

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISA AGEU MAGALHÃES  
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

A TUBERCULOSE NO RECIFE: ANÁLISE DE ASPECTOS  
EPIDEMIOLÓGICOS E PERSPECTIVAS DE FORMAS DE ATENÇÃO

AUTORES:

MARIA ELVANIA FERREIRA  
MÔNICA MARIA SANTOS BEZERRA  
SILVANA HELENA DANTAS MOREIRA

ORIENTADOR:

IANA MARIA PASSOS

**CONSULTA**

(043.4)"1997"  
F383t

RECIFE - 1997.

## Agradecimentos

À Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, pela oportunidade de realizarmos o Curso:

Às gerentes dos Distritos Sanitários: Fátima Marinho, Ivanise Tibúrcio, Lúcia Helena Brasil de Carvalho, Jacira Salucy e Tânia Valença, que compreenderam nossas ausências e nos estimularam durante todo esse período;

À Iana Passos e Luci Praciano que nos orientaram na execução deste estudo;

Em especial, agradecemos a Dra. Claudia Zirpoli pelo incentivo e companheirismo nas horas difíceis do desenvolvimento deste trabalho.

## **SUMÁRIO**

- I - Introdução e Justificativa
  - II - Referencial Teórico
  - III - Apreensão/Análise da Realidade
  - IV - Considerações Finais
  - V - Referência Bibliográfica
- Anexos

## I - INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

O presente estudo, produto do CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DESCENTRALIZADO DE ENDEMIAS, realizado no período de maio /96 a agosto/97 sob coordenação do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva - NESC/PE, analisa as circunstâncias em que a atenção é prestada aos portadores de Tuberculose na Rede de Serviços de Saúde do Município do Recife e propõe formas de aprimorá-la.

A importância da Tuberculose no Brasil, ante a história de saúde no país no século XX, deve-se à sua magnitude epidemiológica, ao conhecimento científico gerado, às representações produzidas no imaginário social e às políticas de controle da doença traçadas institucionalmente.

A tuberculose hoje é um sério problema de Saúde Pública, doença esta considerada sob controle há dez anos. O *Mycobacterium tuberculosis* ou bacilo de Koch (BK) é atualmente considerado o principal microorganismo isolado, responsável por mortes em todo o mundo. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) prevêem que o número total de casos novos da doença, notificados em todo o mundo crescerá de 7,5 milhões (143 casos em cada 100.00 habitantes), para 10,2 milhões de pessoas (163 por 100.000 hab.) no ano 2000. Em todo o mundo morrem aproximadamente 2,7 milhões de pessoas por ano. Se as ações de controle da tuberculose não forem eficazes em deter o aumento da doença em todo o mundo, 30 milhões de pessoas morrerão em consequência da doença na próxima década. O esquema terapêutico existente é capaz de assegurar cura em torno de 95% dos casos.

O Brasil tem lugar de destaque junto aos países "campeões" de tuberculose, como Índia, China, Indonésia e África. Estima-se que, a cada ano, 100 mil pessoas adoeçam por tuberculose no Brasil. Estudos mostram que, no Brasil, a tuberculose apresenta 90.000 casos novos por ano, sendo 80% de tuberculose pulmonar e 50% desses, são bacilíferos. São aproximadamente 10 (dez) casos novos a cada hora, com 5.000 mortes anuais. Agravando mais o quadro temos a associação da tuberculose com a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Com relação ao nº de casos no Brasil, o Estado de Pernambuco encontra-se em 5º lugar, contribuindo no país com 6,6% dos casos, tendo sido notificados 5.217 casos novos em 1995, o que representa um coeficiente de incidência de Tuberculose no Brasil em 58,1/100.000 enquanto em Pernambuco é de 63,8/100.000.

Morrem anualmente em, Pernambuco, 400 pessoas vítimas de Tuberculose, com uma média de um óbito diário, uma taxa de mortalidade de 4,2/100.000 habitantes e a letalidade de 3,8%.

Dados da Secretaria Municipal de Saúde do Recife, mostram que o Município apresentou em 1996, 1.772 casos notificados, com um coeficiente de incidência de 146,38/100.000 habitantes.

De acordo com o debate atual, o Programa de Controle da Tuberculose não deve ser mais desenvolvido em Unidades Especializadas, mas na rotina das Unidades de Saúde, por equipes multidisciplinares, com o apoio do profissional médico, na Unidade de Referência. Este novo enfoque, já adotado pela Secretaria de Saúde do Município, reforça a importância de estudos e propostas que permitam melhor acompanhamento e avaliação do Programa.

Considerando a situação da tuberculose na Cidade do Recife e pela necessidade de aprimoramento da operacionalização das ações até agora implantadas, acreditamos poder contribuir para a implementação de um plano de ação visando oferecer a população um atendimento de qualidade.

A tuberculose é uma doença que até o início da década passada, podia ser usada como um indicador de subdesenvolvimento. Com profundas raízes sociais, sempre foi prevalente em áreas onde havia fome, miséria e más condições de moradia, ao mesmo tempo em que sua magnitude era reduzida significativamente nas regiões onde estes fatores eram progressivamente extintos. Isto antes da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

A partir da década de 80, com disseminação da AIDS, na maior parte dos países, a situação se alterou. Comprometendo o sistema imunológico do paciente, a AIDS torna o portador susceptível à tuberculose. Nos países onde era considerada controlada há um aumento alarmante do número de casos e nos países, onde a doença nunca deixou de ser um sério problema para a Saúde Pública alcançou índices ainda mais alarmantes.

