

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO
PACIENTE COM TUBERCULOSE, ESTRUTURADO EM REDES, COMO
ESTRATÉGIA PARA FORTALECER A ESTRATÉGIA DOTS- “DIRECTLY
OBSERVED THERAPY SHORT-COURSE”**

CLÁUDIA HERMINIA DE LIMA E SILVA

Dissertação de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Prof. Dr José Azevedo Rodrigues, Professor Associado Convidado, ISCTE IUL –
Departamento de Contabilidade.

Co-orientadora:

Prof^a. Mestre Thelma Battaglia Rezende, professora convidada da Fundação
Getúlio Vargas

Setembro, 2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, meu pai, amigo de todas as horas, por ter me dado essa oportunidade, sabedoria e força para concluir este trabalho.

Agradeço a todos os meus familiares, que sempre me estimularam.

Ao meu pai e minha mãe, por todo carinho e orientação.

À minha filhinha Natália e meu filho Douglas, jóias preciosas que guardo no lado esquerdo do peito.

Aos gestores e funcionários da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, pelo apoio e incentivo para meu ingresso no Mestrado.

Ao coordenador da Pneumologia Sanitária do Estado, Dr. Edilson por acreditar que seria possível e a todos os amigos da CEPS que sempre me apoiaram para que esse sonho se tornasse realidade.

A todos os preciosos amigos, especialmente Ana Maria, Helidea, Pedro, Sônia e Maíra que com todo carinho me deram apoio para seguir em frente.

À Dr^a Silvana Spindola por suas preciosas colaborações e paciência.

À equipe de amigos do MSH, que se fizeram tão especiais em minha jornada.

A D^a Tânia Furtado, professor Luiz Martins e a todos os professores e funcionários do ISCTE e FGV.

A todos os membros do Comitê Técnico da Rede Metropolitana que tanto se empenharam em contribuir com essa proposta.

Meu agradecimento especial à Dr^a Thelma Rezende, minha co-orientadora querida, que com sua eficiência e carinho esteve comigo em todos os momentos.

Ao meu orientador José Azevedo Rodrigues por sua confiança e dedicação.

A todos os colegas da turma de mestrado, pelo carinho, compreensão, companheirismo, cumplicidade.

...Só quero morrer depois de dar o máximo de mim.
Quanto mais me empenhar, mais viverei.
O que me dá prazer na vida é a própria vida.
A vida não é uma vela efêmera.
É uma espécie de tocha suntuosa que herdei para
conduzi-la e quero mantê-la o mais radiante possível,
antes de legá-la para as futuras gerações...

George Bernard Shaw

RESUMO

A análise situacional da tuberculose (TB) em Minas Gerais demonstra que uma alta cobertura de Programa de Saúde da Família (PSF) e os modelos atuais de gerenciamento, não têm sido suficientes para o alcance das metas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (MS). O presente estudo propõe a adoção de um modelo de atenção à saúde do paciente com TB, voltado para condições crônicas e adequado aos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS. O estudo será realizado em uma área piloto composta por oito municípios da região metropolitana, que somam cerca de um terço do total da carga do estado. Belo Horizonte é a capital com maior cobertura de PSF do Brasil, porém, segundo a coorte SINAN 2009, a taxa de cura foi de apenas 69% e o abandono de 19%, com o agravante que 37,14% dos diagnósticos serem realizados nos Hospitais e Urgências. Foram realizadas oficinas de trabalho com a participação de profissionais dos municípios em estudo. A doença foi primeiramente estratificada por graus de risco clínico e de abandono e posteriormente definiu-se o manejo e tipos de atenção para cada nível. Para operacionalizar esse modelo foi proposta uma rede de referência e contra referência entre os municípios. A governança da rede será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite. Mediante modelo de atenção adequado e com a organização do sistema de saúde em redes de atenção, será possível visualizar um controle da TB mais efetivo, que contribua para o alcance das metas preconizadas e implementação da estratégia DOTS com qualidade.

PALAVRAS CHAVE: Tuberculose, Modelo de Atenção, Rede, DOTS.

ABSTRACT

A situational analysis of tuberculosis (TB) in Minas Gerais demonstrates that a high coverage of the Family Health Program (PSF) and current models of management, have not been sufficient to achieve the goals established by the Ministry of Health (MOH). This study proposes the adoption of a health care model for the patient with TB, focused on critical conditions and based on the Health System (SUS) principles. The study will be conducted in a pilot area consisting of eight cities in the metropolitan region, which represents about one third of the state total burden. Belo Horizonte is the capital with greater PSF coverage in Brazil, however, the second cohort from SINAN 2009, the cure rate was only 69% and the abandonment 19%, with the aggravation that 37.14% of diagnoses be made in Hospitals and Emergencies. Workshops were held with the participation of professionals from the cities studied. The disease was first stratified by medical risk and dropout degrees and later set up the handling and types of care for each level. To operationalize this model a reference and cross reference between municipalities network was proposed. The governance of the network will be agreed upon in the Intergestores Bipartite Commission. Through proper care model and with the health system care networks organization, you'll see a more effective TB control, contributing to the achievement of recommended goals and DOTS strategy implementation with quality.

KEYWORDS: Tuberculosis, Care Model, Network, DOTS.

ÍNDICE

CAPÍTULO I

1.SUMÁRIO EXECUTIVO.....	1
2 INTRODUÇÃO: O PROBLEMA.....	3
3.OBJETIVO GERAL.....	5
4.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
5.JUSTIFICATIVAS.....	7
6.METODOLOGIA.....	8

CAPÍTULO II: CONTEXTUALIZAÇÃO

1 A DOENÇA TUBERCULOSE.....	11
1.1 A Etiopatogenia da doença.....	11
1.2 A influência dos fatores sociais e estilos de vida	12
2 A ESTRATÉGIA DOTS.....	14
3 SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA.....	16
3.1 O panorama epidemiológico da TB no mundo e no Brasil.....	16
3.2 A situação epidemiológica da TB em MG e na Região Metropolitana de BH..	16
4 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	22
4.1 A população.....	22
4.2 A estrutura operacional da rede.....	22
5 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	25
5.1 Modelo de atenção às condições crônicas.....	25
5.2 Modelo da pirâmide da Kaiser Permanente.....	26
5.3 Modelo da determinação social da saúde de Dalgren e Whitehead.....	26
5.5 Modelo de atenção às condições crônicas adequado ao SUS.....	28

CAPÍTULO III: RESULTADOS

1 A DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	31
2 A FORMAÇÃO DO COMITÊ TÉCNICO.....	31
3 A ESTRATIFICAÇÃO DA TB POR GRAUS DE RISCO.....	34
4 A DEFINIÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO.....	37
5 O DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TB.....	41

6 A DEFINIÇÃO DA GOVERNANÇA DA REDE.....	42
CAPÍTULO IV: DISCUSSÕES.....	43
CAPÍTULO V: CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	49
ANEXOS.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BH	Belo Horizonte
MS	Ministério da Saúde
MG	Minas Gerais
PSF	Programa de Saúde da Família
TB	Tuberculose
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SUS	Sistema Único de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
DOTS	Directly Observed Therapy Short-Course
SINAN	Sistema Nacional de Notificação de Agravos
SES-MG	Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
SR	Sintomático Respiratório
GRS	Gerência Regional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
TBP+	Tuberculose Pulmonar Bacilífera
BK+	Bacilíferos positivos
MDR	Multi droga resistente
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas adequado ao SUS

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 01	Detecção de Casos de TBP+ e taxa de detecção de TBP+, 2006 a 2009, nos 08 municípios selecionados.	18
Tabela 02	Percentual de Pacientes em DOTS (indicado e realizado) nos 08 municípios selecionados, em 2009.	19
Tabela 03	Percentual de casos novos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera, coorte 2009 – Data de início de tratamento: Abril/2008 a Março/2009, na situação do 9º mês, nos 08 municípios selecionados.	20
Tabela 04	Percentual de realização do teste anti-HIV e da coinfeção TB-HIV, ano de diagnóstico 2009, nos 8 municípios selecionados.	21

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 01	A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde	23
Figura 02	A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde.	24
Figura 03	O modelo de atenção às condições crônicas	26
Figura 04	O modelo da Pirâmide da Kaiser Permanente.	27
Figura 05	O modelo da Determinação Social de Dahlgren e Whitehead	28
Figura 06	O modelo de atenção às condições crônicas aplicado ao SUS	30
Figura 07	A estratificação da TB por graus de risco clínico e de abandono e seu manejo nos diversos níveis de atenção.	36

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 01	As principais diferenças entre as condições crônicas e condições agudas.	37
-----------	--------------------------------------------------------------------------	----

CAPÍTULO I

1. SUMÁRIO EXECUTIVO

A Tuberculose (TB) é uma doença milenar, que há anos vem ceifando milhares de vidas, apesar de ter cura e seu tratamento ser gratuito na maioria dos países, como no Brasil. A facilidade de transmissão, por ser via aérea, somada a fatos sócio, econômicos e ambientais, dificultam o seu controle de modo efetivo. Estes fatores contribuíram para que a Organização Mundial de Saúde (OMS) decretasse a TB como uma prioridade mundial, juntamente com a Malária e AIDS.

Apesar de todas as tentativas dos organismos governamentais, a TB ainda continua sendo uma ameaça à saúde pública e os Programas de Controle da doença no Brasil, há vários anos mantém o mesmo patamar dos indicadores de cura e abandono (em média 72% de cura e cerca de 8% de abandono), quando o preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e OMS é de 85% de cura e até 5% de abandono, para que a doença seja considerada sob controle, de forma a interromper sua cadeia de transmissão.

Como estratégia de Controle eficaz da TB a OMS orienta aos países que adotem a estratégia DOTS – “Directly Observed Therapy Short-Course”, que é composta de cinco componentes, dentre eles destaca-se o tratamento diretamente observado, como uma forma de aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento e garantir que este seja realizado regular e adequadamente. Apesar de já estar implementada, no entanto, a estratégia DOTS, por si só não tem sido suficiente para mudar o cenário epidemiológico da doença.

Desta forma a presente proposta, 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 como a TB e que seja passível de ser operacionalizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

Buscou-se conhecer a realidade epidemiológica da TB, no Mundo, no Brasil e em Minas Gerais (MG). Em relação a MG a doença foi mapeada e delimitou-se oito municípios da região metropolitana de Belo Horizonte (BH), que juntos compõem a área piloto do presente estudo, devido à proximidade e por representarem cerca de um terço do total da carga de TB no estado.

Foi nomeado um Comitê para formação da Rede Metropolitana da TB, composto por profissionais destes municípios e que possuam 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.

A Governança da Rede será pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), sendo que os profissionais da Atenção Primária à Saúde passarão por treinamentos e formação de multiplicadores para operacionalização adequada desta proposta, que deve direcionar ao fortalecimento da estratégia DOTS e conseqüentemente ao alcance das metas preconizadas para os indicadores de cura e abandono desta doença.

