

A INCIDÊNCIA E O CONTROLE DA TUBERCULOSE A PARTIR DA DESCENTRALIZAÇÃO DE POLÍTICA DE SAÚDE NO ESTADO DA PARAÍBA, BRASIL

2013

Nilton Soares Formiga

Doutor em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atualmente é professor do curso de Psicologia na Faculdade Maurício de Nassau (Brasil)
nsformiga@yahoo.com

Dinalva Lima

Consultora da UNESCO/SVS/MS - Ministério da Saúde. Coordenou o núcleo de pneumologia Sanitária a secretária de saúde do Estado da Paraíba – Brasil. Atualmente, desenvolve trabalhos no campo da tuberculose no Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN/PBPsicóloga. Graduada na Universidade Católica de Petrópolis em 2010. Coordenadora do Espaço Liberté, atuando com atendimentos clínicos, consultoria escolar e organizacional, além de palestras e cursos.
dinalvalima_saude_pb@yahoo.com.br

RESUMO

A tuberculose tem sido um dos maiores problemas no mundo, isto porque, além de se expandir silenciosamente direta pelo bacilo, é capaz de indiretamente contaminar as pessoas, através de sua variação infecciosa associada ao HIV/Aids. O Brasil ocupa o 15º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo; a prevalência estimada é de que 50 milhões de infectados, aproximadamente, 111 mil são casos novos e em torno de 6 mil morrem por ano. Neste contexto, a Paraíba tem sido reconhecida como um dos espaços sociais e geo-políticos no Brasil que vem favorecendo o sucesso do Programa de Controle da Tuberculose. Implantado em 184 municípios paraibanos atinge uma cobertura populacional de 95%. Assim, observa-se a existência de uma diminuição no coeficiente de incidência entre os anos de 2000 e 2004, resultados de um conjunto de medidas sociais, técnicas e de gestão política de saúde pública.

Palavras-chave: tuberculose, incidência, Paraíba, saúde coletiva

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, tem se alertado, científica e socialmente, a respeito das epidemias e endemias, descobertas e redescobertas na dinâmica da saúde sócio-humana no mundo. Uma delas, a *tuberculose*, vem merecendo destaque, não apenas devido ao fato de sua capacidade infecto-contagiosa, bem como, por serem preditas a partir das mais diversas variáveis sócio-demográficas e psicossociais, como também, pelo seu surgimento silencioso e mal interpretado quanto ao seu sintoma, os quais se confundem frente as outras doenças (respiratórias, gripes, etc.). O problema da Tuberculose além de ter estado presente em todo o século XX como um problema de saúde pública tem sido uma calamidade que, seja por parte do sistema de saúde ou políticas públicas (Ruffino Netto; Scatena, 2006), é dado pouco ou nenhuma importância como condição de sua extinção, com o mesmo grau de investimento econômico e midiático oferecido ao sarampo, poliomielite, Aids, entre outras.

Por hipótese, em todo o mundo, um terço da população já está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*; atualmente, em número de casos novos, foram detectados em torno de 8,8 milhões, bem como, estima-se que anualmente ocorrerá 2,7 milhões de óbitos por tuberculose, e, destes, aproximadamente 98% ocorrerá em países em desenvolvimento (Lima, 2005; Lima; Formiga, 2005; Mourão; Lacerda; Santos, 2005). Um outro fator de extrema relevância em relação a essa doença, diz respeito a sua variação de infecção, por exemplo, cerca de 350.000 são casos de TB associados com HIV/Aids, e que, além do avanço epidêmico da Aids, a existência de focos de tuberculose multirresistente (MDR) em zonas com controle deficiente da doença, elevando ainda mais o problema em escala mundial quanto a diagnóstico e tratamento da tuberculose.

A tuberculose é um problema grave de saúde pública no Brasil, afetando tanto as populações mais pobres quanto as mais ricas, pessoas essas que são atingidas em suas idades mais produtivas da vida; porém é destaque que a urgência no controle e na cura dessa doença se destina as pessoas, sócio-demograficamente, que se encontram na linha de pobreza ou abaixo dela, afinal para estas a assistência de saúde parece está em constante confronto entre o que necessitam individualmente e ao que lhe é oferecido social, educacional e economicamente, oferta esta que está para além das condições geográficas e políticas, necessita-se de sensibilidade ao direito humano a uma qualidade de vida saudável (Lima; Formiga, 2005).