É a chamada "peste branca", mal de poetas e boêmios do passado, que volta a fazer vítimas no país, às vésperas do século XXI. Mas como imaginar uma nova epidemia de tuberculose em pleno centro urbano? As estatísticas oficiais mostram que esta é uma realidade cada vez mais próxima.

Vários fatores contribuem para este recrudescimento da endemia, entre os quais se incluem as condições socio-econômicas, a ignorância e o despreparo do profissional de saúde, além do abandono do tratamento pelo paciente que é alarmante.

Comparado com qualquer outro período da história, o ano de 1990 apresentou, no mundo, o maior número de casos novos. Na cidade do Recife, a situação é semelhante.

Este estudo pretende contribuir para a elaboração de um plano de ação para controle da tuberculose na cidade do Recife. Mesmo com dificuldades identificadas: incipiente capacitação de recursos humanos, deficiente comunicação inter-institucional, poucos atores sociais envolvidos no processo, há decisão política de enfrentar o problema.

As autoras não se propuseram a trabalhar todos os momentos do PES, em decorrência do curto espaço de tempo para a preparação do estudo. Porém, entendem a importância da apreensão da metodologia para a realização do trabalho e como instrumento para identificação, análise e localização dos principais aspectos que deverão ser objeto de ações específicas.

O momento explicativo, corresponde ao momento de identificação, seleção e explicação de problemas. A identificação e seleção de problemas é um passo fundamental, pois exige um posicionamento do ator diante da realidade.

O estudo toma como ponto de partida, a análise da realidade no Município, em relação ao Programa de Controle da Tuberculose, considerando que as autoras, atores sociais, se apresentam inseridos nesta realidade. Hoje, as ações para controle da doença, estão implantadas em parte da rede de serviços de saúde do município necessitando no entanto de ampliação.

## II - REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1- POLÍTICA

ART. I - da Declaração Universal dos Direitos do "Homem".

"Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação aos outros com espírito de fraternidade".

A Lei Magna de 1988 registra de modo expressivo, o avanço na concepção da saúde, considerando-a direito fundamental da pessoa humana (capítulo II - Dos Direitos Sociais).

Na consciência de muitos brasileiros, já está superada a concepção estreita e individualista, que reduzia os cuidados de saúde ao oferecimento de serviços médicos-hospitalares, que os mais aquinhoados deveriam comprar e os mais pobres, receberiam, de modo precário, como um favor do Estado.

Legitimado pelo ART. 198 da Constituição vigente, o Sistema Único de Saúde (SUS), não se iniciou com a consagração constitucional de seus princípios. Assim, o SUS não começou ontem, nem termina hoje. "Em ambiente democrático, reformas sociais são lentas e politicamente custosas". (Eugênio Vilaça - 1996 : 57)

Construído no embate político, ideológico e tecnológico entre diversos atores sociais, o SUS, resulta de proposta que, ao longo de muitos anos, foram impulsionadas por um movimento social que se denominou reforma sanitária brasileira.

A crise na saúde, expressão fenomênica de causas mais profundas, foi determinada pelo modelo de atenção médica, estruturado pelo paradigma flexneriano. Acabar com a crise significativa sair desse paradigma para o modelo de atenção à saúde, expressão do paradigma social da saúde.

O SUS é um espaço de construção da cidadania. Na visão sociológica, apela para projetos historicamente compartilhados, para processos de conquistas coletivas, para a igualdade, para o princípio da austeridade, cuja concepção a universalidade, fundamenta-se no direito a ter direitos.

É necessário transformar as políticas sociais e de saúde, em espaço ético e legítimo de garantia dos direitos de cidadania. Saúde é por consequência, direito dos cidadãos. Seus serviços e suas ações devem ser descentralizados e submetidos ao controle social.

Busca-se um sistema de saúde eficaz, eficiente, de qualidade distinta dos atuais e coerente com o objetivo emergente colocado pelo SUS (VILAÇA, 1996). Assim, não são meras reformas administrativas que constituem apenas, modificações burocráticas que

solucionarão a questão. Há que se buscar um redesenho institucional, a partir de novas missões, novos valores e novos papéis, revendo os processos de trabalho das instituições. Há que se buscar, dentro da proposta de reforma sanitária a construção de sistemas locais - Distritos Sanitários - espaço de orientação gerencial e operativa do Sistema.

Esse processo de distritalização, desenvolvido com base no exercício do planejamento estratégico, deverá estar assentado na existência de um território-processo onde, diferentes atores sociais estão em permanente tensão, na direcionalidade das ações próprias do setor e intersetoriais, para solução dos problemas complexos, do ponto de vista sócio-sanitário e finalmente, na prática sanitária da vigilância à saúde, enquanto conjunto de operações organizadas dos processos de trabalho em saúde.

Há que se reconhecer que o SUS, como processo social em construção, necessita de vontade política, de clareza estratégica e competência técnica para reinscrevê-lo na prática social.

É proposta do SUS, inserir a tuberculose nas ações básicas de saúde e desta forma, assegurar o atendimento nas Unidades Ambulatoriais da rede. Partindo desse princípio, as autoras sugerem a concretização de tal proposta.



## 2.2- A PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA E A TUBERCULOSE NA CIDADE DO RECIFE

Nas economias periféricas - o caso brasileiro - O caráter excludente de seu desenvolvimento é marcado por contrastes cujo impacto , em particular nas condições de saúde da população , acaba traduzindo-se na coexistência de padrões epidemiológicos distintos, característicos do atraso e da modernidade.