2. INTRODUÇÃO: O PROBLEMA

Apesar da Região Metropolitana de BH em MG, possuir uma boa cobertura de equipe de Programa de Saúde da Família (PSF), na Atenção Primária, ainda não foi possível controlar a TB de forma a alcançar as metas preconizadas para o controle da doença, conforme preconizado pela OMS e Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

Nos dias atuais, é de se considerar que a necessidade de mudanças e adequações a novos e modernos modelos de gestão, constitui um incentivo à organização de processos, bem como a delegação de tarefas, proporcionando ao gestor maior controle e acompanhamento efetivo das ações planejadas.

Sendo a TB uma doença milenar, que ao longo dos anos tem ceifado milhares de vidas, mesmo e apesar de ser passível de cura e possuir tratamento gratuito, padronizado segundo protocolos oficiais, era de se esperar que a mesma já estivesse sob controle em todo o mundo. Isto demonstra que os mecanismos atuais de gestão dos programas de controle da tuberculose não têm sido suficientes para impedir o avanço desta enfermidade, bem como o desenvolvimento de resistência aos fármacos.

A TB é classificada como uma condição crônica de saúde, cujo tratamento, em sua grande maioria, ocorre no nível de Atenção Primária, no entanto verifica-se que a falta de investimentos eficientes para estruturação do Programa de Saúde da Família da AP, pode ser um dos grandes fatores que dificulta o alcance das metas propostas pelo PNCT, de detectar no mínimo 70% dos casos, curar 85% dos casos notificados e manter o abandono abaixo de 5%.

O alcance destas metas, segundo a OMS é fundamental para que a TB esteja sob controle no país e no mundo.

A análise situacional da TB em Minas Gerais (MG) demonstra que os indicadores de cura¹ e de abandono (especificamente 74,2% de cura e 8,0% de abandono)² estão abaixo do preconizado pelo PNCT, o que torna evidente que uma alta cobertura de PSF e os modelos

¹ Indicadores de cura: Indica o percentual de pacientes curados após o término do tratamento medicamentoso.

² Abandono: Indica o percentual de pacientes que após o início do tratamento não deram continuidade à tomada da medicação.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

atuais de gerenciamento do programa, não têm sido suficientes para o alcance das metas estabelecidas pelo MS. O município de BH é a capital com maior cobertura de Programa de Saúde da Família do Brasil, porém, segundo a coorte SINAN-NET-TBC 2009, a taxa de cura foi de apenas 69% e o abandono de 19%, sendo que 37,14% dos diagnósticos ainda são realizados nos Hospitais e Urgências. Em MG foi constatado pela Secretaria de Estado da Saúde (SES-MG) que a Atenção Primária possui cerca de 60% de seus atendimentos relacionados às condições crônicas e, no entanto, seu sistema de saúde está estruturado para atendimento de condições agudas.

A análise dos dados epidemiológicos da TB por Gerência Regional de Saúde (GRS) demonstra que cerca de 1/3 do total de casos notificados no estado encontra-se na região metropolitana de BH compreendida pela GRS BH. Esta é composta por 34 municípios, com uma população estimada de 5.044.532 habitantes (IBGE, 2010). A região metropolitana de BH 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

Em relação à TB verifica-se que do total de casos notificados pela GRS BH, cerca de 85% dos mesmos são residentes de apenas 08 municípios desta regional de saúde (Belo Horizonte, Contagem, Betim, Ibirité, Ribeirão das Neves, Sabará, Santa Luzia, Vespasiano). Espera-se, portanto, que a implantação de um novo modelo de atenção adequado à condição crônica de saúde, como é o caso da TB, estruturado em Redes para garantir a continuidade e integralidade do tratamento em todos os níveis de atenção, cause importante impacto positivo nos indicadores epidemiológicos e controle desta doença.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

3. OBJETIVO GERAL:

O presente estudo objetiva a proposição da implantação de um modelo de atenção adequado às condições crônicas de saúde, estruturado em Redes, adequado à TB, que considere os princípios do SUS, para ser aplicado em área piloto da Região Metropolitana de BH, no estado de MG, com a finalidade de diminuir o abandono, aumentar a cura e contribuir para o fortalecimento da estratégia DOTS.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste estudo estão compreendidos entre:

- Estruturação de um Comitê Técnico para a Rede Metropolitana de Controle da TB.
- Estratificação da TB por Graus de Risco Clínico e de Abandono.
- Proposição da adoção de um Modelo de Atenção apropriado às Condições Crônicas de Saúde e à TB.
- Desenho estrutural de uma Rede de Assistência à TB em área demonstrativa
- Pactuação da Governança da Rede

5. JUSTIFICATIVAS:

5.1- O Problema da TB

A OMS decretou a TB uma prioridade mundial, juntamente com Malária e AIDS. A tuberculose é a doença infecciosa que mais mata jovens e adultos em idade produtiva e grande número de pacientes com AIDS morrem devido à coinfeção com TB. No entanto, apesar de ter cura e de ser uma doença milenar, ainda não foi possível atingir os indicadores operacionais da doença para que seja interrompida a cadeia de transmissão e a mesma esteja sob controle em todo o mundo.

5.2- Da área piloto

Os oito municípios selecionados estão localizados na mesma região metropolitana. Esta região corresponde a um terço do total de casos do estado e os oito municípios juntos respondem por cerca de 80% dos casos desta região, assim espera-se que ações concentradas nesta área provoquem um maior impacto na melhoria dos indicadores da doença.

5.3- O objetivo do estudo

As práticas atuais de gestão do Programa de Controle da Tuberculose em MG, não têm sido suficientes para que o estado atinja os indicadores operacionais recomendados pela OMS, de detectar no mínimo 70% dos casos, curar 85%, sendo que o abandono e óbito devem ser inferiores a 5%. Esta proposição vislumbra a possibilidade de se obter maior êxito do tratamento dos pacientes através de melhores práticas gerenciais, focadas, principalmente, na estrutura organizacional da Atenção Primária.

6. METODOLOGIA

Este é um estudo prospectivo, baseado na proposta de Mendes, 2009, que prevê um modelo de atenção adequado para aplicação no SUS e que contempla as especificidades das doenças crônicas, como a TB, e que deverá ser operacionalizado através de uma Rede de Atenção.

6.1 - A Delimitação do Estudo

Estes municípios deverão ser identificados e para compor a área piloto desse estudo, por meio de consulta ao banco de dados SINAN-NET-TBC, Junho 2009, com tabulação das informações referentes aos municípios com maior carga da doença na Região Metropolitana de BH. Os critérios a serem utilizados são: Maior concentração de casos e proximidade entre os municípios.

6.2- A Formação do Comitê Técnico da Rede Metropolitana para o Controle da TB

Realização de convite às referências técnicas dos programas de TB de cada um dos municípios em estudo, através de contatos telefônicos e e-mails. Outros profissionais convidados, também da mesma forma: dois representantes da Coordenação Estadual do Programa de TB SES-MG, um médico especialista em TB representante dos Hospitais da região, um representante da Atenção Primária da SES-MG, um representante da Universidade Federal de Minas Gerais. Estes profissionais formaram uma equipe multiprofissional que passou a compor a Rede Técnica Metropolitana de Controle da TB, responsável pelos trabalhos técnicos que iriam possibilitar a construção da presente proposta. Em oficinas quinzenais e mensais os membros do Comitê Técnico deverão realizar os estudos e definições técnicas para estratificar a doença por níveis de risco clínico e de abandono, propor uma rede de atenção de referência e contra referência entre os municípios do estudo, propor um modelo de atenção para ser operacionalizado através desta rede e pactuar a governança da mesma na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

6.3- A Estratificação da TB por Graus de Risco Clínico e de Abandono

Deverá ser aplicada a metodologia de estratificação de risco proposto no modelo de Atenção da Pirâmide da Kaiser Permanente,

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

Serão analisados os três níveis de atenção: Atenção Primária, Atenção Secundária e Atenção Terciária. Os profissionais especialistas da área de Pneumologia Sanitária, componentes do Comitê, baseados em experiência clínica, deverão debater e consensar com os demais membros do comitê os graus de risco clínico e de abandono pertencentes a cada nível de atenção, bem como definir o manejo adequado para cada nível. Em seguida deverá ser elaborado um fluxograma, que ilustra em cores pré-definidas os diversos graus de risco de forma a permitir aos profissionais de saúde visualizarem o enquadramento adequado do caso de cada paciente, o tipo de manejo necessário àquele enquadramento, sendo que as cores se tornarão mais fortes quanto maior for o seu grau de risco.

6.4- O Modelo de Atenção às Condições Crônicas adequado ao SUS

O Comitê técnico da Rede Metropolitana de Controle da TB deverá analisar modelos de Atenção à Saúde descritos na literatura, com evidências clínicas, para definição daquele que melhor irá se adequar à Condição Crônica da TB. Esta análise deverá ser realizada através dos estudos apresentados nas oficinas de trabalho mensais, pelos membros do Comitê Técnico. Deverão ser consideradas as especificidades que qualificam a TB como uma condição crônica de saúde, os níveis assistenciais da saúde e os princípios do SUS.

6.5- O Desenho da Rede de Atenção

Definidos os graus de risco clínico e de abandono para a TB e o Modelo de Atenção a ser adotado, o Comitê Técnico deverá trabalhar para realizar um desenho propositivo para construção de uma Rede de Atenção, entre os oito municípios do estudo, que garanta continuidade e integralidade do tratamento. Para isso, em oficinas de trabalho, o Comitê Técnico definirá todas as possíveis necessidades assistenciais e de diagnóstico necessárias ao tratamento adequado da TB nos diversos níveis de Atenção. Com base nestas definições, as referências técnicas de cada município participante deverão realizar um levantamento dos serviços que o município oferece bem como os que não são contemplados pelo sistema de saúde local. Após esta fase, nas oficinas de trabalho, deverá ser criado um mapeamento de serviços de referência e contra-referência entre os municípios do estudo.

5.6- A Governança da Rede

Deverá ser apresentada a proposta do desenho estrutural da Rede Metropolitana de Controle da TB à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para aprovação e pactuação entre os gestores

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

municipais da saúde dos municípios participantes do estudo. Firmada esta pactuação a CIB se torna responsável pela governança da Rede

PROPOSIÇÃO: Espera-se, portanto, que a estruturação de uma rede que garanta continuidade da assistência, operacionalizada através de um modelo de atenção apropriado à especificidade das condições crônicas de saúde e adequado ao SUS, possa contribuir para um controle mais efetivo da TB, que reforce a estratégia DOTS e melhore seus indicadores operacionais de cura e abandono.