O Brasil, com uma extensão territorial de 8.514.876.599 km² e uma população de 179.108.134 habitantes, distribuídos em 26 estados, mais o Distrito Federal, divididos em 5.570 municípios, é responsável por 35% dos casos de tuberculose notificados anualmente na Região

das Américas. Em nível mundial, o Brasil ocupa o 16º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Com isso, a prevalência estimada é de que 50 milhões de brasileiros estarão infectados, aproximadamente, 111 mil casos novos e em torno de 6 mil óbitos por ano. Assim, no Brasil a tuberculose constitui a 9º causa de hospitalização e a 4º em mortalidade por doenças infecciosas (Ruffino Netto; Scatena, 2006). De acordo com os dados de Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (Sinan/MS), o número total de casos registrados em 2004 foi de 91.855 casos; uma taxa de 49,4 por 100 mil. Dentre eles, 88,13% (80.960) eram casos novos de TB de todas as formas e, desses, 84,95% (68.744) eram pulmonares com baciloscopia positiva (Situação da tuberculose avanço e desafio, 2005).

Especificamente, o Estado da Paraíba, conforme dados do IBGE/2001, possui uma superfície territorial de 56.584 Km, correspondendo a 0,6% do território nacional e 3,6% do território nordestino. Sua população estimada em 2001 foi de 3.439.344 e se encontra distribuída nos 223 municípios que integram essa unidade da Federação. Por sua vez estes municípios estão agrupados em 23 microrregiões, 4 macrorregiões e 12 regiões geo-administrativas (Plano Diretor, 2003). Dentre os vários problemas de saúde da população paraibana destacam-se as doenças infecto-contagiosas, entre elas a tuberculose (TB). No período de 1993 a 2001 foram notificados 12.536 casos novos, sendo 1.696 manifestações na forma extrapulmonar e 10.838 de localização pulmonar; no ano de 2002 foram registrados 81 óbitos por TB no estado e a faixa etária mais acometida é a de 20 a 49 anos. O coeficiente de incidência da doença no estado em 2001 foi de 48,8 por 100.000. Sendo assim, viu-se a necessidade da institucionalização de critérios de prioridade para a operacionalização das ações do Programa do Controle da Tuberculose (PCT) elaborado pelo Ministério da Saúde, vindo a contemplar 315 municípios em todo o Brasil, sendo que na Paraíba são seis os municípios indicados, os quais estão inseridos nos critérios destacados abaixo*:

1. Capitais
2. Municípios com número de habitantes igual ou maior a 100 mil e com coeficiente de incidência superior a média nacional- 47/100 mil;
3. Município de região metropolitana de capitais com mais de 30 casos em um dos últimos três anos;
4. Município com número de habitantes menor que 100 mil e carga de TB igual ou superior a 30 casos em um dos últimos 3 anos.
5. Municípios com coeficiente de incidência de HIV maior que o nacional.
6. Municípios com número de habitantes igual ou maior a 100 mil e coeficiente de mortalidade superior a 3.0/100 mil.

* Estas informações foram coletadas com base no SIM e SINAM.

7. Municípios com número de habitantes menor que 100 mil e número de óbitos por TB igual ou superior a 05 por ano em um dos últimos 3 anos .

Mesmo considerando estes itens, no Estado da Paraíba foi proposto um plano diretor de regionalização de desenvolvido pelo planejamento da Secretaria Estadual de Saúde com todos os municípios seguindo os critérios da NOAS 01/96 (2001), preconizado pelo SUS, destacando os seguintes:

Macrorregião Assistencial é a maior base territorial de planejamento da atenção à saúde, definida de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações intermunicipal. A Paraíba está dividida em 04 Macrorregiões, cada uma contendo 3 microrregiões. A maior concentração populacional fica na macro cuja sede é João Pessoa, capital do Estado para onde, naturalmente converge a maior demanda espontânea. Na segunda Macrorregião fica concentrado o maior contingente populacional, Campina Grande; historicamente, sua sede se comporta como referência natural para a população do interior do Estado. As duas outras Macrorregiões, Patos e Sousa, localizam-se na parte do extremo oeste do Estado, abrangendo todo o sertão.