A epidemiologia tem como objeto de estudo os determinantes do processo saúde-doença ocorrendo em grupos populacionais. A incidência e prevalência de doenças estão associadas às condições de risco diferenciadas, configurando-se em padrões epidemiológicos que se expressam de forma desigual em diferentes grupos populacionais. A natureza social dessa desigualdade é, em geral, escamoteada pelas várias noções do "social" que correspondem a véus ideológicos diferenciados.

As desigualdades sociais na distribuição de riscos , doença e morte são reveladoras e fazem parte de outros processos sociais . Essa nova prática epidemiológica necessita do engajamento em todos os níveis de luta política para superação destas desigualdades . É preciso assim formar uma consciência social do dever ético do epidemiologista em demonstrar a extrema agregação de riscos, doenças e morte em determinados subgrupos da população, e que esta agregação tem como determinante fundamental a posição de classe destes indivíduos . Esta consciência social torna-se cada vez mais imperiosa , na medida em que o processo de desenvolvimento, ou melhor de subdesenvolvimento na nossa sociedade, está a acirrar as contradições entre os donos do capital e a força de trabalho . A crescente concentração de renda existente no Brasil e os processos econômicos excludentes , ampliam as desigualdades sociais e colocam as classes dominadas em posição de extrema vulnerabilidade para assegurar a manutenção de sua saúde e diminuir os riscos de doença e morte. O presente estágio de desenvolvimento da sociedade brasileira apresenta algumas características estruturais como: rápida urbanização, falta de saneamento, altas taxas de desemprego e subemprego, índices elevados de aglomeração dentro das casas, baixos salários, analfabetismo, indicadores de saúde característicos de países mais atrasados onde existe uma extrema desigualdade na repartição da renda nacional . Neste momento , não é só a violência, a agressão e o seqüestro que rondam os bairros, as casas e as famílias afluentes. Uma série de doenças de potencial epidêmico começa a fazer suas "visitas" às proximidades destas áreas. A Tuberculose é uma delas.

A partir dos últimos anos do século XVIII, associou-se à tuberculose pelo menos duas representações. A primeira, a definia como "doença romântica", idealizada nas obras literárias e artísticas ao estilo do romantismo e identificada como uma doença característica de poetas e intelectuais. A segunda, gerada em fins do século XIX, qualificava a doença como "mal social" e firmou-se, claramente, no decorrer do século XX, tendo convivido nas primeiras décadas com a visão romântica. Essas duas concepções apresentaram-se de forma significativa no imaginário social, expressando-se por meio de uma forte auréola estigmatizante.

No Brasil, a percepção da tuberculose como doença social firmou-se neste século, estando presente no discurso médico, respaldado pelos dados estatísticos. Estes indicam de forma incontestável, desde o início do século, uma maior incidência de tuberculose junto às classes populares, em virtude das precárias condições de vida.

Apesar da associação da doença às precárias condições de vida, percebe-se que as orientações para o controle da tuberculose, ao longo deste século, assumiram o fator biológico como seu principal determinante, sustentadas por um saber técnico-científico que se desenvolveu progressivamente.

A identificação do bacilo de Koch, em 1882, como o agente etiológico da tuberculose foi um marco fundamental para o conhecimento da doença. Significou também uma importante contribuição para o fortalecimento da teoria da transmissibilidade das doenças.

No Brasil, ao longo do século XX, a formulação e implementação das políticas de controle da tuberculose foram assumidas por instituições estatais e filantrópicas que atuaram, de forma diferenciada, no decorrer do período. Nas duas primeiras décadas, as instituições filantrópicas tiveram papel relevante na difusão e aplicação das idéias preconizadas para o combate à tuberculose. Destacou-se, no Rio de Janeiro, a Liga Brasileira contra a Tuberculose, fundada em 1900, como resultado de um movimento de médicos e intelectuais convencidos de que não podiam se omitir no combate à doença que causava tão alta mortalidade, principalmente na Capital Federal. A Liga até 1907 criou dois dispensários e desenvolveu um intensivo trabalho de propaganda sobre o problema da tuberculose e os meios para minimizá-la. Em vários estados brasileiros criaram-se também ligas contra a tuberculose que foram, durante esse período, as únicas instituições que implementaram uma política de combate a doença.

A Reforma Carlos Chagas, em 1920, que deu origem ao Departamento Nacional de Saúde Pública, inaugurou uma fase de maior intervenção do Estado no combate à tuberculose, criando a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. No Distrito Federal, tanto o poder público como as entidades filantrópicas ampliaram a disponibilidade de atendimento organizando dispensários e enfermarias exclusivas para tuberculosos. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, e as reestruturações ocorridas ao longo da década, ampliaram a intervenção estatal no combate à tuberculose, permanecendo, no entanto, a convivência com as iniciativas filantrópicas. No contexto da década de 1930, consolidou-se a incorporação institucional de novas tecnologias, como a vacina BCG, a baciloscopia, a abreugrafia, o tratamento provocando pneumotórax e outras cirurgias torácicas.

Os avanços científicos que marcaram esse período vieram questionar conceitos até então aceitos, como o "fator clima" na cura da tuberculose, e a hereditariedade na etiologia da doença. Este momento caracterizou-se pela intensa discussão entre os tisiólogos, na medida em que esses avanços promoviam mudanças significativas no entendimento e nas representações sobre a doença.