CAPÍTULO II - CONTEXTUALIZAÇÃO

1. A DOENÇA TUBERCULOSE

1.1 – A Etiopatogenia da Doença

A TB é uma doença infecciosa causada por uma micobactéria: o *Mycobacterium tuberculosis* identificado por Robert Koch em 1882, o que levou à denominação do agente etiológico como "bacilo de Koch". As características desta micobactéria explicam muitas questões relacionadas à evolução da doença. Entre outras se pode destacar o fato de ser aeróbio, necessitando de oxigênio para crescer e se multiplicar. Isto também explica o fato de que a grande maioria das infecções ocorre na forma pulmonar. Assim a infecção é transmitida de uma pessoa para outra por via respiratória, quando o indivíduo bacilífero³ expele os bacilos para o meio exterior, no entanto a resposta imunológica é capaz de impedir o desenvolvimento da tuberculose na maioria dos indivíduos. É uma doença de evolução geralmente lenta, por isso caracterizada como uma condição crônica de saúde.

Os doentes com TB podem ser classificados como: TB pulmonar positiva, TB pulmonar negativa, TB extra pulmonar e TB pulmonar e extra pulmonar. No entanto, exceto TB meningea, as formas de tratamento são padronizadas através de protocolos oficiais, caracterizando assim, pacientes com esquemas terapêuticos diferenciados.

Para os pacientes resistentes, o tratamento dura, em média, 18 meses, sendo utilizadas drogas mais complexas, porém menos eficazes no combate ao bacilo, como Amicacina, Ofloxacina, Terizidona, Etambutol e Clofazimine.

Os seres humanos são o único reservatório do *Mycobacterium tuberculosis* e existem evidências da doença desde o período neolítico. O risco de transmissão é maior durante contatos prolongados em ambientes fechados e com pouca ventilação. A TB é uma doença altamente afetada pelas condições sócio econômicas, culturais e pelos estilos de vida da população, razão pela qual se tornou um problema de saúde pública a partir da Revolução

³ Bacilífero: indivíduo com a forma pulmonar da TB eliminando bacilos para o exterior. Paciente capaz de transmitir a doença para outra pessoa por via respiratória.

IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE, ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS

Industrial (segunda metade do século XVIII), quando as condições subumanas de moradia e de trabalho da época passaram a facilitar a sua transmissão.

Uma pessoa com TB (qualquer forma) foi, necessariamente, infectada por outra em alguma época da vida e, quando desenvolve a forma pulmonar ou laríngea da doença, pode também passar a ser fonte de infecção para terceiros. Como a tuberculose, em geral, tem evolução lenta, o doente pode demorar a procurar um Serviço de Saúde e ter o diagnóstico confirmado. Em razão disto, quando uma pessoa desenvolve tuberculose pulmonar ou laríngea, os contactantes próximos (familiares, colegas de trabalho) devem ser submetidos à avaliação médica por terem tido, antes do diagnóstico do caso inicial, exposição prolongada ao risco de infecção ou, eventualmente, de terem sido a própria fonte da infecção. Nas outras formas de tuberculose (como a meningite), nas quais não ocorre transmissão do doente para outras pessoas, os contactantes devem ser avaliados em busca das possíveis fontes da infecção (pessoas com tuberculose pulmonar ou laríngea que possam ter dado origem ao caso).

Os principais sintomas da TB podem ser descritos como: Tosse por três semanas ou mais, perda de peso, cansaço fácil, febre baixa, geralmente, à tarde, dor no peito e/ou nas costas, suores noturnos.

Quanto às medidas de prevenção, é sabido que a cura de uma pessoa com TB é a melhor maneira de se prevenir a disseminação da doença. A aplicação da vacina BCG logo após o nascimento, não impede a infecção, nem o desenvolvimento da TB na forma pulmonar, mas pode conferir certo grau de proteção para a meningite tuberculosa e para as formas disseminadas da doença. Recomenda-se que todo paciente sintomático respiratório (SR)⁴, procure um posto de saúde e realize um exame diagnóstico de baciloscopia de escarro.

1.2 A influência dos Fatores Sociais e Estilos de Vida para o controle da doença

“A TB tem deixado seu registro nas gerações e hoje se constitui, inexoravelmente, um excelente marcador epidemiológico da qualidade de vida dos povos”. (Ailton, et al, 2007).

⁴ Sintomático Respiratório (SR): Indivíduo com tosse contínua e com secreção por no mínimo 3 semanas.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

É visível a influência dos fatores sócio, econômicos, culturais, aliados aos estilos de vida da população como fatores preponderantes para o adoecimento por TB. Historicamente a TB é reconhecida como uma doença que afeta mais as classes sociais menos favorecidas. Isto pode ser facilmente explicado quando se estuda os fatores de risco para adoecimento: desnutrição uso de álcool e/ou drogas ilícitas, más condições de moradia, em aglomerados, com baixa luminosidade, desemprego, baixo nível de ensino, baixa imunidade do organismo associada, principalmente, a fatores como depressão e outras doenças, principalmente o HIV.

Sendo assim, a intervenção social, para melhorar as condições de vida da população, com ações de promoção e sensibilização da comunidade que induzam a mudanças comportamentais devem ser consideradas como grandes aliados para o êxito do tratamento do doente com TB.

Ciente da importância desta influencia social e comportamental, os programas de controle da doença, em seus diversos níveis de governo (federal, estadual e municipal) têm investido esforços para realização de ações de mobilização social, com vistas a parcerias com a comunidade para que juntos possam ajudar o paciente a vencer a doença.

2. A ESTRATÉGIA DOTS

DOTS é a sigla em inglês “Directly Observed Therapy Short-Course”, que em português é conhecida como estratégia de tratamento de curta duração diretamente observada. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), essa estratégia é recomendada para o tratamento da TB, pois é considerada a que maior garante adesão e conseqüente cura da doença.

A OMS considera cinco pilares para a Estratégia DOTS, sendo:

1. Vontade e decisão política;
2. Acesso aos exames laboratoriais na rede de laboratórios do SUS.
3. Garantia de medicamentos;
4. Sistema de registro e de informação confiável;
5. Tratamento diretamente observado;

Segundo Junior et. AL, 2007, a estratégia DOTS, está presente em mais de 180 países do mundo e já cobre, atualmente, cerca de 73% das populações das Américas e tem como principais objetivos:

- Garantir a adesão ao tratamento da TB;
- Reduzir o risco de transmissão da doença à comunidade;
- Reduzir a mortalidade por TB;
- Garantir a regularidade do tratamento;
- Evitar o fracasso do esquema terapêutico utilizado;
- Evitar a resistência adquirida aos antibióticos;
- Evitar o abandono do tratamento;
- Melhorar o sistema de notificação da doença;
- Aumentar o percentual de cura.

Estudos da OMS comprovam que nos locais onde há uma boa cobertura da estratégia DOTS e que esta é realizada com apoio político, da comunidade e de forma correta pelos profissionais de saúde local, a taxa de cura é maior, podendo atingir cerca de 87%, ou seja, uma meta até mesmo superior à preconizada pelo MS que é de 85%.

De acordo com a estratégia DOTS, todos os pacientes devem ser acompanhados quanto à tomada da medicação. Isto é importante, por se tratar de um tratamento longo, sendo que um

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

paciente, caso novo (primeira vez que adquire TB) leva seis meses para chegar à cura da doença e isto, principalmente, se houver adesão total ao tratamento medicamentoso, que é diário e com o uso de drogas antimicrobianas combinadas.

Apesar de reconhecida como altamente eficaz para o controle da TB e quebra do ciclo de transmissão, há de se considerar que existem grandes dificuldades para implementação da estratégia DOTS, principalmente no Brasil. Fatores políticos, sociais e, principalmente, de estruturação dos serviços de saúde da atenção primária, contribuem para dificultar a implementação correta desta estratégia. Isso repercute de forma negativa nos dados epidemiológicos e operacionais da doença, sendo que no Brasil, apenas 50% dos pacientes são acompanhados através desta estratégia e em MG, o banco de dados do SINAN-NET-TBC, demonstra que apenas cerca de 42% dos pacientes com TB estão em DOTS, atualmente.

Diante deste cenário, é notória a necessidade de se implementar ações realmente eficazes para o fortalecimento da estratégia DOTS e assim, aumentar a taxa de cura que, no Brasil, está na média de 70%, bem abaixo da meta esperada de 85% e em MG, a taxa de cura está, atualmente, em 72%.

Neste contexto, a presente proposta pretende dar sua contribuição, no que tange à organização da assistência à saúde dos pacientes com TB pela atenção primária, com adoção de um modelo de atenção adequado e interligado em Rede.

3. SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

3.1 – O panorama epidemiológico da TB no Mundo e no Brasil

A OMS estima que atualmente cerca de um terço da população do planeta está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*. Destes, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano.

Em nível mundial, o Brasil ocupa a 18ª posição entre os 22 países responsáveis por 80% de todos os casos da doença no mundo. Estima-se que 50 milhões de brasileiros estejam infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*, aproximadamente 95.000 casos novos ocorram e cerca de 5, 000 pessoas percam a sua vida anualmente por essa enfermidade no país. Estes dados contribuem para que o controle desta enfermidade no país seja uma prioridade política expressa desde 2003. Assim como na maior parte dos países das Américas e apesar dos avanços realizados, no Brasil a TB infecciosa está entre os principais problemas de saúde pública a serem enfrentados, sendo que as populações mais vulneráveis socialmente representam a maior parcela dos pacientes afetados pela doença.

A população brasileira conta com mais de 190 milhões de habitantes, (IBGE, 2009), que vivem em 26 estados, mais o distrito federal. São 5.570 municípios brasileiros que concentram 35% dos casos de TB reportados anualmente nas Américas.

3.2 – A Situação Epidemiológica da TB em MG e na Região Metropolitana de BH.

O Estado de MG tem a segunda maior população do país, com 19.850.072 habitantes. Com a quarta maior carga da enfermidade do Brasil (4.363 casos notificados em 2009), MG concentra na GRS de BH um total de 5.204.125 habitantes (26.2% de toda a população do Estado) e 34,6% da carga de TB notificada pelo estado de MG.

Salienta-se, no entanto, que apenas 08 municípios da GRS de Belo Horizonte (Belo Horizonte, Contagem, Betim, Ribeirão das Neves e Santa Luzia, Ibirité, Sabará e

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

Vespasiano.). Esses 08 municípios totalizam 4.429.501 habitantes (85,1% de toda a população da GRS de BH e 1.324 casos notificados em 2009, o que representa 87,7% de todos os casos notificados da gerência regional de saúde. (SINAN NET-TBC, out.2009).

No entanto, a coorte SINAN, 2009 dos pacientes com data de início de tratamento de Abril/2008 a Março/2009 desses municípios aponta para uma taxa de cura de apenas 50,0%, na situação do 9º mês. Na mesma análise, a taxa de abandono foi de 8,8 % e somente para 34,7% dos casos havia sido indicado tratamento supervisionado. Tais resultados demonstram claramente uma fragilidade na implementação da Estratégia DOTS e apontam para a necessidade de ações ampliadas para a extensão e consolidação do controle da TB na região.