Microrregião Assistencial: De base territorial mínima a ser submetida à aprovação do MS e CIT para qualificação da assistência a saúde, para o planejamento regionalizado com complexidade assistencial acima do módulo. São 12 Microrregiões e suas sedes correspondem às mesmas dos Núcleos Regionais de Saúde-NRS.

Módulo Assistencial: Sua base territorial corresponde ao primeiro nível de referência. Constituído por um conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, com capacidade de ofertar, com resolutividade, a totalidade dos serviços, definida no item oito no capítulo I da NOAS*, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos, ou somente para sua população quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

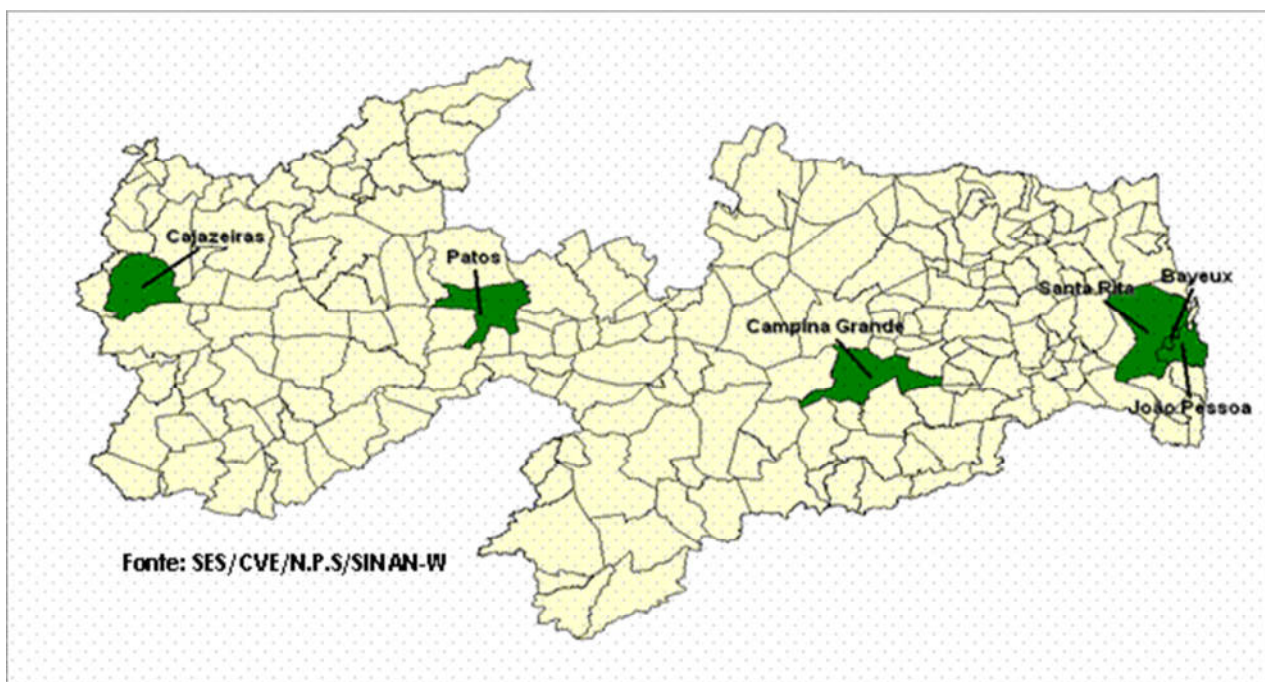
Município Satélite: representa a base territorial mínima, onde são realizados os serviços de responsabilidade da Atenção Básica. Representa a porta de entrada do sistema.

Desta forma, considerando esses critérios, tanto do PCT quanto da NOAS, foram escolhidos os seguintes municípios prioritários: na 1ª macrorregião - João Pessoa, Santa Rita e Bayeux; na 2ª macrorregião – município de Campina Grande, 3ª macrorregião – município de

* Este item trata diz respeito do financiamento do conjunto tratado no item sete – isto é, dos serviços com um mínimo de procedimento de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantindo a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais – adotando o financiamento das ações ambulatoriais será feito com base em um valor per capita nacional.

Patos e na 4ª macrorregião o município de Cajazeiras; estas serão apresentadas detalhadamente nos capítulos abaixo (ver Figura 1).

