



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DA POLÍTICA DE DST, AIDS,
HEPATITES VIRAIS E TUBERCULOSE**

**CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE**

RENATA FREIRE DE QUEIROZ SALLES FERREIRA

ARCOVERDE-PE

2017

RENATA FREIRE DE QUEIROZ SALLES FERREIRA

**CONTROLE DA TUBERCULOSE NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA
NO MUNICÍPIO DE ARCOVERDE**

Projeto apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção de título de especialista em *Gestão da Política de DST, Aids, Hepatites Virais e Tuberculose*.

Orientadora: Maria Celeste Nunes de Melo.

ARCOVERDE-PE

2017

RESUMO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a tuberculose é a doença infecciosa mais mortal do planeta, superando a AIDS. As estimativas apontam que a doença matou 1,5 milhão de pessoas em 2014, contra 1,2 milhão de vítimas do HIV. O Brasil ocupa, atualmente, ainda segundo a OMS, a 18ª posição no ranking de países mais afetados pela doença, estando situado, nesse sentido, entre os 22 países do mundo responsáveis por 80% dos casos mundiais. Em vista disso, tem-se adotado, em cidades brasileiras, a Estratégia Saúde da Família para articular o combate sistemático à tuberculose, a partir de uma série de medidas que, sistematizadas em planos de intervenção, vêm a beneficiar famílias com sujeitos acometidos pela doença. O presente projeto de intervenção tem por objetivo propor um plano de combate à tuberculose a partir da Estratégia de Saúde da Família no município de Arcoverde, Pernambuco, com a intenção de possibilitar aos cidadãos do município, bem como, de municípios que se avizinham à cidade, serviços públicos no sistema de atenção básica, através das Unidades Básicas de Saúde da Família, necessários ao processo de adesão ao tratamento, sua manutenção e orientação contra o preconceito e a desinformação. Para isso, a metodologia será elaborada a partir dos seguintes nós críticos: não adesão ao tratamento; famílias desestruturadas; abandono do tratamento e desinformação/preconceito.

Palavras-chave: Tuberculose, Estratégia Saúde da Família, Projeto de Intervenção.

SUMÁRIO

RESUMO.....	03
1. INTRODUÇÃO.....	05
2. OBJETIVOS.....	07
2.1. GERAL.....	07
2.2. ESPECÍFICOS.....	07
3. METODOLOGIA.....	08
3.1. CENÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	08
3.2. ELEMENTOS DO PLANO DE INTERVENÇÃO.....	08
3.3. FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES.....	09
3.4. PROCESSO DE AVALIAÇÃO.....	10
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
5. REFERÊNCIAS.....	12

1. INTRODUÇÃO

A Tuberculose (doravante TB) é uma doença infecciosa crônica conhecida desde os primórdios da humanidade (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005). Apesar de ser muito antiga, ainda hoje, a TB é considerada um grave problema de saúde pública, que acomete milhões de pessoas em todo o mundo, sendo de grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo causador da TB, que, a cada ano, faz adoecer 8 milhões de pessoas e matar 2,9 milhões. Dos 8 milhões de casos anuais, 95% ocorrem em países em desenvolvimento (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005).

A TB é um problema social resultante de vários elementos intervenientes como renda familiar baixa, educação precária, habitação ruim/inexistente, famílias numerosas, adensamentos comunitários, desnutrição alimentar, alcoolismo, doenças infecciosas associadas (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 1999).

Dentre os 22 países que sofrem com o alto impacto da doença, está situado o Brasil, cuja estimativa de incidência de TB pode ser atribuída em mais de 20% ao tabagismo ativo (BRASIL, 2011), fator passível de prevenção.

Há outros fatores, no entanto, que comprometem o tratamento, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). A TB é uma das primeiras complicações entre os infectados pelo HIV, surgindo antes de outras infecções frequentes, em razão de maior virulência do bacilo (BRASIL, 2002).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 1999) elaborou sucessivos planos de combate à doença, objetivando a redução do problema. No entanto, observa-se, ainda, no país, notificação de quase 90.000 casos de enfermidade por ano, bem como, estima-se subnotificação em torno em 30%, o que pode gerar agravamento da doença no futuro.

O Brasil ocupa, atualmente, segundo a Organização Mundial de Saúde, o 18º lugar no ranking mundial de países com maiores números de casos de TB. O país apresenta, a cada ano, cerca de 90.000 novos infectados pelo bacilo de

Koch (BRASIL, 2002). A maior concentração dos casos ocorre na faixa dos 20 aos 49 anos de idade (COELHO et. al., 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde:

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB. Em 2009, foram notificados 72 mil casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes. Destes, 41 mil foram bacilíferos (BRASIL, 2011).