A região metropolitana de BH apresenta uma importante cobertura de Programa Saúde da Família. Entretanto, alguns desafios ainda permanecem. Muitas áreas de maior vulnerabilidade social não conseguem fixar profissionais em suas unidades de saúde. Nessas áreas, a resolubilidade da Atenção Primária à Saúde (equipes incompletas e sem atribuições definidas, inclusive legalmente) é comumente baixa. A rotatividade desses profissionais gera muitas vezes uma descontinuidade das ações de controle da TB. Operacionalmente, o Programa de Controle da Tuberculose nos municípios acaba sendo executado de forma centralizada e com baixa acessibilidade.

Adicionalmente, uma baixa prioridade política para o problema ainda é observada em nível de algumas gestões locais e uma susceptibilidade do programa às “crises epidemiológicas” (rubéola, dengue, influenza A), políticas (troca de gestores) e financeiras (redução de recursos) freqüentemente se faz presente.

Finalmente, ainda se configura na região um baixo nível de interface do Programa de Controle de Tuberculose com estratégias de fortalecimento do SUS (estratégias transversais tais como mobilização social em saúde, com claro componente de TB).

A Tabela 1 apresenta o número de casos novos de TB pulmonares positivos (TBP+) detectados nos anos de 2006 a 2009 nos municípios selecionados e a respectiva taxa de detecção em percentual para 2009, a qual varia entre os municípios de 39,6% para Ribeirão das Neves a 69,7% em Belo Horizonte. Para o conjunto dos 08 municípios a taxa de detecção

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

de casos novos bacilíferos positivos (BK+) é de 65,5%, abaixo da meta mínima estabelecida de 70%.

Tabela 1. Detecção de casos de TBP+ e taxa de detecção de TBP+, 2006 a 2009, nos 08 municípios selecionados da Rede Metropolitana de BH.

Município de Residência	2006	2007	2008	INCREMENTO 10% P/ 2009	RESULTADO 2009	TX DETECÇÃO 2009 (%)
Belo Horizonte	490	507	461	558	389	69,7
Betim	70	58	80	88	52	60,0
Contagem	126	117	104	139	80	57,6
Ibirité	39	30	35	43	22	51,1
Ribeirão das Neves	85	87	96	106	42	39,6
Sabará	23	33	44	49	25	51,0
Santa Luzia	60	48	41	66	35	53,0
Vespasiano	30	26	29	33	20	60,6
TOTAL	923	906	890	1016	665	65,5

Exclusão: mudança de diagnóstico. Método utilizado: Incremento de casos.

Fonte: SINAN-NET-TBC, out 2009.

A implementação da Estratégia DOTS na região ainda requer importante avanço. Ainda que a área coberta pela estratégia possa ser considerada razoável, o número de pacientes para os quais o tratamento supervisionado é realmente indicado ou realizado no conjunto dos 08 municípios selecionados é pouco expressivo, conforme o demonstrado pela Tabela 2.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

Tabela 2. Percentual de pacientes em DOTS (indicado e realizado) nos 08 municípios selecionados, em 2009.

Município de Residência	TBP+		TODOS OS CASOS	
	% DOTS INDICADO	% DOTS REALIZADO	% DOTS INDICADO	% DOTS REALIZADO
Belo Horizonte	40,4	43,7	34,9	37,7
Betim	59,6	61,5	41,4	43,2
Contagem	21,3	22,5	17,5	18,8
Ibirité	81,8	72,7	74,3	74,3
Ribeirão das Neves	38,1	45,2	31,5	41,1
Sabará	24,0	20,0	22,7	20,5
Santa Luzia	62,9	68,6	55,9	57,6
Vespasiano	25,0	20,0	29,6	29,6
TOTAL	40,9	43,3	34,7	37,2

OBS: Tipo de Entrada - Casos Novos e Não Sabe. Excluído a Mudança de Diagnóstico. Ano Diagnóstico 2009.

Fonte: SINAN-NET-TBC, out 2009.

A análise dos resultados de tratamento dos casos novos de TBP+ revela que o conjunto dos 08 municípios apresenta um elevado percentual (26,3%) de casos sem encerramento, o que prejudica uma análise mais apurada da situação. Desta forma o percentual de cura é de apenas 50,0%, variando de 37.7% em Ribeirão das Neves a 81.0% em Vespasiano. O percentual de abandono dos 08 municípios selecionados é de 8,8%, conforme demonstrado pela Tabela 3.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

Tabela 3. Percentual de casos novos de TB pulmonar Bacilífera, coorte 2009 – data do início de tratamento (abril/2008 a março /2009), na situação do 9º mês, dos 08 municípios selecionados.

Município de Residência	IGN/ BRANCO	CURA	ABANDONO	ÓBITO POR TB	OUTROS
Belo Horizonte	28,2	47,3	11,7	3,4	9,4
Betim	10,0	61,7	8,3	1,7	18,3
Contagem	38,8	41,3	3,8	0,0	16,3
Ibirité	8,3	66,7	4,2	0,0	20,8
Ribeirão das Neves	37,7	37,7	8,7	1,4	14,5
Sabará	14,7	58,8	2,9	5,9	17,6
Santa Luzia	16,2	64,4	2,7	0,0	16,2
Vespasiano	9,5	81,0	0,0	0,0	9,5
TOTAL	26,3	50,0	8,8	2,4	12,6

OBS: Tipo de Entrada - Casos Novos e Não Sabe. Excluído a Mudança de Diagnóstico. 1a amostra de escarro positiva. %Outros = (%óbito por outras causas + %continua em tratamento + %mudança de esquema).

Fonte: SINAN NET-TBC, out 2009.

O teste anti-HIV ainda não é realizado em 55,7% dos pacientes com TB da região metropolitana de Belo Horizonte, sendo que a coinfeção TB-HIV varia de 28,6% a 50,0%, conforme tabela 4.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

Tabela 4. Percentual de realização do teste anti-hiv e da coinfeção TB-HIV, ano diagnóstico 2009, 8 municípios selecionados.

Município de Residência	TB-HIV	TESTE REALIZADO	TESTE NÃO REALIZADO
Belo Horizonte	33,9	49,7	53,3
Betim	44,1	30,6	69,4
Contagem	32,9	47,4	52,6
Ibirité	28,6	40,0	60,0
Ribeirão das Neves	29,3	56,2	43,8
Sabará	50,0	31,8	68,2
Santa Luzia	33,3	35,6	64,4
Vespasiano	28,6	25,9	74,1
TOTAL	34,2	44,3	55,7

OBS: TB-HIV = percentual do teste anti-HIV (+) entre os realizados.

Fonte: SINAN NET-TBC, out 2009.

4. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Segundo Mendes (2009), as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada, com responsabilidade sanitária e econômica por esta população.

As redes de atenção são relações não hierárquicas de compartilhamento de objetivos comuns entre vários atores, com troca de recursos entre si, no suposto de que a cooperação é a melhor forma de alcançar esses objetivos. (BORZEL, 1997)

Assim, ainda segundo Mendes (2009), uma rede de atenção à saúde deve ser composta de, no mínimo, três elementos sendo:

4.1. - A população:

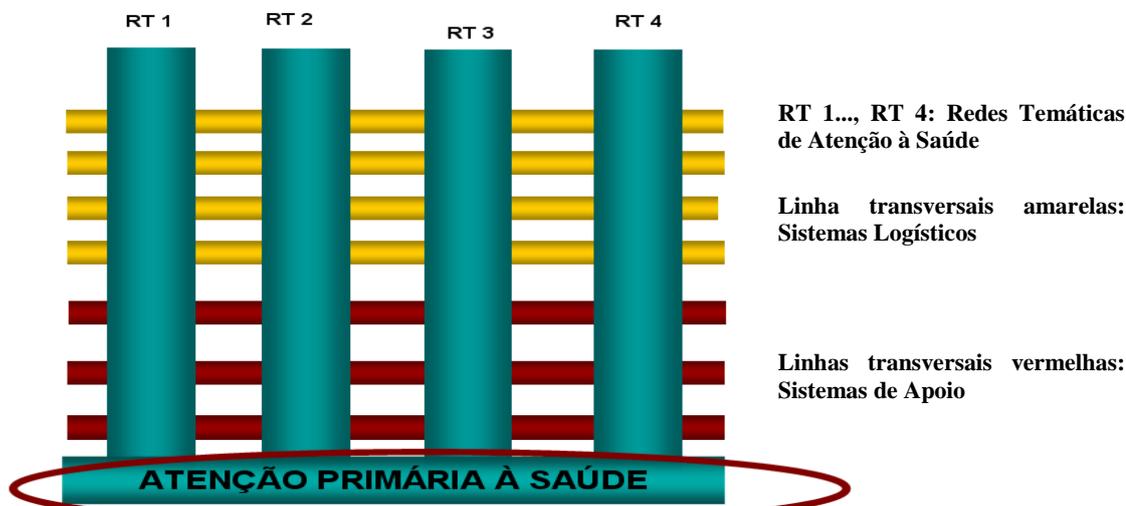
É o sujeito das redes de atenção e implica em um sistema de gestão programada, diferente da gestão por oferta, característica dos sistemas fragmentados.

4.2 - A Estrutura Operacional da Rede

É composta por cinco elementos: A Atenção Primária à Saúde, Centro de Comunicação, os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio (informação em saúde, apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica); os sistemas logísticos (cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Esta estrutura pode ser observada na figura 1.

IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS

Figura 1: A estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes, 2009.

A implantação da Rede de Atenção à Saúde, no entanto, ainda constitui-se em um grande desafio para a saúde pública no país. Vários paradigmas precisam ser vencidos, sendo, neste caso, imprescindível o apoio político dos gestores municipais que participam de sua estrutura, bem como dos gestores estaduais de saúde.

Há inovações tecnológicas que são de rápida difusão, como novos equipamentos hospitalares e, outras, que são de difusão mais demorada, como as políticas de enfrentamento às desigualdades em saúde. As primeiras tendem a ser incorporadas mais rapidamente.
(NUTLEY et AL., 2003)

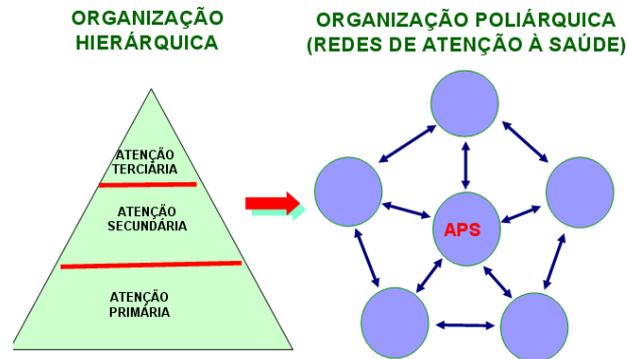
Segundo Podolny e Page (1998), as principais vantagens das redes de atenção são: a capacidade de aprendizagem, o funcionamento como canais de difusão do conhecimento e a utilização das informações existentes para produzir novos conhecimentos; a legitimação e status, a criação de vínculos diversificados entre atores e organizações que permitem reduzir as incertezas nas políticas e nos programas; os benefícios econômicos, as relações de intercâmbio que possibilitam ganhos na escala, com redução de custos e melhoria da qualidade.

