 2014

Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes



Ministry of Health
of the State of São Paulo



World Health
Organization

Apêndice

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

O (a) Sr (a) está sendo convidado (a) a participar, voluntariamente, como colaborador (a) na pesquisa intitulada “**O desafio do manejo integrado da tuberculose e diabetes *mellitus* na perspectiva de gestores de saúde**”, sob responsabilidade das pesquisadoras Cintia Vieira do Nascimento (mestranda) e Sônia Maria Soares (orientadora).

Antes de obter seu consentimento, é importante que todas as informações a seguir sejam lidas com atenção e que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas. Desde já agradecemos sua disponibilidade.

Resumo do projeto

Diversos estudos, nacionais e internacionais, vêm demonstrando que a tuberculose (TB) e o diabetes *mellitus* (DM) se apresentam, com frequência, de forma conjunta nos adultos, e estas comorbidades requerem um manejo mais complexo que o de cada uma em separado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) faz recomendações para que os serviços de saúde adotem ações que levem ao manejo conjunto de ambos os agravos. Sendo assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar fatores dificultadores, potencialidades e desafios para o manejo integrado da tuberculose e diabetes, como política pública, na perspectiva dos gestores de saúde das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal). Espera-se que os resultados deste estudo possam contribuir com a formulação de políticas públicas de manejo integrado da tuberculose e diabetes *mellitus*.

Participação no trabalho

A sua participação é voluntária, isenta de despesas e nenhum participante receberá remuneração por seu envolvimento na pesquisa. Você poderá recusar-se em participar do estudo a qualquer momento, no início ou durante o acompanhamento, sem quaisquer prejuízos.

Procedimentos

Caso concorde em participar do estudo, será solicitado que você responda a algumas perguntas pré-selecionadas, por meio de uma entrevista, a respeito da temática da associação da tuberculose e diabetes. A entrevista será gravada através de um aparelho de MP4 e posteriormente será transcrita, fielmente como foi dita por você. A transcrição será fornecida a você e será utilizada na pesquisa somente após sua autorização. Você poderá negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgar prejudicial à sua integridade física, moral e social.

Confidencialidade

Os dados coletados na entrevista serão utilizados apenas para fins científicos. Todas as informações obtidas serão tratadas com o máximo respeito. Haverá sigilo absoluto de nome e quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal durante todo o processo de construção e divulgação do trabalho.

Riscos e desconfortos

O fornecimento de informações relativas ao processo de trabalho que envolve a associação entre tuberculose e diabetes pode trazer constrangimento, receio ou ansiedade nos sujeitos da pesquisa por estarem expondo questões que envolvem a dinâmica dos serviços de saúde. Porém, serão garantidos os direitos de confidencialidade e sigilo absoluto dos participantes desta pesquisa.

Benefícios

A pesquisa poderá contribuir com a formulação de políticas públicas de manejo integrado da tuberculose e diabetes *mellitus*. Considerando ainda que o rastreamento da tuberculose em pacientes com diabetes e o rastreamento de diabetes em pacientes com tuberculose, uma das recomendações de manejo integrado, podem influenciar na melhoria do prognóstico dos pacientes, e conseqüentemente, podendo levar à diminuição dos custos financeiros com tratamentos envolvendo os pacientes com ambos os agravos. Além disso, este estudo poderá contribuir para outras pesquisas envolvendo a associação das duas doenças.

Consentimento

Declaro para os devidos fins que me considero satisfeito com as explicações da pesquisadora e concordo em participar como voluntário (a) deste estudo.

Uma via deste termo permanecerá com o (a) Sr (a) e a outra ficará arquivada, juntamente com os demais documentos da pesquisa, com a orientadora responsável, na Escola de Enfermagem da UFMG, sala 200, Av. Alfredo Balena, 190. Telefone: (31) 3409-9855.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 201____

Nome completo do participante: _____

Assinatura: _____

Cintia Vieira do Nascimento
Mestranda
cintiavieiranascimento@yahoo.com.br
(31) 9219-4050

Prof.^a Dr.^a Sônia Maria Soares
Orientadora
smssoares.bhz@terra.com.br
(31) 3409-4592

**Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG -
Telefax: (31) 3409-4592**

Endereço: Av. Antônio Carlos, 6627 - Unidade
Administrativa II - Campus Pampulha - 2º andar
Sala 2005 CEP: 31270-901 – BH/MG –
email: coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE B:

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS GESTORES DE SAÚDE

QUESTIONÁRIO Nº: ____ DATA: __/__/__ INÍCIO: __:__:__ TÉRMINO: __:__:__

GESTOR: MUNICIPAL ESTADUAL FEDERAL LOCAL

IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais: ____ Idade: ____ Gênero: Masculino () Feminino () Reside no município? Sim () Não ()

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

- Formação em graduação: Enfermagem () Medicina () outros () _____

- Formação em pós-graduação: () sim () não - Qual (is)? _____

- Cargo ou função atual: _____ - Tempo no cargo ou função atual: _____

- Já atuou em outro cargo de gestão? Sim () Não () - Qual (is)? _____

QUESTIONAMENTOS:

1) Considerando o seu cargo atual de referência em tuberculose no (município, estado, hospital ou país) fale um pouco sobre sua trajetória profissional, sua formação, seus cursos, antes de assumir este cargo.

2) Você considera que o (município, estado, hospital ou país) tem estimulado a sua capacitação para exercer o cargo em que ocupa atualmente? Sim () Não () - Fale sobre isso.

3) Fale um pouco sobre como é realizada a atenção aos pacientes com tuberculose considerando a Linha Guia de Controle da Tuberculose? Supondo que este paciente tenha diabetes *mellitus* associado, como é realizada esta abordagem?

4) Em 2011, a Organização Mundial de Saúde, lançou um quadro colaborativo de enfrentamento conjunto da tuberculose e diabetes, considerando a gravidade da associação entre estas duas doenças. Neste quadro, ela recomenda que todas as Instituições de saúde realizem o rastreamento conjunto da tuberculose e diabetes. Gostaria que você comentasse sobre estas recomendações da OMS.

5) De acordo com sua experiência, qual a importância em realizar o cuidado integrado entre tuberculose e diabetes *mellitus*?

6) Na hipótese do (município, estado, hospital ou país) implantar um Protocolo de Manejo Integrado entre Tuberculose e Diabetes *Mellitus*, de que forma você considera que seria possível articular esta proposta?

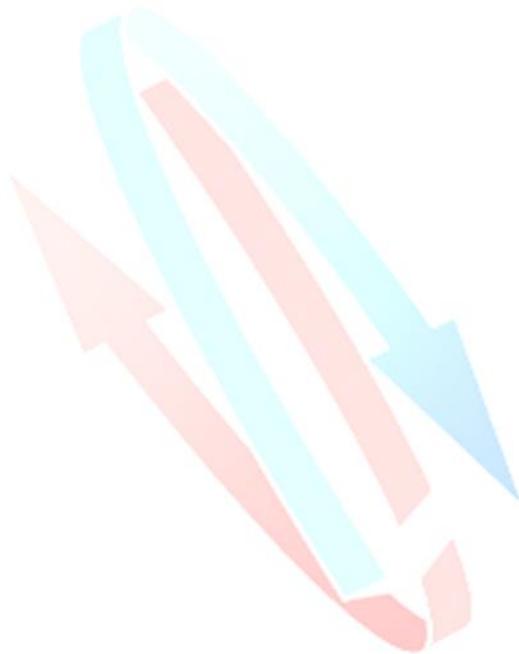
7) Quais dificuldades ou impedimentos você considera que possa enfrentar para uma implantação, futuramente, do manejo integrado no seu (município, estado, hospital ou país)?

8) De que forma você considera que seria possível enfrentar estas dificuldades?

9) Você considera que o Sistema de Saúde nos três níveis de atenção, primário, secundário e terciário, e de governo (federal, estadual e municipal) estejam articulados para a implantação de um Protocolo de Manejo Integrado entre Tuberculose e Diabetes *Mellitus*, assim como ocorreu com a Diabetes e Hipertensão e também com o HIV/Aids e Tuberculose?

10) Existe alguma questão ou sugestão que você gostaria de comentar que não foi abordada?

Collaborative Framework for Care and Control of Tuberculosis and Diabetes



U.S. Department of Health and Human Services



World Health Organization

Anexos

ANEXO A

Folder do Manejo Integrado da Tuberculose e Diabetes *Mellitus* elaborado pela UFMG e SES – MG

DIABETES MELLITUS



O diabetes mellitus é uma doença caracterizada pela falta ou insuficiência na produção de insulina pelo pâncreas.

A insulina é um hormônio que transforma glicose (açúcar) em energia, e quando ocorre a falta dela ou ela não atua de forma eficaz, há um aumento da taxa de glicose no sangue.

Entre os tipos de diabetes mellitus, o tipo 2 é o mais comum.