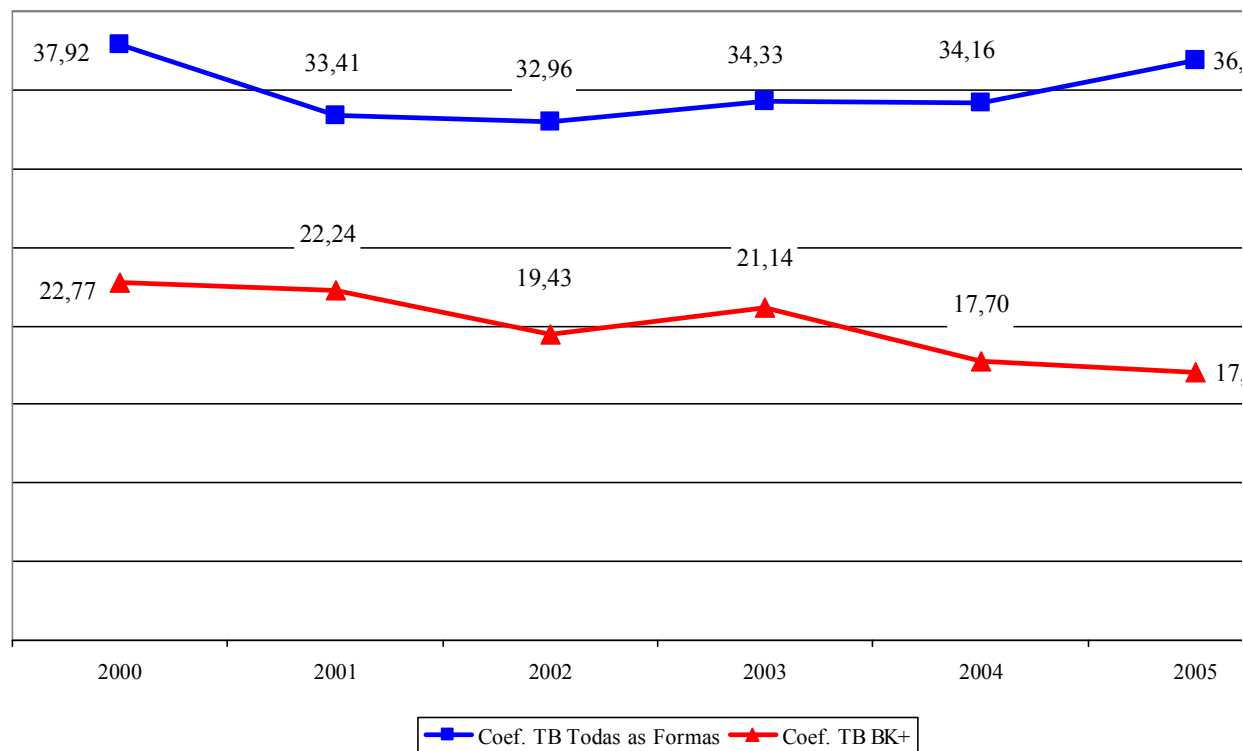
Figura 1: Localização dos municípios prioritários para o PNCT no Estado da Paraíba.



Neste contexto, a Paraíba pode ser reconhecida um dos espaços social e geo-político no Brasil que vem favorecendo não somente as estratégias em termos do tratamento supervisionado (TS), bem como, a política de descentralização do PNCT (Plano Nacional de Controle da Tuberculose, 2004; Relatório Global, 2006). Apesar do presente estudo ter como objetivo uma avaliação da incidência da TB entre os anos 2003 a 2005, no gráfico 1, a fim de um maior detalhamento optou-se por apresentar uma coorte de cinco anos em todo o Estado da Paraíba em relação a TB todas as formas, assim: Em 2000 foram notificados 1245 casos novos, com um coeficiente de incidência de 37,92 p/100.000hab, em 2001, 1142 casos novos e um coeficiente de incidência de 33,41p/100.000hab, em 2002, 1163 casos novos e um coeficiente de incidência de 32,96p/100.000hab, em 2003, 1174 casos novos e coeficiente de incidência de 34,33p/100.000hab em 2004, 1193 casos novos e coeficiente de incidência de 34,16p/100.000hab em 2005, 1205 casos novos e coeficiente de incidência de 36,39p/100.000hab. Durante este período - 2000 a 2005 - ocorreu uma variação de - 0,99; considerando a mesma coorte em relação aos casos novos BK+ observou-se que o coeficiente em 2000 foi de 22,77p/100.000hab, em 2001, 20,24p/100.000hab, 2002, 19,43p/100.000hab, 2003, 21,14p/100.000hab, 2004, 17,70p/100.000hab, e finalmente, em 2005, 17,08p/100.000hab., com uma variação de -5,69.