Estruturar um serviço de saúde em Redes de Atenção significa, acima de tudo, desfazer-se da concepção de sistema de saúde na forma hierárquica piramidal, para um sistema poliárquico de atenção à saúde. Neste sentido, torna-se necessário o respeito às diferenças nas densidades

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

tecnológicas, com o rompimento das relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais, como pode ser visto na figura 2.

Figura 2: A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde.



Fonte: Mendes, 2009.

Como pode ser observado na figura 2, a Atenção Primária à Saúde constitui-se no centro de comunicação nas redes de atenção à saúde.

Segundo Porter e Teisberg (2007), as redes de atenção à saúde estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento, o que implica a continuidade da atenção à saúde (Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária e Atenção Terciária) e a integralidade da atenção à saúde (ações de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição).

5. O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo de atenção à saúde é o sistema lógico no qual são operacionalizadas as redes de atenção.

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2009).

Ao considerar os fatores que caracterizam a TB como uma condição crônica de saúde optou-se pela implantação de um novo Modelo de Atenção à Saúde que seja voltado para condições crônicas e perfeitamente adequado ao SUS.

O presente modelo foi proposto por Mendes, 2009 e se apresenta como uma mistura de três modelos distintos, já testados e implantados em outros países.

- Modelo de Atenção às Condições Crônicas: Este modelo foi desenvolvido por Mac Coll Institute for Healthcare Innovation, a partir das evidências encontradas em vários sistemas de atenção a condições crônicas. Foi aperfeiçoado através de um projeto piloto apoiado pela Fundação Robert Wood Johnson, testado e avaliado pelo Programa Nacional Improving Chronic Illness Care. Em 2003 passou por uma atualização realizada por um grupo de consultores com base em novas evidências científicas e no manejo adequado de condições crônicas, quando foram incorporados novos temas: A segurança das pessoas, a coordenação da atenção, a competência cultural, os recursos da comunidade e a gestão de casos.

A figura 3 ilustra esse modelo e demonstra a união de esforços entre comunidade e serviços de saúde, bem como a necessidade desta equipe realizar um trabalho pro ativo e conjunto com o paciente.

IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS

Figura 3: O Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Wagner, 1998.

A avaliação deste modelo demonstra que a TB se enquadra perfeitamente nessas características, com a necessidade da união de esforços entre comunidade e sistema de saúde que seja pro ativo e usuários devidamente informados e aderidos ao seu processo de tratamento para evolução até a cura.

No entanto o grupo avaliou que existem características próprias na TB, onde apenas a utilização do presente modelo não seria suficiente para tal abordagem e complementou sua análise com um segundo modelo, o modelo da Kaiser Permanente.

- Modelo da Pirâmide da Kaiser Permanente: A Kaiser Permanente é uma operadora privada de planos de saúde nos Estados Unidos, não lucrativa, que tem 8,5 milhões de clientes.

Seus estudos realizados a partir do modelo de atenção de condições crônicas levaram à elaboração de uma pirâmide que complementa o modelo anterior e que, basicamente, demonstra a necessidade de se estratificar as doenças em graus de risco e assim determinar um tipo de manejo adequado para cada um. Este modelo prevê que do total de pacientes crônicos de uma dada comunidade, cerca de 70 a 80% apresentam condições crônicas simples e que, portanto, necessitariam de ações relacionadas à promoção e prevenção à saúde somada a um trabalho de acompanhamento profissional para um auto cuidado apoiado, no caso da TB

IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE, ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS

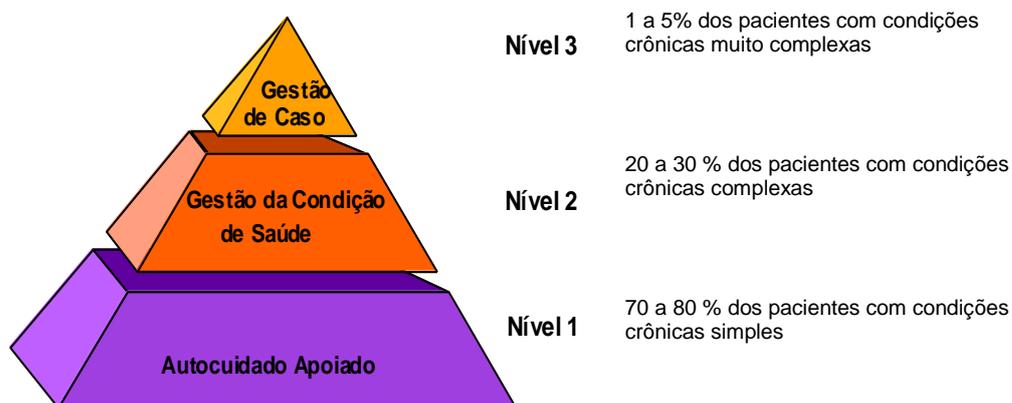
o tratamento supervisionado da tomada da medicação com a co-responsabilização e adesão pelo paciente.

Cerca de 20 a 30 % estariam enquadradas em condições crônicas complexas. No caso da TB podemos relacionar os pacientes com risco para abandono como moradores de rua, viciados em drogas ilícitas e outros, bem como vários casos que estariam sendo tratados na Atenção Secundária. E ainda teremos cerca de 1 a 5% do total de casos que se enquadrariam em condições crônicas muito complexas, como é o caso da TB multi droga resistente.

Esse modelo está ilustrado na figura 4 e demonstra também que o cume da pirâmide, que corresponde de 1 a 5% dos casos são os que consomem maiores recursos financeiros do sistema de saúde e que têm maiores necessidades de assistência médica.

Segundo Mendes, 2009 existem implicações operacionais relevantes da Pirâmide da Kaiser Permanente no controle das condições crônicas, como: permite um manejo clínico diferenciado segundo os graus de risco, possibilita a distribuição relativa do tipo e necessidade de cuidado profissional, possibilita a distribuição desse cuidado entre profissionais da equipe multiprofissional, além da distribuição relativa do cuidado generalista e especializado.

Figura 4: O Modelo da Pirâmide da Kaiser Permanente



FONTE: PORTER & KELLOGG (2008)

Ao considerar a forte influência dos fatores sociais e estilos de vida na evolução da TB o grupo considerou significativo agregar os elementos de um terceiro modelo de atenção que é o modelo da determinação social da saúde de Dahlgren e Whitehead.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

- **Modelo da Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead:** Segundo os autores Dahlgren e Whitehead, 1991, existem alguns determinantes que influenciam significativamente na evolução de uma enfermidade, tanto de forma positiva como negativa e podem ser citados como:

- Determinantes proximais: Considera os estilos de vida da população.
- Determinantes intermediários: A influência das redes sociais e comunitárias.
- Determinantes distais: As condições socioeconômicas, culturais e ambientais.

Esse modelo poderá ser visualizado na figura 5, quando se observa a influência dos estilos de vida relacionados ao sexo, idade, fatores hereditários. Também são relevantes os determinantes medianos com as condições de vida e de trabalho, habitação, educação, desemprego e outros.

Figura 5: O Modelo da Determinação Social de Dahlgren e Whitehead



FONTE: DAHLGREN & WHITEHEAD, 1991.

- **Modelo de Atenção às Condições Crônicas Adequado ao SUS (MACC):** Mendes, 2009, idealiza um quarto modelo de atenção, fundamentado nos três modelos já citados e ainda prevê sua operacionalização no SUS.

Este modelo é ilustrado de forma piramidal em cinco níveis de cuidados.

Nível 1: É o primeiro nível, considerado a base da pirâmide. Neste nível se enquadra toda população de abrangência de uma determinada equipe de saúde da família, quando não se verifica o estabelecimento de uma condição de saúde. O autor orienta que para

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

esse nível são necessárias basicamente ações de intervenção para promoção à saúde. Observa-se uma forte influência dos determinantes sociais distais e intermediários do modelo de Dahlgren e Whitehead.

Nível 2: É o segundo nível da pirâmide e se refere a uma parte da população enquadrada no primeiro nível, que apresenta fatores de risco para estabelecimento de uma condição de saúde. As ações de intervenção da equipe de saúde para esse nível devem ser realizadas com ações de prevenção, fortemente influenciadas pelos determinantes sociais proximais da saúde, relacionados aos estilos de vida.

Nível 3: A partir do terceiro nível da pirâmide já se observa o estabelecimento de uma condição crônica de saúde, porém neste caso, de baixo ou médio risco, associada ou não com fatores de risco biológico

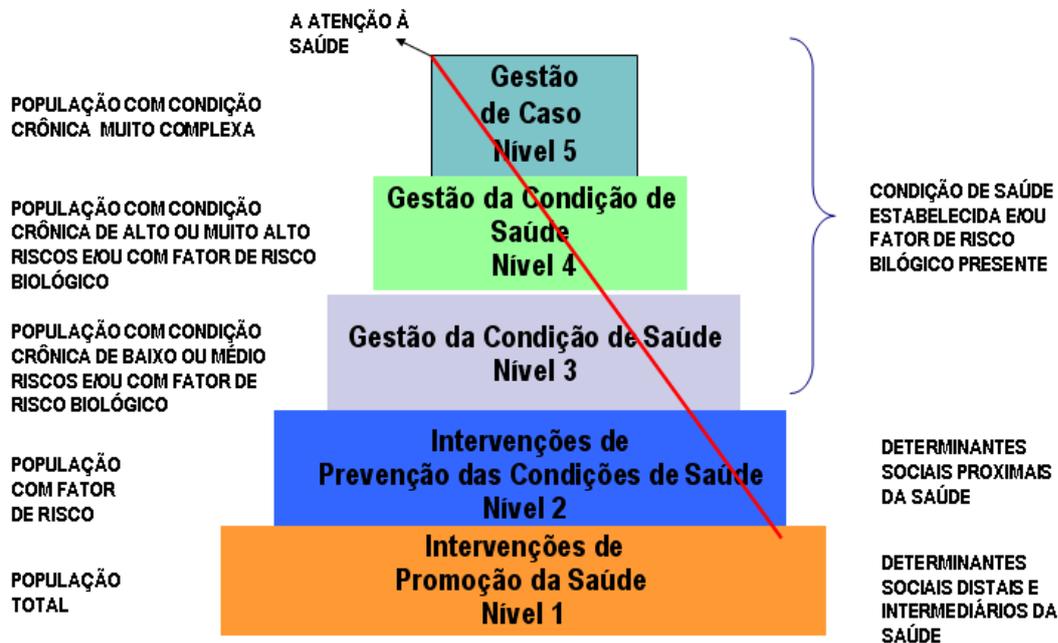
Nível 4: Como no terceiro nível a condição de saúde já está estabelecida, no entanto compreende os pacientes com condição crônica com alto risco, associada ou não com fatores de risco biológico. Para este nível o grupo de trabalho considerou o enquadramento dos pacientes que necessitam de Atenção Secundária, mas que devem ser acompanhados pela Atenção Primária.