SINAIS E SINTOMAS

- Fome, ganho de peso, urina muito, cansaço, fraqueza e cansaço físico. Entretanto muitas vezes o paciente não sente nada e esses sintomas demoram a aparecer.
- O diabetes mellitus não tem cura, mas possui diversas formas de controle como melhora da alimentação, atividade física e medicamentosa.

O manejo integrado da associação TUBERCULOSE E DIABETES MELLITUS em saúde pública é necessário!

**Fique atento!!!
Procure informações!!!
Previna-se!!!**

Autores:
Sônia Maria Soares, Patrícia Polares Rocha, Daviana Barreto dos Santos e Alisson Carolina Alves Junior.

Referências:
BRASIL. Tuberculose. http://portal.cau.br.gov.br/portal/profissionais/via_editor_texto.cfm?id=31081

BRASIL. Pratique a saúde contra o diabetes mellitus. http://portal.cau.br.gov.br/portal/profissionais/via_editor_texto.cfm?id=23617.






Manejo Integrado da TUBERCULOSE E DO DIABETES MELLITUS

TUBERCULOSE e DIABETES MELLITUS

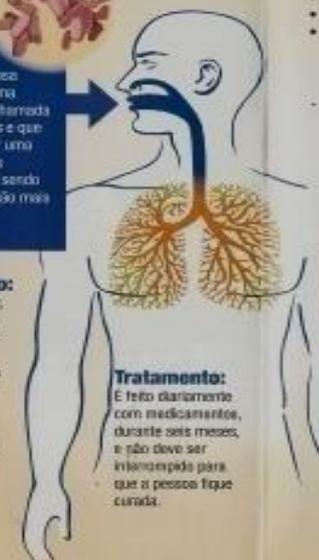
• Você sabia que a Tuberculose e o Diabetes Mellitus são problemas de saúde pública que interferem na qualidade de vida da nossa população e estão muito relacionados?

• A pessoa que tem diabetes mellitus tem maior risco de desenvolver tuberculose.



A Organização Mundial da Saúde, preocupada em minimizar os problemas decorrentes da associação entre diabetes e tuberculose, incentiva a realização do diagnóstico e o tratamento de diabetes em pessoas com tuberculose.

TUBERCULOSE



Doença infecciosa causada por uma micobactéria chamada *M. tuberculosis* e que pode acometer uma série de órgãos e/ou sistemas, sendo o pulmão o órgão mais afetado.

Transmissão: O doente, ao falar, espirrar ou tossir, elimina gotículas que contêm o agente infeccioso e podem ser aspiradas por outro indivíduo contaminando-o.

Tratamento: É feito diariamente com medicamentos, durante seis meses, e não deve ser interrompido para que a pessoa fique curada.

Fatores que favorecem o aparecimento da tuberculose:

- Má alimentação, fumo
- Alcoolismo
- Aids
- Diabetes
- Outras doenças nos idosos
- Uso de drogas

SINAIS E SINTOMAS:

-  Tosse por mais de 03 semanas
-  Febre baixa à tarde
-  Suor à noite
-  Falta de apetite
-  Palidez
-  Cansaço excessivo
-  Perda de peso acentuada
-  Enfraquecimento

ANEXO B

Quadro Colaborativo de Atendimento e Controle da Tuberculose e Diabetes

O quadro inclui as recomendações provisórias que se seguem:

1. Fundada articulação deve haver entre as coordenação a nível regional, distrital e/ou local (sensíveis a fatores específicos de cada país), com representação de todos os interessados. Um plano para atividades conjuntas deverá ser elaborado e refletido em planos nacionais para as doenças não transmissíveis e tuberculose;
2. Vigilância de TB deve ser iniciado entre pacientes com diabetes em ambientes com média a alta carga de TB;
3. Vigilância do diabetes deve ser iniciado em pacientes com TB em todos os países, em todos os casos;
4. Os programas nacionais devem concordar um conjunto básico de indicadores e ferramentas para coletar dados para o monitoramento e avaliação das atividades para melhorar o atendimento e prevenção de ambas as doenças. Programas de diabetes devem monitorar e relatar casos e resultados do tratamento;
5. Detectar e controlar a TB em pacientes com Diabetes?
Pode . No mínimo, as pessoas com diabetes devem ser rastreadas para a tosse crônica (ou seja, a tosse persistente por mais de 2 semanas). Aqueles com sintomas positivos de tuberculose devem ser examinados de acordo com as diretrizes nacionais. Outros procedimentos de diagnóstico (por exemplo, para TB extrapulmonar) deve ser executada com rigor também de acordo com as diretrizes nacionais.
6. Triagem de tuberculose com indicações mais amplas (por exemplo, para todas as pessoas em quem é diagnosticado diabetes, independentemente dos sintomas) devem ser exploradas, como parte da agenda de pesquisa, para melhorar o diagnóstico da TB entre as pessoas com diabetes.
7. Um sistema de referência deve ser estabelecido de modo que todo paciente suspeito de TB será prontamente encaminhado a centros de diagnóstico e tratamento, e avaliados de acordo com as diretrizes do PNCT.
8. Para TB – deve haver cada vez maior consciência e conhecimento sobre as interações entre diabetes e tuberculose, incluindo os fatores de risco comuns, entre os trabalhadores de saúde e as populações que servem.
9. Instalações de cuidados de saúde, incluindo clínicas de diabetes, deve ter um controle de infecção. O plano inclui medidas de controle administrativo e ambiental para reduzir a transmissão de TB dentro de estabelecimentos de assistência à saúde. Estas medidas devem aderir às diretrizes internacionais da OMS para o controle de infecção por TB.
10. Tratamento e gestão de casos de tuberculose em pessoas com diabetes deve ser fornecido de acordo com as diretrizes de tratamento de TB existentes e padrões internacionais. O mesmo esquema de tratamento da tuberculose deve ser prescrito para pessoas com diabetes como para pessoas sem diabetes.
11. Pacientes com TB devem ser rastreados para diabetes no início do seu tratamento, onde os recursos estão disponíveis para o diagnóstico. O tipo de triagem e testes de diagnóstico devem ser adaptados ao contexto dos sistemas locais de saúde e a disponibilidade de recursos, enquanto se aguarda evidência adicional sobre a melhor triagem e abordagem diagnóstica.

ANEXO C:

FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA DE TB EM PACIENTES COM DM

Busca ativa de tuberculose em pacientes com Diabetes Mellitus								
Todas as perguntas deste questionário são de caráter confidencial								
Nome							Idade	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino								
Lugar de residencia:								
Nível educativo: <input type="checkbox"/> Sem instrução <input type="checkbox"/> Primária <input type="checkbox"/> Secundária								
<input type="checkbox"/> Superior não Universitário <input type="checkbox"/> Superior Universitário								
Diagnóstico e manejo de Diabetes Mellitus								
Tipo de Diabetes Mellitus			<input type="checkbox"/> Tipo 1			<input type="checkbox"/> Tipo 2		
			<input type="checkbox"/> Não classificada Explique					
Data do diagnóstico:								
Tipo de tratamento <input type="checkbox"/> Não farmacológico <input type="checkbox"/> Farmacológico								
Tratamento farmacológico								
Medicamento			Data de início			Data de suspensão		
Controle da glicemia e HbA1c - últimos 3 meses								
Exame	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Exame	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Exame	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
Data de obtenção do controle do Diabetes Mellitus:								
<input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Dislipidemia <input type="checkbox"/> Obesidade (IMC>30)								
Síndromes associadas ao DM:			<input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Explique:					

Outras comorbidades relacionadas ao Diabetes Mellitus		
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Outras	Explique:
<input type="checkbox"/> Alcool: quantificar -	<input type="checkbox"/> Drogas:	<input type="checkbox"/> Tabagismo:
Pesquisa de Tuberculose		
Sintomas presentes e duração		<input type="checkbox"/> Tosse:
<input type="checkbox"/> Perda de peso: HIV	<input type="checkbox"/> Sudorese noturna:	
<input type="checkbox"/> Febre vespertina	<input type="checkbox"/> Outro (explique):	<input type="checkbox"/> Drogas: <input type="checkbox"/> Tabagismo:
Exames		
Radiografia de tórax realizada? (definir o tempo)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não Data:
Em caso afirmativo, qual o achado da radiografia? (com laudo pelo especialista e/ou clínico)	<input type="checkbox"/> Aspecto Normal	<input type="checkbox"/> Imagens suspeitas de TB
	<input type="checkbox"/> Imagens NÃO suspeitas de TB	
Bacteriologia(responder se disponível)		
<input type="checkbox"/> Baciloscopia 1ª amostra	Data	Resultado
<input type="checkbox"/> Baciloscopia 2ª amostra	Data	Resultado
<input type="checkbox"/> Cultivo	Data	Resultado
<input type="checkbox"/> Molecular	Data	Resultado
<input type="checkbox"/> Tipificação	Data	Resultado
<input type="checkbox"/> Teste de sensibilidade	Data	Resultado

Fonte: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22817&Itemid
 PAHO: Organização Pan Americana de Saúde. 2012.