Gráfico 1: Coeficiente de Incidência de Casos Novos de Tuberculose Todas as Formas e Bk+ Por 100.000 Habitantes no Estado da Paraíba no Período 2000 a 2005.

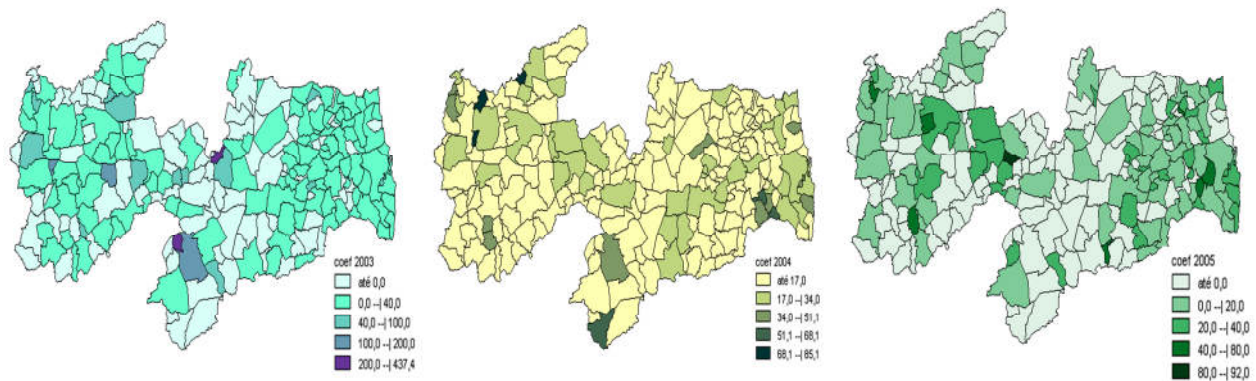


Para que o problema da Tuberculose alcance o que foi proposto pela OMS e OPAS, é importante que seja oferecida condição para o seu controle e cura, além de condições e apoio de equipe interdisciplinar, necessita-se de novas perspectivas técnicas e de saúde social que permita não somente a diagnose, mas, de um modelo organizativo no controle dessa doença (por exemplo, detecção-diagnóstico-tratamento). Tal perspectiva visa contemplar um apoio técnico e humano capacitado, que alcance além da responsabilidade individual, aponte em direção de um comportamento político que garanta assistência básica pública para uma epidemia tão grave que parece não ter diminuído significativamente. Essas condições contribuem na percepção da reorganização e reestruturação da política de saúde, que além de se caracterizar por um sistema centralizador apresenta-se normativamente com uma operacionalização verticalizada, fato esse já reconhecido pelas organizações de saúde mundial – por exemplo, a OMS e OPAS – que sinalizou um caminho a fim de facilitar a efetivação da cura da Tuberculose, vindo a propor a implantação da estratégia do tratamento diretamente observada (TS), trazendo além da mudança de paradigma na técnica e prática na saúde pública, a consistência significativa da cura.



Sendo assim, na figura 2, são apresentados três mapas, representando o Estado da Paraíba e seus municípios nos quais podem ser observadas analiticamente, uma distribuição regressiva de casos de TB nos municípios. Nestes mapas é destacado, em suas legendas, o coeficiente de incidência da tuberculose, forma pulmonar bacilífera, durante os anos de 2003 a 2005.

Figura 2: Distribuição por município do coeficiente de incidência forma pulmonar bacilífera na Paraíba nos anos de 2003 a 2005



A partir destes mapas é possível visualizar as áreas de concentração com seus respectivos coeficientes, observando-se que no ano de 2003, na Zona da Mata ou Litorânea, encontrou-se uma maior densidade na taxa de incidência, aproximadamente, entre 40 a 100/100.000hab. Ainda no mapa 1, período de 2003, na área entre Agreste e Borborema, apenas alguns municípios tem a mesma concentração semelhante a área anteriormente destacada - a da zona da mata ou litorânea - com uma taxa correspondente entre 200 a 437/100.000 hab. Na região oeste, Sertão da Paraíba, pode ser observado, também, uma concentração similar a região da zona da mata, através das quais formam-se um tecido de conglomerados com as mesmas taxas de incidência pulmonar bacilífera.