Nível 5: São todos os casos com condições crônicas muito complexas.

A figura abaixo, ilustra o modelo de atenção proposto para a assistência aos pacientes com TB.

IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS

Figura 6: Modelo de Atenção às Condições Crônicas Aplicado ao SUS



FONTE: MENDES, 2009

A observação do modelo de atenção possibilita identificar sua estrutura operacional. Nota-se a presença de uma barra transversal a partir do terceiro ao quinto nível. Essa barra demonstra que será a partir deste nível que haverá necessidade de intervenções clínicas, sendo que a frequência aumenta de acordo com o aumento da complexidade da condição crônica.

CAPÍTULO III - RESULTADOS

1. A DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Os municípios de intervenção selecionados estão localizados na região metropolitana de BH e se constituem nos oito municípios prioritários para o controle da TB desta região. São eles: Belo Horizonte, Contagem, Betim, Ribeirão das Neves, Santa Luzia, Ibirité, Sabará e Vespasiano. Esses oito municípios totalizam 4.429,501 habitantes (85,1% de toda a população da Gerência Regional de Saúde de Belo Horizonte e 1.324 casos notificados em 2009 (87,7% de todos os casos notificados da gerência regional de saúde).

2. A FORMAÇÃO DO COMITÊ TÉCNICO

Foi formado o Comitê Técnico da Rede Metropolitana para o Controle da TB, composto pelos seguintes representantes:

Cláudia Herminia de Lima e Silva, Farmacêutica, especialista em Pneumologia, representante do Programa de Controle da TB do estado de MG.

Pedro Daibert de Navarro, médico, especialista em Pneumologia, representante do Programa de TB do município de Santa Luzia.

Dr^a Maria das Graças Oliveira – Médica, especialista em Pneumologia, representante do Programa de TB do município de BH

Dr^a Tânia Marcial- Médica, infectologista e especialista em TB, representante do Programa de TB do município de Contagem.

Dr^a Silvana Spindola, Médica, Doutora e professora titular da Pneumologia, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, representante da Academia.

3. A ESTRATIFICAÇÃO DA TB POR GRAUS DE RISCO

Com a formação do Comitê Técnico, foi possível definir uma proposição para a estratificação da TB por graus de risco clínico e de abandono. Foi apontada a necessidade de atenção ao paciente com TB em cada nível assistencial (primário, secundário e terciário).

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

A TB foi então estratificada em Graus de Risco Clínico e de Abandono, sendo que para facilitar a compreensão dos profissionais e usuários, os membros do Comitê optaram por realizar uma estratégia que permite visualizar a gravidade do paciente de acordo com cores que se tornam mais marcantes quanto maior o grau de risco. Assim, foi proposta a seguinte estratificação:

- **Atenção Primária:** Foram atribuídas as cores azul claro para grau de risco 1 e azul escuro para o grau de risco 2.
- **Atenção Secundária:** Foi atribuída a cor verde. Neste nível não se realizou subestratificação de risco.
- **Atenção Terciária:** Para este nível de atenção, o Comitê definiu três graus de riscos, sendo: grau de risco 1 na cor amarela, grau de risco 2 na cor laranja e grau de risco 3 na cor vermelha.

O manejo da doença foi diferenciado de acordo com o grau de risco e nível assistencial em que foi enquadrado. Desta forma, definiu-se a seguinte estratificação:

- Nível Assistencial: Atenção Primária à Saúde

- **Tuberculose Grau de Risco 1:** São todos os casos de Tuberculose Pulmonar Bacilífera, sem comorbidades associadas, sem sinais de alerta, sem fatores de risco para abandono e sem complicações.

Manejo da doença: Todos os casos de tuberculose que se enquadram nesta condição deverão ser tratados nas Unidades Básicas de Saúde próximas à residência do paciente, acompanhados pela equipe do Programa de Saúde da Família para realização do tratamento supervisionado quanto à tomada da medicação, além de avaliação dos contatos.

- **Tuberculose Grau de Risco 2:** Neste grau se enquadra a tuberculose todas as formas com fatores de risco para abandono, tais como: abandono prévio, recidiva após cura, pacientes moradores de rua, usuários de álcool e drogas ilícitas, más condições alimentares.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

- **Manejo da doença:** Todos os casos de tuberculose que se enquadram nesta condição deverão ser tratados nas Unidades Básicas de Saúde próximas à residência do paciente, acompanhados pela equipe do Programa de Saúde da Família para realização do tratamento supervisionado quanto à tomada da medicação, com de avaliação dos contatos.

A Equipe de Saúde da Família deverá instituir um trabalho de gestão de caso para o paciente em questão.

Um plano de cuidado deverá ser elaborado em conjunto com o paciente e acompanhado pelo profissional de saúde.

A equipe de saúde local deverá desenvolver um trabalho intersetorial e interinstitucional com busca de apoio na comunidade e em organizações não governamentais para ações de caráter humanitário e social.

O programa de Controle da Tuberculose Municipal deverá instituir processo de monitoração do caso.

- Nível Assistencial: Atenção Secundária à Saúde

- **Tuberculose Grau de Risco 1:** São todos casos suspeitos de tuberculose pulmonar, porém com 2 baciloscopias negativas. Os casos de suspeita de tuberculose extra pulmonar. Tuberculose mais comorbidades, tuberculose com complicações clínicas e/ou reações adversas ao tratamento (leves ou moderadas) e nos casos de falência de tratamento.

Manejo da doença: Os casos deverão ser tratados em Unidades de Referência Secundária para Tuberculose. O programa de saúde local deverá especificar as Unidades de Referência para Diagnóstico e definir os encaminhamentos conforme as especificidades de cada situação.

Os casos HIV+ e os extra pulmonares, exceto tuberculose pleural e ganglionar, deverão ser tratados na referência 2ª, porém acompanhados com tratamento supervisionado quanto à tomada da medicação, pela equipe de saúde da família da atenção primária, mais próxima à residência do paciente.

Retorno para Atenção Primária: Os pacientes tratados em nível de atenção secundária poderão retornar para o nível de atenção primária

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

quando observadas as seguintes situações: TB pulmonar provável após 1 a 2 meses de tratamento sem complicações; após resolução das complicações de tratamento; após compensação de comorbidades; nos casos de tuberculose pulmonar pleural e ganglionar confirmadas, mas com boa evolução clínica.

Importante, no entanto, salientar que quando um paciente retorna da Atenção Secundária para Atenção Primária, ele nunca retorna para o nível de cuidado considerado para o risco 1 e sim para o risco 2, quando o manejo da doença exige além dos cuidados básicos, outras atividades que assegurem o tratamento efetivo do paciente com sua evolução para a cura.

- Nível Assistencial: Atenção Terciária à Saúde

- **Tuberculose Grau de Risco 1:** Os pacientes enquadrados no grau de risco 1 da Atenção Terciária são todos aqueles com TB multi droga resistente (MDR).

Manejo da doença: Os casos deverão ser tratados e acompanhados em Unidades de Referência Terciária para Tuberculose. O programa de saúde local deverá instituir gestão de caso com monitoramento e elaboração de plano de cuidado.

- **Tuberculose Grau de Risco 2:** Os pacientes enquadrados no grau de risco 2 da Atenção Terciária são todos aqueles que necessitam de internação hospitalar, o que compreende as seguintes situações: Tuberculose com sinais de alerta; suspeita de tuberculose extra pulmonar com necessidades de exames de alta complexidade; tuberculose meningoencefálica suspeita ou confirmada; tuberculose com complicações graves.

Manejo da doença: Internação em Unidade de Referência Terciária para tuberculose com evolução do caso por especialistas.

- **Tuberculose Grau de Risco 3:** Os pacientes enquadrados no grau de risco 3 da Atenção Terciária são todos aqueles que necessitam de internação

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

hospitalar em Unidade de Terapia Intensiva. Neste caso o paciente deverá apresentar quadro clínico de tuberculose com sinais de gravidade compatível com as seguintes situações:

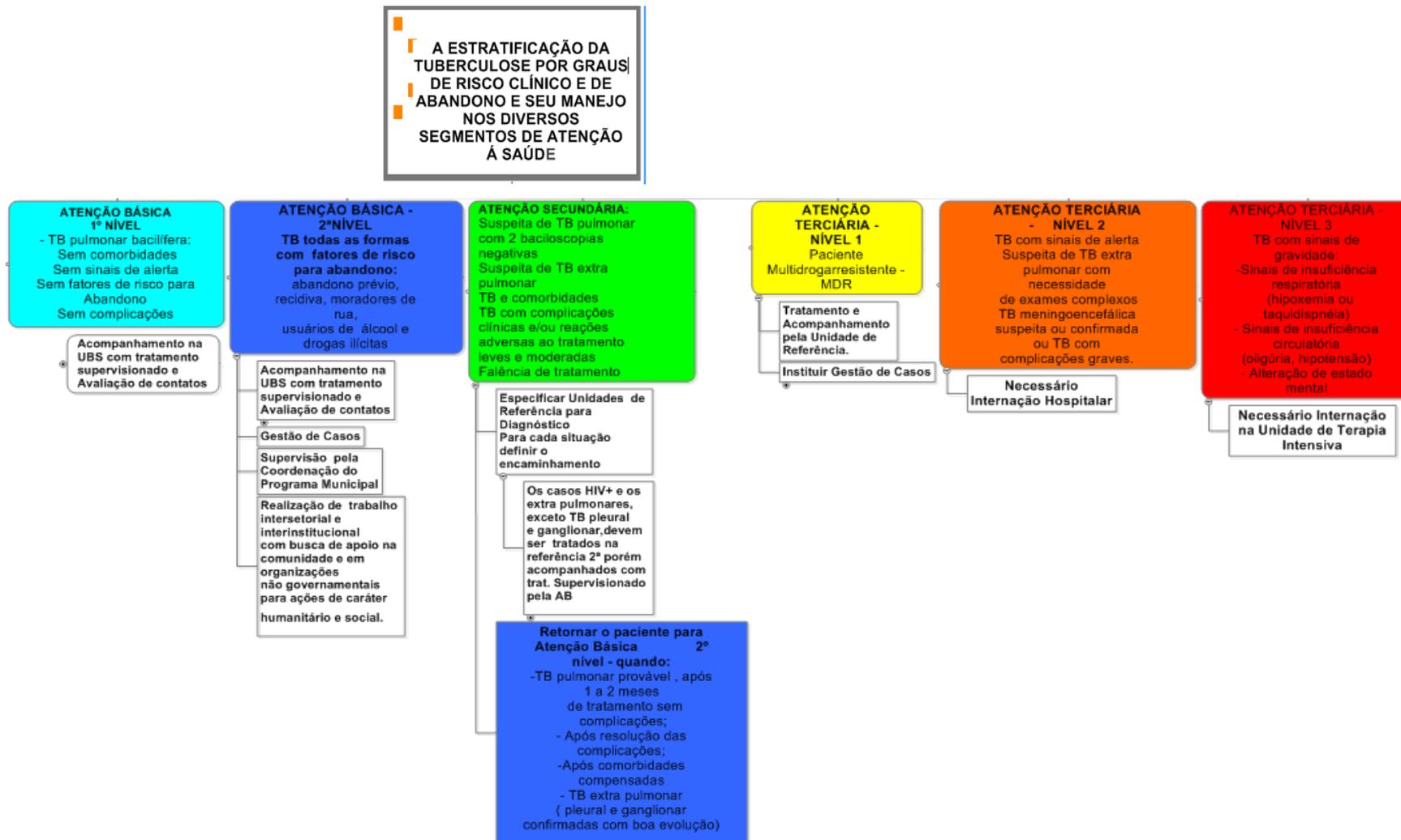
- sinais de insuficiência respiratória: hipoxemia ou taquidispnéia.
- sinais de insuficiência circulatória: oligúria, hipotensão.
- sinais de alteração de estado mental.