A mortalidade por TB no país começou a cair abruptamente a partir da década de 1950, com o advento da quimioterapia. Nas capitais brasileiras, esse decréscimo foi de 61,4% no período de 1970-1979, havendo declínio médio de 10% ao ano, sempre com coeficientes médios mais altos nas regiões Norte e Nordeste (HINO et. al., 2007). Nas capitais, a doença apresenta as mais altas incidências devido à alta densidade demográfica e aos bolsões de pobreza, propiciando um elevado risco de infecção.

A região Nordeste, especificamente, ocupa o segundo lugar em número de casos no Brasil, com cerca de 22.244 notificações para o ano de 2002 (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005). No estado de Pernambuco, há uma das maiores incidências do país: 47,5/100 mil. Entre as capitais brasileiras, Recife ostenta o posto de segundo lugar no ranking de infecções por TB, com 97,2/100 mil (BRASIL, 2011).

A mortalidade pela TB ainda acontece devido ao diagnóstico tardio e à não obtenção da cura durante o tratamento. É preciso considerar, nesse sentido, a questão do abandono e o retratamento de pacientes acometidos por essa patologia, o que vai influenciar o acompanhamento do paciente e sua conclusão no tratamento. Diagnosticar e tratar o mais rápido possível a TB é a medida prática para salvar vidas e recuperar a saúde do enfermo.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

- Propor um plano de Estratégia de Saúde da Família no combate à tuberculose.

2.2 ESPECÍFICOS

- Desenvolver o acompanhamento dos pacientes com TB no que se refere à adesão e manutenção do tratamento;
- Possibilitar melhor acompanhamento de famílias que possuem pacientes com TB;
- Operar sobre a construção e circulação de informações sobre o tratamento e a cura da TB.

3. METODOLOGIA

3.1. CENÁRIO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Conforme a página da prefeitura na web¹, a cidade de Arcoverde está situada no Sertão do Moxotó, microrregião do Estado de Pernambuco. Concentrando 50% da população urbana e 1/3 de toda a população da microrregião, Arcoverde circunscreve-se como um importante centro econômico, social, político e cultural, que atende a demandas de diversas ordens colocadas pelas necessidades de sua população e da população dos demais municípios situados na referida microrregião pernambucana: Betânia, Custódia, Ibimirim, Inajá, Manari, Sertânia; bem como, de municípios que, embora situados em outras microrregiões, são limítrofes de Arcoverde, como Buíque e Pedra, ambos do Agreste pernambucano.

Dentre os diferentes serviços públicos e privados que a cidade dispõe para atendimento de necessidade de sua população e de cidades da região, é possível destacar aqueles relacionados à saúde. O sistema de atenção básica de Arcoverde, de acordo com a página da prefeitura na web², conta com vinte Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) na zona urbana; oito Unidades e Postos de Saúde na zona rural e catorze serviços de média complexidade. Conta, ainda, com um hospital regional, duas policlínicas municipais e uma Unidade Pernambucana de Atendimento Especializado (UPAE).

O projeto de intervenção será desenvolvido junto às UBSF.

3.2. ELEMENTOS DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Os elementos do plano de intervenção são organizados a partir de ações estratégicas a serem realizadas de acordo com os fatores de não adesão ao tratamento, estrutura familiar desorganizada, diagnóstico tardio e desinformação/preconceito.

¹ Cf. <http://www.arcoverde.pe.gov.br/pag/institucional/dados-do-municipio>. Acesso: 13 abr. 2017.

² Cf. <http://www.arcoverde.pe.gov.br/pag/cidadao/postos-de-saude>. Acesso: 13 abr. 2017.

Para isso, foi traçado o seguinte plano de Estratégia de Saúde da Família (ESF):

- a) Não adesão ao tratamento:
 - Realizar abordagem biopsicossocial, a partir do método centrado na pessoa, com pacientes com TB;
 - Desenvolver o envolvimento de agentes de saúde no processo de acompanhamento de medicação em dias úteis;
 - Realizar avaliação médica mensal;
 - Organizar Grupo Operativo do Paciente com TB.
- b) Estrutura familiar desorganizada:
 - Realizar palestras com as famílias para fins de conscientização em torno da TB.
- c) Diagnóstico tardio:
 - Protocolar acolhimento e busca ativa de sintomáticos respiratórios;
 - Verificar se o sintomático respiratório realizou propedêutica;
 - Registrar de forma adequada os sintomáticos respiratórios.
- d) Desinformação/preconceito:
 - Produzir e fazer circular discursos informativos quanto aos sintomas da doença, seu tratamento e sua cura.