No mapa 2, de cor amarela, representando o ano de 2004, já é apresentado uma nova configuração na distribuição do taxa de incidência; assim, há um predomínio desta taxa, em todo o Estado, abaixo de 17/100.000 hab; neste, alguns municípios que se encontram na região da Zona da Mata, Agreste e Borborema e o Sertão da Paraíba, são observados município com taxa pulmonares bacilíferos entre 17 e 34/100.000 hab. Concentrações maiores acima de 51/100.000 hab são encontradas em apenas cinco municípios (área em cor verde escura) distribuídos entre Zona da Mata, Agreste e Borborema, e Sertão. No mapa 3, em cor verde mais clara, em relação ao ano de 2005, apresenta-se uma concentração, aproximadamente, entre 20 a 40/100.000 hab na região Zona da Mata, também, no Agreste e Borborema, há uma repetição dessa incidência, bem como, no Sertão da Paraíba. Vale destacar a existência de alguns municípios, entre Zona da

Mata, Agreste e Borborema, e Sertão, apresentarem coeficientes de incidência BK+ acima de 80/100.000 hab, necessitando um olhar diferenciado para esses municípios, a qual se deve a uma questão operacional, exigindo uma efetivação urgente.

Ao considerar esses mapas, é possível refletir na seguinte direção: 1 - é destacado entre os três eles, uma situação diferenciada quanto a epidemiologia da doença no estado, principalmente, quando se observa a distribuição das taxas de incidência da forma pulmonar bacilífera, não somente, no que diz respeito a quantidade de casos, bem como, quanto aos municípios com concentração de carga bacilar; 2 - do primeiro ao terceiro mapa, observa-se uma mobilização na concentração desses casos, tanto do Agreste e Borborema, para o zona da mata ou litorâneas quanto do Agreste e Borborema para o sertão, configurado a existência de *clusters* nas extremidades dos mapas; 3 - hipoteticamente, pode-se atribuir esse deslocamento a política de saúde vigente no país em relação a tuberculose, por meio do PNCT da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, principalmente, a importância dada aos municípios prioritários com ênfase ao programa de saúde da família (PSF) e de agentes comunitários (PACS), os quais operacionalizaram a descentralização das ações do PCT em termos de município, implementando e fortalecendo os laboratórios locais para o diagnóstico bacteriológico.

Desta maneira, a partir desses mapas, poderia ser compreendida uma dinâmica na incidência da tuberculose nos municípios do Estado da Paraíba, fato esse efetivado no ano de 2005, ano em que a estratégia TS veio a ser operacionalizado com sucesso, bem como, a sua expansão nos últimos dois anos. Para efeito de compreensão entre os mapas, a partir de uma reflexividade imaginária, se sobrepormos os três, um sobre outro, poderá ser observando, justamente, uma filtragem entre os casos por municípios e a sua migração para os referidos municípios prioritários.

Por fim, destacada uma visão geral do problema da TB no Estado da Paraíba e suas mesorregiões, faz-se necessário, além de contemplar individualmente, em cada município prioritário, a institucionalização do PNCT e os respectivos casos de TB em cada um deles, identificar as condições sócio-urbanas e de saúde, bem como, as possíveis concentrações de área de risco. Sabendo dessas áreas como causa da existência da Tuberculose, pois, não somente, as pessoas que se encontram na condição de carência de recursos básicos que satisfaça a mínima necessidade de sobrevivência (por exemplo, assistência médica, alimentação, moradia, vestuário e educação) estão susceptíveis ao adoecimento, bem como, tornam-se fonte implícita da contaminação e disseminação de infecção.

Considerando essas análises, é possível destacar que apesar de existir algumas concentrações de casos de TB em todo o Estado da Paraíba, e especialmente, nos municípios prioritários destacados nos mapas posteriores, há um êxito no que diz respeito a cura de tuberculose, principalmente, quando se refere ao Tratamento Supervisionado. De fato, o Estado

da Paraíba em geral, não é um estado rico, porém, também não é um Estado com graves e grandes áreas de concentração de risco; existem sim, municípios em que a baixa condição de vida é explícita, mas, em sua maioria, aponta-se mais em direção de cerceamento político e de desigualdade sócio-econômica e cultural, do que de fato, da miséria.