A atuação do Estado foi intensificada na década de 1940, com a criação do Serviço Nacional de Tuberculose, em 1941, e da Campanha Nacional contra a Tuberculose, em 1946. Esta última desempenhou, desde sua criação, um papel singular, dado, principalmente, pela particularidade de sua constituição administrativa e financeira, que lhe permitia uma maior flexibilidade. A campanha assumiu como proposta, neste momento, a expansão da estrutura hospitalar e sanatorial em todo o país. A ampliação da estrutura de serviços trazia a idéia da interiorização e uniformização do atendimento, a normatização das ações de saúde e a formação de recursos humanos abarcando pessoal de nível médio e superior.

A descoberta da quimioterapia antibiótica específica, a partir da década de 1940, iria alterar mundialmente, de forma bastante radical, o perfil epidemiológico, a ação institucional e o conhecimento científico em relação à tuberculose, além de repercutir nas representações sobre a doença.

Apesar de ter ocorrido inicialmente uma queda acentuada dos índices de morbidade e mortalidade da doença, o uso dos antibióticos ocasionou o surgimento de bacilos resistentes às drogas. O aprofundamento de estudos e experimentações utilizando a associação desses medicamentos e a descoberta de novos quimioterápicos, acompanhados por pesquisas no campo da microbiologia, possibilitaram a superação da resistência bacteriana, que ocorria em decorrência da monoterapia.

Com a comprovação da eficácia desses quimioterápicos na cura da tuberculose, alcançada ao longo das décadas de 1950 e 1960, o tratamento passou a ser primordialmente ambulatorial, tornando desnecessária em sua maioria, a internação do paciente. Como consequência, nas décadas seguintes foram paulatinamente, sendo desativados os sanatórios e a grande maioria dos hospitais destinados à tuberculose, que passaram a atender a outras áreas da medicina ou mesmo alteraram seu setor de atuação.

Nos anos de 1970 intensificou-se a ação do Estado no controle da doença até alcançar sua completa monopolização na década seguinte. Foi criada, em 1970, a Divisão Nacional de Tuberculose, em substituição ao Serviço Nacional de Tuberculose. Essa década teve como marco fundamental para a tuberculose, o início da implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, contido no II Plano Nacional de Desenvolvimento.

A consolidação do uso dos antibióticos como terapêutica eficaz para o tratamento da tuberculose, ao lado das medidas profiláticas e da simplificação do diagnóstico, levou a uma mudança no perfil epidemiológico da doença com uma queda acentuada nos coeficientes de morbidade e mortalidade.

Essa alteração contribuiu para o estabelecimento de uma nova relação entre as pneumopatias, dando corpo à pneumologia. Nesse sentido, em 1976, a Divisão Nacional de Tuberculose transformou-se em Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, passando a se ocupar não só da tuberculose como de outras pneumoparias consideradas de interesse da Saúde Pública.

Nos anos 80, as mudanças que ocorreram na estrutura e administração dos Serviços de Saúde no Brasil, trouxeram enormes dificuldades ao desempenho do Programa, que estava sendo descentralizado e incorporado aos serviços gerais de saúde.

No início dos anos 90, o Programa de Controle da Tuberculose, tinha suas ações padronizadas pela Fundação Nacional de Saúde - FNS. A partir de 1995, houve o repasse das ações de controle da tuberculose para o Município de Recife.

Com o processo de Municipalização, a Secretaria de Saúde do Recife, recebeu 04 (quatro) Unidades que já desenvolviam o Programa. A partir de então, caracterizou-se a necessidade de ampliar o atendimento para mais Unidades de Saúde. Nesse momento, foram capacitadas 06 (seis) enfermeiras de um Distrito Sanitário, para desenvolverem o Programa (experiência piloto). Atualmente, 10 Unidades de Saúde, desenvolvem ações de controle de tuberculose no Município.

### 2.3- PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: ASPECTOS PRINCIPAIS.

Por muitos anos e especialmente ao longo da década de 70, o ensino do planejamento de Recursos Humanos começava tradicionalmente pela idéia de otimização de alocação e otimização do uso. Nessa década o Plano Decenal de Saúde para as Américas da Opas, emergiu com uma suposta autoridade para a definição dos padrões e metas de Recursos Humanos, mas logo mostrou-se incompleto e pouco útil para um planejamento realista e focalizado.

Sob diferentes enfoques, seja pela transformação da teoria organizacional em instrumento de reconstrução social - como propõe G. Ramos - seja por uma articulação ético-política (ecosofia) - na concepção de Guattari -, ou ainda pela identificação de objetivos de uma "nova modernidade"- como o faz Buarque - , todos convergem para um pressuposto fundamental: a produção de bens ou serviços, além de sua inegável dimensão técnica, é essencialmente uma questão moral pelo impacto causado à natureza como um todo. Isso leva à indispensável compreensão das necessidades às quais essa produção se refere e das características do trabalho humano, determinadas por uma rede de articulações sócio-históricas (Gonçalves, 1992).

Para definir e propor seu "modelo ético-moral", Gonçalves (1992) reflete sobre a questão da necessidade, definindo-a, inicialmente, como a relação que o ser estabelece com a natureza para ser. Nesse sentido, a necessidade inaugura o processo de trabalho e o percorre por inteiro como característica do homem com finalidade: pela definição de suas necessidades, o homem define seus objetos, cria seus instrumentos e condiciona seus produtos/resultados.

De acordo com cada época histórica, o trabalho em saúde organiza-se em modelos com seus respectivos objetos de trabalho, instrumentos e produtos/resultados, determinados pela definição das necessidades, sejam elas "necessárias", "sociais" ou "radicais" (Gonçalves, 1992:33-34).