3.3. FRAGILIDADES E OPORTUNIDADES

A proposta traçada apresenta oportunidades no que se refere à possibilidade de criar condições, a partir da ESF, de desenvolvimento de uma política de atendimento a pacientes com TB que se constitua desde o incentivo à adesão ao tratamento até a produção e circulação de informações esclarecedoras sobre a doença, visando combater os possíveis preconceitos e desinformações, sobretudo quando se trata de sujeitos idosos portadores de HIV acometidos pela TB.

Nesse sentido, em se tratando de ESF, o processo articulará, de forma sistemática, a relação entre os agentes de saúde e as famílias, na iminência de tratar a TB como um problema a ser combatido no desenvolvimento da

articulação entre os membros das famílias, principalmente aquelas cuja estrutura apresenta complexidade.

A fragilidade do projeto pode vir a se constituir a partir da possível não adesão dos pacientes ou tratamento, bem como sua manutenção, em vista dos diversos fatores responsáveis por esse processo, como é o caso, por exemplo, de abandono do tratamento ou da não adesão.

3.4. PROCESSO DE AVALIAÇÃO

A avaliação do projeto ficará a cargo dos agentes de saúde envolvidos no desenvolvimento do plano de intervenção;

No caso das atividades previstas para o processo de não adesão ao tratamento, por meio do médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde envolvidos, serão realizados:

- Tratamento diretamente observado;
- Avaliação médica mensal;
- Reunião mensal do grupo.

Com relação às atividades previstas para o processo de famílias desestruturadas:

- Organização prévia das palestras com as famílias e, posteriormente, reunião para balanço e apreciação avaliativa da atividade.

Para o acompanhamento das atividades relacionadas ao diagnóstico tardio, através da equipe responsável:

- Verificar, a cada mês, se houve solicitação, agendamento e resultado de propedêutica de sintomáticos respiratórios identificados.

Por fim, para a avaliação do processo de orientação mediante preconceito e/ou desinformação, os responsáveis deverão operar sobre:

- A organização de reuniões mensais para debater o processo de informação às comunidades.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como sugestão, o presente projeto de intervenção veio destacar a necessidade de ressaltar a importância do tratamento supervisionado, a busca ativa dos sintomáticos respiratórios, como preconiza o Ministério da Saúde, e o trabalho intensivo de prevenção e promoção da saúde desenvolvida pelas UBSF para que a comunidade possa estar sempre informada de como podem cuidar melhor da sua saúde.

O conhecimento da TB, em relação a sua transmissão, sinais e sintomas, colabora para o diagnóstico precoce, assim como para a adesão ao tratamento. Da mesma maneira, o desconhecimento gera o diagnóstico tardio, a disseminação do bacilo, além de perpetuar preconceitos.

Torna-se necessário, para isso, traçar o perfil da população mais acometida pela TB, no município de Arcoverde. Os dados poderão auxiliar as práticas de prevenção e controle da TB, direcionando políticas públicas que podem ser intensificadas e voltadas especificamente à população em questão, possibilitando, assim, um diagnóstico mais precoce, o que favoreceria um tratamento bem-sucedido e, conseqüentemente, potencializaria a obtenção da cura.

5. REFERÊNCIAS

1. MASCARENHAS, M.DM.; ARAÚJO, L.M.; GOMES, K.R.O. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no Município de Piri-piri, estado do Piauí, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.14, n.1, p.2, jan/mar, 2005.
2. ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA F.N. **Epidemiologia e saúde**. 5ª ed. p.215 - 270. Rio de Janeiro, 1999.
3. BRASIL, Ministério da Saúde. **Tratamento diretamente observado da tuberculose na atenção básica**. p.25 Brasília, 2011.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino serviço**. 5ª ed. Brasília, 2002.
5. BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano nacional de controle da tuberculose**. Brasília, 1999.
6. COELHO, D. M. M; VIANA, R. L; MADEIRA, C. A; FERREIRA, L. O. C; CAMPELO, V. Perfil epidemiológico da tuberculose no Município de Teresina-PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.19, n.1, Brasília, mar 2010.
7. BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose**. Brasília, p.19-20, 2011.
8. HINO, P; JUNIOR, M. C. L; SASSAKI, C. M; OLIVEIRA, M. F; VILLA, T. C. S; SANTOS, C. B. Série histórica da mortalidade por tuberculose no Brasil (1980-2001). **Revista latino-americana de enfermagem**. v.15, n.5, p.2-6, set/out, 2007.