Manejo da doença: Internação em Unidade de Terapia Intensiva em Hospital de Referência Terciária para tuberculose com evolução do caso por especialistas em tuberculose e médicos intensivistas.

A figura 7 ilustra os diversos níveis de atenção ao paciente com tuberculose e a utilização das cores para diferenciar os diversos níveis de risco clínico e de abandono em cada nível assistencial.

IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE, ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS

Figura 7: A Estratificação da TB por Graus de Risco Clínico e de Abandono e seu Manejo nos diversos níveis assistenciais:



**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

4. A DEFINIÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO

Após a estratificação da TB por graus de risco, o grupo de estudos da Rede Técnica avaliou a TB como uma condição crônica de saúde, diferenciando-a de uma condição aguda.

As condições agudas são aquelas condições de saúde de curso curto, que se manifestam de forma pouco previsível e que podem ser controladas de forma episódica e reativa exigindo um tempo de resposta oportuno do sistema de saúde. As condições crônicas são aquelas condições de saúde de curso mais ou menos longo que exigem respostas e ações contínuas e proativas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e de qualidade (WAGNER, 2004).

Assim o Comitê Técnico realizou estudo do quadro 1, a seguir, enquadrando a TB como uma condição crônica de saúde.

Quadro 1: As principais diferenças sobre as condições crônicas e condições agudas.

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
Início	Rápido	Gradual
Causa	Usualmente única	Usualmente múltiplas causas
Duração	Curta	Indefinida/longa
Diagnóstico e Prognóstico	Comumente acurados	Usualmente incertos
Testes Diagnósticos	Freqüentemente decisivos	Freqüentemente de valor limitado
Resultado	Em geral, cura	Em geral, cuidado sem cura
Papel dos Profissionais	Selecionar e prescrever o tratamento	Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
Natureza das Intervenções	Centrada no cuidado profissional	Centrada no cuidado multiprofissional e no auto cuidado

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

Conhecimento e Ação Clínica	Concentrados no profissional médico	Compartilhados pela equipe multiprofissional e as pessoas usuárias
Papel da Pessoa Usuária	Seguir as prescrições, atuando como paciente	Co responsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde, atuando como agente
Sistema de Atenção à Saúde	Reativo e fragmentado	Proativo e integrado

Fonte, Mendes, 2009.

De acordo com a análise do quadro 1, a TB foi evidenciada como condição crônica de saúde por apresentar um início do quadro clínico gradual, apesar de ser transmitida por uma microbactéria. O adoecimento do indivíduo ocorre devido a um conjunto de múltiplos fatores, (condições físicas, imunológicas, ambientais, com forte influência dos componentes sócio-econômicos e culturais, bem como os estilos de vida). Como o tratamento é de longa duração são necessárias intervenções de saúde centradas no cuidado multiprofissional e no auto cuidado apoiado, com buscas de apoio da comunidade e, principalmente, de um sistema de saúde que seja pro ativo e integrado.

Desta forma o Comitê constatou a necessidade de se investir na adoção de um modelo de atenção adequado à condição crônica da TB, como estratégia para efficientizar os trabalhos da Atenção Primária à Saúde e viabilizar a implementação efetiva da estratégia DOTS neste nível assistencial.

A análise dos modelos de atenção estudados, (Modelo de Atenção às Condições Crônicas, Modelo da Kaiser Permanente e Modelo de Dahlgren e Whitehead e MACC), revelou que O MACC, descrito por Mendes, 2009, é modelo de atenção adequado à operacionalização adequada do Programa de TB para melhoria da estratégia DOTS. Este modelo engloba uma junção de características singulares de cada um dos três modelos anteriores (Modelo de Atenção às Condições Crônicas, Modelo da Kaiser Permanente e Modelo de Dahlgren e Whitehead), contemplando assim, as especificidades da TB como condição crônica de saúde, além de ser aplicável ao SUS.

Desta forma, o Comitê definiu as ações de intervenções à saúde dos pacientes com TB como descrito a seguir:

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

Nível 1: Neste nível considerado a base da pirâmide, o Comitê concordou que a equipe da Atenção Primária deveria mapear e conhecer sua população adstrita e realizar ações de Promoção e educação para a Saúde. Independente do nível de risco da população. No entanto essas ações de promoção devem ser realizadas considerando que neste nível se observa uma forte influência dos determinantes sociais distais e intermediários do modelo de Dahlgren e Whitehead.

Nível 2: É o segundo nível da pirâmide e se refere a uma parte da população adstrita que possui risco de adoecimento por TB. Neste caso se enquadram neste nível, os usuários que apresentam más condições nutricionais, vivem em aglomerados, usuários de álcool e/ou de drogas ilícitas, imunodeprimidos, portadores de HIV/AIDS, contactantes de pacientes com TB.

Nível 3: A partir do terceiro nível da pirâmide já se observa o estabelecimento de um adoecimento por TB. Porém neste caso, se enquadram os pacientes com TB de baixo ou médio risco, associado ou não com fatores de risco biológico. Assim são todos os casos de TB do nível 1 da Atenção primária, com necessidade de intervenções clínicas para o manejo adequado segundo definido na estratificação por graus de risco.

Nível 4: Neste nível, assim como no 3º nível, o paciente já está adoecido com TB, no entanto apresenta uma condição crônica de alto risco, associado ou não a fatores biológicos. Aí se enquadram todos os pacientes com TB do nível de Atenção Secundária.

Nível 5: São todos os casos com TB considerados em condição muito complexa, para os quais será necessária a adoção da estratégia de Gestão de Casos, para aumentar as probabilidades de êxito dos tratamentos. Assim se enquadram aqui todos os pacientes da Atenção Primária, grau de risco 2, com fortes determinantes para o abandono. Também se enquadram os pacientes da Atenção Terciária com grau de risco 1. Neste caso é importante um acompanhamento mais criterioso com busca de auxílio na comunidade. Os pacientes da Atenção Terciária com graus de risco 2 e 3, não foram enquadrados diretamente neste nível por estarem submetidos a um processo de internação hospitalar, cujas intervenções consideram as especificidades de cada paciente.

Este modelo de Atenção necessita de ser operacionalizado através de uma Rede de Atenção que engloba a área de Diagnóstico e Assistência, interligando serviços de municípios em um processo cooperativo de referência e contra referência para garantia de continuidade e integralidade da assistência.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

Assim, após a estratificação da doença por graus de risco clínico e de abandono e da escolha do modelo de atenção que se adéque à TB, torna-se necessária a construção do desenho e pactuação desta Rede.

5. O DESENHO DA REDE DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TB

Para viabilizar a implementação do modelo de atenção proposto para TB foi necessário garantir uma continuidade da assistência nos diversos níveis, com a organização de uma Rede de Atenção que pudesse garantir uma continuidade ao tratamento dos pacientes com TB. Para isso tornou-se necessário constituir um desenho de Rede de Atenção entre os municípios do estudo, com a modelagem de um sistema de saúde integrado e com fluxos operacionais definidos para diagnóstico e tratamento com referência e contra referência entre os municípios. O anexo 1, demonstra o desenho da Rede de Atenção para TB, que foi proposto nas Oficinas de trabalho com o Comitê Técnico:

Como pode ser visto no desenho da Rede de Atenção para TB, anexo 1, todas as necessidades de diagnóstico e tratamento para a doença, nos três níveis assistenciais, estão contemplados em um sistema de pactuação de referência e contra referência entre os municípios da área piloto.

6. A DEFINIÇÃO DA GOVERNANÇA DA REDE

A proposta da Formação da Rede Metropolitana de Controle da TB e sua operacionalização através do Modelo de Atenção MACC, foi apresentada à CIB, que em reunião solene se comprometeu a apoiar a pactuação de referência e contra referência entre os municípios do estudo, para o estabelecimento do presente projeto. Assim, firmou-se um compromisso político para fazer cumprir o referenciamento e acordos de cooperação mútua entre os municípios em questão.

CAPÍTULO IV- DISCUSSÕES

Os oito municípios foram escolhidos como delimitação do presente estudo devido à importante representatividade política para o estado de MG e também por representarem reunidos, a maior carga da doença desta região. Anualmente, juntos eles totalizam cerca de 1.324 casos novos de TB de todas as formas, ou seja, cerca de um terço da carga da doença no estado. Assim, as ações realizadas nesta área piloto representarão grande impacto para o Programa de Controle da Tuberculose Estadual, podendo ser ampliadas para todo o estado.

Implementar o modelo de Atenção à Saúde proposto, é imprescindível para que se construa uma rede de atenção que viabilize e garanta a continuidade da assistência nos três níveis assistenciais (primário, secundário e terciário) entre um conjunto de municípios estratégicos.

Não seria possível realizar essa proposição sem a formação e atuação do Comitê Técnico. O Comitê Técnico foi formado com características multiprofissionais, contando com representantes de cada um dos municípios que realizam atividades estratégicas para o controle da tuberculose na região metropolitana de BH. O objetivo foi a formação de um grupo altamente comprometido e competente. Por isso o mesmo foi composto por referências técnicas de TB de cada município participante, representantes dos Hospitais, da Universidade, da Coordenação de Atenção Primária do Estado e da Coordenação Estadual da Pneumologia Sanitária.