A partir da década de 60, diversos autores propõem práticas gerenciais voltadas para a criatividade, a intuição, administração de controvérsias e contradições. Entende-se que tais abordagens permitem focalizar - com aporte teórico-instrumental mais seguro e definido- o processo de trabalho nas organizações do setor saúde e enfatizar o agente/ator/"sujeito ético" mencionado por Gonçalves (1992). Elas apontam para uma racionalidade emancipatória, ambiente desse sujeito, capaz de transformar o processo de trabalho e a finalidade é a necessidade que o determinam.

A ênfase na dimensão ética do trabalho em saúde reforça-se na singular característica de unidade entre produção e consumo (a geração e o consumo do produto desse trabalho se dão simultaneamente na interação de profissional e cliente/usuário). Conforme assinala Rivera (1991:171), citando Offe, tal fato problematiza o absolutismo da razão instrumental, ainda mais ao considerar que a "efetividade dos serviços depende da aceitação, por parte do cliente, de uma interação produtiva (sem considerar as outras interações sociais internas à organização entre profissionais e técnicos)".

Os anos 70, marcados por grave crise econômica, afetam de maneira geral, as organizações públicas e privadas. O contexto de crise força a incorporação de novas tecnologias e avanços na área de comunicação e impõe exigências de um maior grau de autonomia e responsabilização, a serem atendidas através do desenvolvimento de estratégias flexíveis de gestão (Medici & Barros Silva, 1993).

O Sistema Único de Saúde propõe a superação dos modelos de atenção historicamente constituídos, tendo em vista um novo padrão de organização de serviços. Percebe-se porém, que o debate atual não contempla satisfatoriamente - salvo algumas exceções - proposições que explicitem com clareza mudanças nas racionalidades definidoras das práticas nas organizações do setor.

Ao considerar o elemento humano como fator determinante e determinado pelas organizações, no caso particular da saúde, tal percepção assume uma dimensão especial, melhor explicitada pela identificação das especificidades do processo de trabalho. O destaque dos processos interativos que nele ocorrem revela o trabalho coletivo que se desenvolve em diferentes níveis e dimensões, entre os sujeitos envolvidos. Nas relações que aí se estabelecem, pretende-se que a clientela e os profissionais deixem de ser objetos da ação gerencial e passem a interagir como sujeitos sociais dotados de vontade, intencionalidade, significados, valores e crenças. Para isso, impõe-se uma visão emancipadora capaz de provocar a emergência do "sujeito ético", ativo. Este sujeito tem condições de perceber suas necessidades radicais e de identificar processos de trabalho que respondam às referidas necessidades. Assim constituído, é capaz de superar a dicotomia entre o social e o individual e de incorporar a dimensão social na sua individualidade. (Passos & Aquino, 1994).

As definições sobre processo de trabalho enfatizam a importância da relação profissional/usuário, como fator primordial para a efetividade dos serviços. As autoras consideram esta relação fundamental para a permanência do paciente no Programa de

Controle da Tuberculose, uma vez que este é bastante prolongado, reduzindo assim a taxa de abandono e melhorando o sistema de busca ativa de pacientes.

Outro pressuposto de extrema importância para este estudo é a abordagem da organização como espaço da gestão, dos processos de tomada de decisão.

#### 2.4- O PLANEJAMENTO EM SAÚDE A PARTIR DOS ANOS 60

Até fins dos anos 60, o discurso do planejamento em saúde, incorporava como princípios, a organização dos Serviços de Saúde e a ampliação da cobertura, obedecendo, a existência de dupla determinação: por um lado a crise fiscal, que obrigava a racionalizar o setor, por outro, a característica privativista das "políticas de estabilização na área social, que introduziram o descontrole normativo do setor, afetando a viabilidade do planejamento global" (URIBE, 1989).

Em 1975, o Centro Pan-Americano de Planejamento em Saúde (CPP/OPAS), publica o documento "Formulacion de Políticas de Salud" significando um passo fundamental no sentido de deslocar a discussão do planejamento setorial do âmbito da microeconomia para o âmbito político. Busca o documento sustentação nas ciências políticas e sociais, embora não recorra para isso, a um único paradigma. A sequência para a elaboração do plano-diagnóstico, imagem-objetivo, formulação de proposições preliminares, estratégia, formalização do plano possibilita a introdução sistemática de novos conceitos que ajudam a contextualizar o processo político.

Tanto o diagnóstico, quanto a construção da imagem-objetivo, reconhecida como uma produção ideológica, vão nutrir-se do reconhecimento explícito da existência de conflitos no interior do sistema social. Tais conflitos que têm origem na existência de necessidades não satisfeitas no nível individual serão processados, seja por grupos de pressão ou pelo próprio Estado, como demandas políticas. A autoridade política (governo) as atenderá de acordo com um quadro de valores que leva em consideração seus interesses particulares.

A consideração de uma fase estratégica precedida de uma análise de viabilidade política das proposições preliminares, em que são identificados adversários e aliados, introduz uma ruptura epistemológica em relação à visão normativa e cientificista, na qual o planejador reina absoluto em um mundo "coisificado", onde não existem outros atores e o conflito não é sequer pensado.

No início dos anos 80, surge uma maneira diferente de planejamento, resultante das críticas e fracassos que se acumularam sobre a visão normativa, numa conjuntura de substituição dos regimes burocrático-autoritários por novos governos de aspirações e compromissos com a redemocratização de seus países.



Buscando diminuir a dívida social com os setores marginalizados, abrem-se espaços para discussão e proposição de políticas sociais, tanto nas esferas do governo, quanto na sociedade civil.