Refletir nessa direção é apontar para o êxodo rural quanto ao tratamento da saúde, especificamente, da Tuberculose; este êxodo, imbuído da promessa virtual que a cidade causa enquanto condição de uma vida melhor, pode esconder fatores de risco, principalmente, da presença dos agentes causadores das doenças infecto-contagiosas e crônicas, devido a condição aérea da TB; afinal as cidades, no Brasil, por ter sido influenciada no modelo Europeu, formato radioncêntrica, geralmente, iniciava-se a partir de um ponto de origem, que em praticamente todas as cidades nordestinas tinham seu início no ponto de fundação da cidade, na qual as pessoas se aglomeravam e quando não tinham mais condição social e econômica (Deak; Schiffer, 1999; Panerai, 2006), passavam a se concentrar na periferia da cidade, o que parece não ter alterado muito essa lógica sócio-urbana.

Na existência de um surto de qualquer doença infecto-contagiosa, constituía um grave problema para as autoridades sanitárias, o que provavelmente não aconteceria se tivesse um SUS que garantisse atenção a saúde a toda população de forma universal por assistência médica, não garantido com segurança pelo aparelho estatal, principalmente, no que diz respeito aos processos de predição de uma epidemia ou endemia. Para tanto, é de extrema importância, o compromisso político dos gestores, no que tange a organização de serviço, garantia de insumos de laboratório e de medicamento, assegurando um sistema de informação oportuno, supervisão do medicamento e a realização das ações de monitoramento e avaliação e assistência motivacional aos pacientes de TB.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

Deák, C.; Schiffer, S. R. (1999). *O processo de urbanização no Brasil*. São Paulo. Edusp.

Guia de Vigilância Epidemiológica da Tuberculose Multirresistente. (2005). Rio de Janeiro: RJ: MS/ SVS/ Centro de referencia Professor Helio Fragra.

Lima, D. S.; Formiga, N. S. (2005). Trilhando os Caminhos da Cura da Tuberculose no Estado da Paraíba: Implantação e Configuração da Estratégia Dot's entre 1999 e 2003 e sua Efetivação de Controle em 2004. *V EXPOEPI*. Brasília: DF. Ministério da Saúde/SVS.

Lima, D. S. (2005). *Documento técnico contendo a implementação da rotina de registro, exames de contatos e acompanhamento das atividades de informação, educação e comunicação, com o desenvolvimento das ações de promoção e prevenção da tuberculose*. João Pessoa-PB: Unesco. Projeto 914BRA1107/SVS/MS. João Pessoa-PB.

Lima, D. S.; Sousa, G. S.; Formiga, N. S.; Seixas, M. E. H.; Holmes, M. M. M. (2004). Comparação entre o tratamento auto-administrativo e a estratégia DOT'S na cura da tuberculose. *VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Recife: PE. [resumos eletrônicos].

MORÃO, M. P. G.; LACERDA, M. V. G.; SANTOS, M. C. (2006). *Tuberculose*. <http://www.fmt.am.gov.br/manual/tuberculose.htm> (Consultado em 10 de Julho de 2006).

Norma Operacional do Sistema de Saúde - NOAS. (2006). *Portaria 95*. 2001. 26 de janeiro de 2001.

Parenai, P. (1983). *Análise Urbana*. Brasília: UNB.

Plano Nacional para o Controle da Tuberculose – PNCT. Brasília: Ministério da Saude/Secretaria de vigilância em Saúde. 2004.

Regionalização Das Ações De Saúde Da Paraíba. (2003). *Plano Diretor*. João Pessoa: Secretaria de Saude do Estado da Paraíba. Unidade Setorial de Planejamento. Manuscrito de circulação interna. 2003.

Relatório Global. (2006). *Situação da tuberculose, avanços e desafios: Brasil, 2005*. Brasília, DF: SVS/MS/OPAS.

Ruffino-Netto, A., Villa, T. C. S. (2006). *Tuberculose: Implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil histórico e peculiaridades regionais*. Ribeirão Preto: SP. Rede TB.