Conseguir o empenho e comprometimento do grupo de profissionais que passou a compor o Comitê Técnico da Rede Metropolitana para o Controle da TB foi um grande desafio. Os profissionais não tiveram nenhuma remuneração para esta finalidade e trabalharam em oficinas, por acreditarem na proposta e pelo compromisso com a saúde pública.

Por ser a TB uma condição crônica de saúde com forte influência dos componentes sociais, econômicos e estilos de vida, o Comitê avaliou que considerar apenas o grau de risco clínico não seria suficiente, também seria necessária a avaliação dos graus de risco para abandono. Assim a estratificação da doença foi realizada considerando os graus de risco clínico e de abandono e o manejo adequado da TB para cada grau de risco.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

Apesar do manejo da TB ter sido definido em seus três níveis assistenciais, praticamente mais de 90 % dos casos estão enquadrados no nível assistencial da Atenção Primária, e, portanto, o seu mau funcionamento impacta de forma negativa e expressiva os indicadores operacionais da doença, principalmente os de cura e abandono.

O Comitê de Assuntos Estratégicos da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2005, define que o estado vive uma incoerência em seu sistema de saúde, quando se verifica uma situação de saúde de tripla carga de doença, com predominância relativa forte das condições crônicas, porém com seu sistema de saúde fragmentado e voltado para o atendimento às condições agudas.

Esta falta de organização da Atenção Primária e seu impacto negativo nos indicadores da doença se tornou evidente com a realização de uma análise do cenário epidemiológico da TB na capital de MG, BH, município com a maior carga da doença no estado e um dos oito municípios deste estudo. O município de BH conta atualmente com uma cobertura de Equipe de Saúde da Família acima de 75%, o que deveria garantir que a maioria dos pacientes estivesse sendo acompanhados através da estratégia DOTS. No entanto, segundo a coorte de tratamento SINAN-TB 2009, apenas 37% dos pacientes estão com indicação de tratamento supervisionado, não estando comprovado que o mesmo é devidamente realizado. Os indicadores epidemiológicos demonstram uma cura abaixo de 70% e abandono de 19%, quando o preconizado pelo Ministério da Saúde é respectivamente de 85% e 5% respectivamente.

Assim sendo, o grupo verificou que apenas uma alta cobertura do Programa Saúde da Família e a descentralização do diagnóstico e tratamento na Atenção Primária, não foram suficientes para garantir o controle adequado da TB.

Diante deste cenário, visualiza-se que a implementação de ações estratégicas que promovam uma readequação da Atenção Primária ao atendimento adequado das condições crônicas, possa contribuir significativamente para redução dos casos de adoecimento por TB, bem como o diagnóstico precoce da doença e a redução do abandono do tratamento.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

A proposta de implementação da Rede de Atenção para atendimento ao paciente com TB, na área piloto selecionada, vem ao encontro desta perspectiva, pois prevê uma assistência programada com garantia de continuidade do tratamento nos três níveis de atenção, sendo que os vazios assistenciais poderão ser supridos por outros municípios da rede em um acordo de referência e contra referência.

A estratificação da TB por graus de risco clínico e de abandono, bem como a implementação da rede de atenção, no entanto, ainda não são suficientes para garantir a eficácia da atenção aos pacientes com TB e o fortalecimento da estratégia DOTS. É necessário associar a estes dois componentes a adoção de um modelo de atenção adequado a condições crônicas de saúde, como é o caso da TB.

O Modelo de Atenção proposto por Mendes, 2009, se enquadra perfeitamente nas características da TB, sendo a mesma considerada uma condição crônica de saúde. Além disso, considera as influências dos fatores sociais e estilos de vida como determinantes para o êxito do tratamento, sendo que a TB possui alta influência destes fatores, sendo que quanto pior o nível sócio econômico e cultural, bem como estilos de vida degradantes, mais fortes serão as evidências para que o paciente venha a abandonar o tratamento.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas, proposto por Mendes, 2009, também é adequado ao SUS, sistema de saúde do Brasil e faz parte da política de governo da Secretaria de Estado da Saúde de MG. Assim, espera-se um apoio político para operacionalizá-lo através das Redes de Atenção.

A governança da Rede de Atenção deverá ser pactuada através da CIB, considerando uma pactuação entre os municípios de referência e contra referência, sendo para isso, necessário o planejamento de demanda e necessidades de diagnóstico por cada município.

CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A TB continua sendo um grave problema de saúde pública, estando entre as três prioridades da OMS, juntamente com Malária e AIDS. É a doença infecciosa que mais mata jovens e adultos em todo o mundo e ainda, a principal causa de morte dos pacientes HIV positivos. Além disso, o seu desenvolvimento é altamente influenciado pelos fatores sociais e estilos de vida. A sua forma de transmissão, pelo ar, faz com que todos estejam sujeitos a desenvolverem a doença.

Assim, as proposições de ações estratégicas e organizacionais, que objetivem a melhoria dos indicadores operacionais e epidemiológicos da TB, com o fortalecimento da estratégia DOTS, estão sendo alvo de grandes estudos e vários pesquisadores em todo o mundo estão se dedicando a buscar soluções para seu controle efetivo.

Este trabalho é uma proposição que visa não só a estruturação da Atenção Primária à Saúde para uma assistência adequada à TB, como também uma forma objetiva para definir o manejo adequado para cada grau de risco da doença, bem como os encaminhamentos necessários através da Rede de Atenção de referência e contra referência entre os oito municípios do estudo, definida como área piloto.

O modelo de atenção proposto neste trabalho foi elaborado através de evidências internacionais provindas da aplicação dos modelos de atenção crônica e de seus derivados e do modelo da determinação social da saúde, voltado para condições crônicas e aplicáveis ao SUS, que tem níveis diferenciados segundo a estratificação dos riscos populacionais e os níveis de determinação social da saúde.

A aplicação do modelo de atenção proposto está em fase inicial de operacionalização na área piloto, sendo sua implantação apoiada pela Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) e SES-MG. Estima-se que é necessário cerca de, no mínimo, doze meses de operacionalização da Rede para que se possa medir resultados efetivos desta ação.

Diante da importância desta proposta para se conseguir avanços significativos no controle da TB, a OPAS está investindo recursos para garantir a implantação desta proposta nos oito municípios da região metropolitana selecionados. A operacionalização da Rede de Assistência

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

e implantação do novo modelo de atenção, aqui proposto, é uma esperança para que uma nova metodologia de organização dos serviços de saúde possa ser a chave para o êxito de tratamento dos pacientes com TB em todo o mundo.

A realização desta proposta e sua implementação de forma efetiva, no entanto, não podem ser vistas como medidas isoladas de gestão do programa de controle da TB em MG. É necessário reconhecer o paciente de TB como um ser humano, movido por sentimentos e emoções e, neste caso, aliar ações que trabalhem uma abordagem humanizada, com motivação do paciente para uma mudança de comportamento em prol de sua saúde.

Se nos perguntarmos: Quais os motivos que levam os pacientes a desistirem de dar continuidade ao tratamento de uma doença que tem cura? Podemos visualizar vários problemas emocionais, sociais, econômicos e ligados aos estilos de vida destes pacientes e, portanto, estes temas devem ser incorporados aos sistemas de gestão da doença. Faz-se, assim, outra pergunta: Como conseguir uma escuta mais apurada das necessidades desses pacientes com TB?

Os pacientes constroem seus conhecimentos a partir de suas inscrições sociais e culturais de acordo com as marcas de suas origens: a experiência vivida no seu grupo, na sociedade, e o diálogo com outros interlocutores. Podem formar uma imagem da doença, bem diferente da técnica, na verdade, uma tradução pessoal.

Através da “Ancoragem”-um processo mental damos sentido ao objeto que se apresenta à nossa compreensão. Trata-se da maneira pela qual o conhecimento se enraíza no social e volta a ele, ao converter-se em categoria e integrar-se à grade de leitura do mundo do sujeito, instrumentalizando o novo objeto, neste caso a TB e o adoecimento. O sujeito procede recorrendo ao que é familiar para fazer uma espécie de conversão da novidade: trazê-la ao território conhecido da nossa bagagem de noções, ancorar aí o novo, o desconhecido, retirando-o da sua navegação às cegas pelas águas do não-familiar. Pode ser assim que os pacientes lidem com o fato de suas doenças e tudo que dela advém. (Arruda, 1993).

Trazemos esta discussão à tona, para dizer que o investimento em planejamento e programação em saúde, como medidas isoladas, não seriam suficientes para garantir a adesão do paciente com TB ao tratamento e evitar, assim, o abandono. Esta proposta, portanto, além

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

de ser uma medida gerencial que vislumbra a organização da assistência à saúde do paciente com TB na Atenção Primária, com adoção de um modelo de atenção adequado e operacionalizado de forma integrada através de uma Rede Assistencial entre oito municípios, definidos como área piloto, pretende ser acompanhada de medidas relacionadas à humanização da assistência, que contemple as necessidades vitais para êxito do tratamento e, conseqüente, interrupção da cadeia de transmissão da doença.

BIBLIOGRAFIA

AILTON, C.J. et al. - Atenção à Saúde do Adulto: Tuberculose. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.

BORZEL, T.A. – Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidade para el estudio de la gobernación europea, 1997. Disponível em <http://seneca.uab.es/antropologia/redes/redes.htm>, acesso setembro de 2009.

DAHLGREN, G. & WHITEHEAD, M. – Policies and strategies to promote social equity in health. Stocolm, Institute for Future Studies, 1991.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: (org.). As Representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002, p.17-44.

MENDES, E.V. – As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, coord. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, Belo Horizonte, 2007.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão, coord. Cenários Exploratórios de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: MS; 2002.

MOSCOVICI, S.; MARKOVA, I. Presenting social representations: a conversation. Culture & Society, v. 4, n. 3, p.371-410, 1998.

NUTLEY, S.M. et AL. – From knowing to doing : a framework for understanding the evidence-into-practice agenda. Evaluation, 9: 125-148, 2003.

POLDONY, J.M & PAGE,K.L. – Network forms of organization. Annual Review of Sociology, 24:57-76,1998.

PORTER, M.E & TEISBERG, E.O. – Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre, Bookman Companhia Editora, 2007.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

PORTER, M. & KELLOGG, M. – Kaiser Permanente: na interated health care experience. Revista de Innovacion Sanitaria y Atención Integrada, 1:1,2008.

WAGNER, E.H. – Chronic disease management: what will take to improve care for chronic illness? Effective Clinical Practice, 1:2-4, 1998.

WAGNER, E H. et al. – Finding common ground : patiente centeredness and evidence-based chronic illness care. J. Altern. Complement. Med., 2004.

SINAN-NET-TBC – Sistema de Informação de Agravos Nacionais – Tuberculose; CEPS/SES-MG, 2002 a 2010.

**IMPLANTAÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ATENÇÃO AO PACIENTE COM TUBERCULOSE,
ESTRUTURADO EM REDES, COMO ESTRATÉGIA PARA FORTALECER O DOTS**

ANEXOS