Três vertentes básicas do enfoque estratégico surgem na área de saúde: o planejamento estratégico de Mário Testa, o planejamento situacional de Carlos Matus e o enfoque estratégico da Escola de Medellín.

"O centro da problemática estratégica é o poder. Não qualquer poder, mas sim o que é, ou pode ser, exercido na ação consciente do povo que luta por sua liberdade", achando ainda que não se deve construir uma imagem objetivo, (TESTA, 1987).

O poder centra-se na necessidade de aumentar a capacidade de governar. O planejamento é entendido como instrumento a serviço da libertação dos seres humanos, já que fornece e submete os acontecimentos e seu curso à vontade dos homens, transformando-os em condutores do processo. Ação, situação e atos, formam um todo complexo que não pode ser desagregado em seus elementos componentes (MATUS, 1987). O autor propõe um método de planejamento centrado em problemas e operações que deverão ser desencadeadas para enfrentá-los. O reconhecimento do conflito e a forma de tratar o planejador como ator social são aspectos importantes que caracterizam o enfoque estratégico do planejamento.

"O planejador é uma personalidade, uma organização ou um agrupamento humano, que de forma estável ou transitória, tem capacidade de acumular força, desenvolver interesses e necessidades, produzindo fatos na situação". (Matus, 1987). O sistema, diz Carlos Matus, passa a ser compreendido como histórico, complexo, mal definido e incerto. O Planejamento situacional busca espaço no mundo das determinações fenomênicas de segunda instância, enquanto mediadoras das regras essenciais e do mundo dos epifenômenos. Refere-se ao governo, não enquanto áreas de construção do poder societário e sim enquanto instituição. Sua preocupação principal é dotar de cientificidade o processo decisório, objetivo que conduz a supervalorização do papel da ciência no espaço político (CHORNY, 1990).

A metodologia do planejamento estratégico situacional está estruturada em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional.

O conceito de momento é para Carlos Matus, a base da lógica interna do processo de planejamento. Cada momento da metodologia corresponde ao domínio transitório de determinados conteúdos, passos e procedimentos específicos.

Como características gerais dos momentos poderemos citar:

- Não seguem uma seqüência linear estabelecida;
- Conformam uma cadeia contínua sem começo nem fim definidos;
- Cada um quando é dominante, articula todos os outros como apoio a seu cálculo;
- Repetem-se constantemente, porém com distinto conteúdo, propósito e contexto

situacional;

- Nunca esgotam sua tarefa, sempre se regressa a eles;
- Cada momento requer ferramentas metodológicas particulares.

A explicação consiste, fundamentalmente, na identificação e encadeamento lógico das causas do problema selecionado (Elizabeth Artman - 1993).

A partir desta seleção, surge a necessidade de explicar as causas de cada problema. O momento explicativo não cessa nunca. Devemos permanentemente atualizar a explicação.

As autoras utilizaram esta metodologia para desenvolvimento do trabalho, por partir da identificação de necessidades, definição de recursos/instrumentos e poder gerar produtos/resultados.

### III- APREENSÃO / ANÁLISE DA REALIDADE

Recife apresenta uma população de 1,296.996 habitantes (censo 1991) e uma densidade demográfica de 6.206 hab/Km<sup>2</sup>. Cidade de clima úmido, possui uma área de 209 Km<sup>2</sup>, corresponde a 9,5% da área metropolitana e um percentual significativo de sua população vive na faixa de pobreza e miséria.

A coleta domiciliar de lixo atinge 81,07% e a cobertura do abastecimento de água é de 92,99% da população, Cerca de 37% da população é atendida com sistemas de coleta condominial de esgoto.

A Cidade do Recife apresenta uma das mais elevadas taxas de desemprego do Brasil, onde 91.760 (30%) da população, têm rendimentos mensal de até 01 (um) salário mínimo e 21.045 (7,0%) sobrevive da economia informal (censo IBGE - 1991).

O quadro sanitário do Recife é complexo, característico de uma transição epidemiológica, relacionada com o padrão de desenvolvimento, marcado por problemas de saúde como doenças cardíco-vasculares, neoplasias e causas externas; ao mesmo tempo convive com doenças decorrentes da pobreza, subdesenvolvimento e precárias condições ambientais, como hanseníase, leptospirose e tuberculose.

O município apresenta, hoje um incipiente Programa de Controle da Tuberculose (restrito a algumas Unidade de Saúde), que se expressa através do: **aumento do coeficiente de incidência (146,3/100.000); baixa identificação de sintomático respiratório; elevada taxa de abandono de tratamento (22,4%); baixa cobertura no atendimento e um reduzido percentual de profissionais sensibilizados e capacitados para o atendimento.**

A recente municipalização das ações, de controle da tuberculose assim como a falta de clareza em relação às competências nos diferentes níveis de gestão do SUS, dificultam o controle da doença no Município.

A rede explicativa do problema, que se dá em diferentes níveis, levou as autoras à seleção de pontos mais importantes para uma ação dirigida, são eles: a falta de um plano de ação para intervir no problema, a incipiente integração inter institucional e o baixo investimento na capacitação de recursos humanos para o atendimento ao agravo, bem como associação AIDS X TUBERCULOSE.

Faz-se necessário, em nível mais geral rever a formação acadêmica, hoje oferecida aos profissionais de saúde, que pouco contempla ações de saúde coletiva. Em conseqüência,

temos cada vez mais, profissionais pouco sensíveis para o atendimento a pacientes com doenças prevalentes em nosso Estado como a tuberculose.

O baixo investimento em ações educativas direcionadas à população, um deficiente sistema de busca ativa, bem como o difícil acesso de pacientes aos serviços de saúde, pelo reduzido número de Unidades que realizam o atendimento, implicam num aumento da taxa de abandono de tratamento.

Há, portanto, a necessidade de implementar a atenção ao paciente com tuberculose, visando o atendimento de qualidade, o aumento da cobertura e redução da morbidade, expressa pela incidência da doença.

Efetivar a proposta, dependerá principalmente, de maior investimento na sensibilização e capacitação de profissionais que compõem a rede sistema de informação, garantindo o repasse das informações entre os diferentes níveis de gestão e de uma maior integração interinstitucional.

#### IV- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente proposta se alicerça na vontade de se buscar mudanças assistenciais qualitativas, ancoradas na descentralização, hierarquização e integralidade das ações como princípios fundamentais.

Consideramos imprescindível a participação dos diferentes segmentos institucionais e da sociedade civil, no processo de redirecionamento do Programa. Fundamental a capacitação de pessoal, objetivando a suspeição, o diagnóstico e o tratamento, o mais precocemente possível, reduzindo o número de casos novos e abandono de tratamento.

A solução deste problema complexo, implica em decisão política, ações na estrutura sanitária básica, enfoque epidemiológico, uso de tecnologia apropriada, decisão política e, certamente, participação da sociedade. Porém, acreditamos que um programa que leve conhecimentos para a população e para os técnicos dos serviços de saúde possa alterar o curso da doença e apresentar resultados positivos.

Conforme proposta deste trabalho já dito anteriormente, as autoras não se propuseram a dar conta de todos os momentos do PES. Entendendo como fundamental este momento explicativo, apontam para a necessidade de estudos posteriores que permitam traçar propostas, analisar a viabilidade destas e definir intervenções.

## V- REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AS POLÍTICAS de Saúde no Brasil nos anos 80. VILAÇA, Eugênio. A Conformação da Reforma Sanitária... São Paulo.

HUCITEC / ABRASCO . 3ª ed. 1995. pg 19.

\_\_\_\_. O processo social de distritalização de Saúde, São Paulo. HUCITEC / ABRASCO. 3ª ed. 1995. pg 93

\_\_\_\_. PAIM, jair N.S. Reorganização da Política de Saúde em Direito Sanitário, São Paulo. HUCITEC / ABRASCO. 3ª ed. 1995. pg 187.

\_\_\_\_. TEIXEIRA, Carmem F. Planejamento e programação situacional em Distrito Sanitário, São Paulo. HUCITEC / ABRASCO. 3ª ed. 1995. pg 237

BAHN F. Mausnar. Introdução à Epidemiologia, Lisboa. Fundação Cabuste Gulbenkia. 2ª ed. pg 11-34; 172-217; 379-455. 1980.

BET Helm, N. A Vingança da Tuberculose: Uma Nova Virada. \_\_\_\_\_. 3 (1) : 19-26, jan-jun.1995.

CAMPOS, S. H. Tuberculose - Um Perigo Real e Crescente. Jornal Brasileiro de Medicina. 70 (5) : 73-104, mai.1996.

CASTRO, M. H. G. de. Conflitos e Interesses na Implementação da Reforma da Política de Saúde. Saúde Debate. (35) : 39-45, jul. 1992.

DALLARI, S. G. Descentralização Versus Municipalização.

Saúde Debate, (35) : 39-45, jul. 1992.

DINIZ, S. L.; Gerhardt, G; Miranda, A. J. & Mancelau, J. N. Efetividade do Tratamento da Tuberculose em oito Municípios de Capitais Brasileiras. Boletim de Pneumologia Sanitária. 3 (1) : 6-18, jan.-jun. 1995.

ECO, Umberto. Como se faz uma Tese, São Paulo. Ed. Perspectiva. 2ª ed. 1988.

GERHARDT, G; Ribeiro, N. Sônia. Eficiência do tratamento da Tuberculose no Brasil. Informe Epidemiológico, SUS. pg. 95-8. 1995.

INFORME de um Grupo de Trabalho da OPS/OMS. Indicadores Para Avaliar as Atividades de Controle da Tuberculose. : 1-5, 1987.

LAURENTI, R. Transição Demográfica e Transição Epidemiológica. : 143-162.

LIMA, S. M. L. Definição e Implementação de Objetivos nas Organizações Públicas da Saúde. Revista de Administração Pública, 28 (4) 38-60. 1994.

LOURERO, S. Brasil Desigualdade Social Doença e Morte - I Congresso Brasileiro de Epidemiologia - Epidemiologia e Desigualdade Social: Os Desafios do Final do Século.

MENDES, E. V. Uma Agenda Para a Saúde. A Racionalização do Sistema Único de Saúde. Ed. HUCTEC. Cap. 3 : 99-132.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão de Pneumologia Sanitária. Manual de Normas para o Controle da Tuberculose, Brasília. 3ª ed. 1989.

\_\_\_\_. Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Controle da Tuberculose: Uma proposta de integração ensino - serviços, Brasília: MS. 4ª ed. 1994.

NOGUEIRA, Margarida M. Maltos Brito de. Avaliação Longitudinal do Tratamento da Tuberculose. 3 (1) : 78-87, jan.-jun. 1995.

POSSAS, C. Epidemiologia e Sociedade. Heterogenicidade Estrutural e Saúde no Brasil. Cap. 1 : 19-33, Cap. 2 : 135-175. 1989.

RIVERA, U.J.F. Planejamento e Programação em Saúde. Um enfoque estratégico. Ed. Cortez. : 125 - 149.

RIVILLON, A; Perdrizet, S & Parrot, R. La Transmission del Bacilo Tuberculoso: EP. Efecto de la Quimioterapia. Organizacion Panamericana de la Salud. Publicação Científica. (346): 1-26. 1977.

SÁ, M. C. de & Formigli, V. L. A. Revisão de Algumas Propostas de Diagnósticos de Saúde: Limites e Possibilidades para uma Abordagem Estratégica em Planejamento. pag. 38-42.

TEIXEIRA, F. C. Políticas de Saúde no Brasil; Situação Atual e Desafios Estratégicos. Saúde Debate, (35): 4-10, jul. 1992.

TEIXEIRA, M. G. Tuberculose - O momento é de União de todos os Esforços. Boletim de Pneumologia Sanitária. 3 (1) : 3-5, jan.-jun. 1995.

VERGARA, C. S. Sugestão Para Estruturação de Um Projeto de Pesquisa. Fundação Getúlio Vargas - Escola Brasileira de Administração Pública. Departamento de Pesquisa e Publicação. EBAP/DOC - CAD. Pesq. 2;97, 1990.

VILAÇA, Eugênio. Uma Agenda para a Saúde, São Paulo. HUCITEC. 1996.

\_\_\_\_. As crises da Saúde e as reformas do setor, São Paulo. HUCITEC. 1996. pg.15.

\_\_\_\_. O SUS - Um processo social em construção, São Paulo. HUCITEC. 1996. pg. 57.

\_\_\_\_. Um novo paradigma sanitário: a produção social de saúde, São Paulo. HUCITEC. 1996. pg. 233.

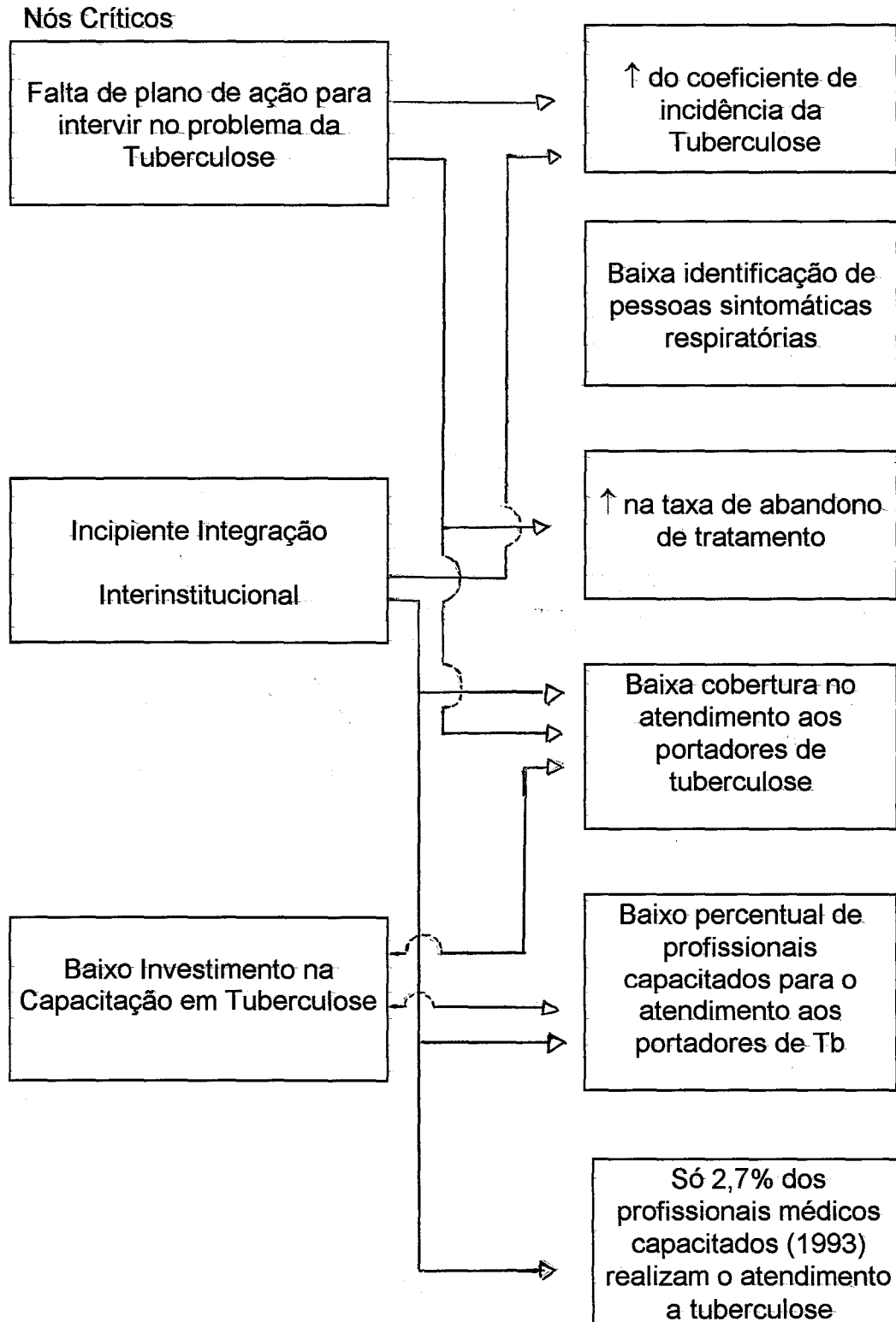


ANEXOS

## ANEXO I

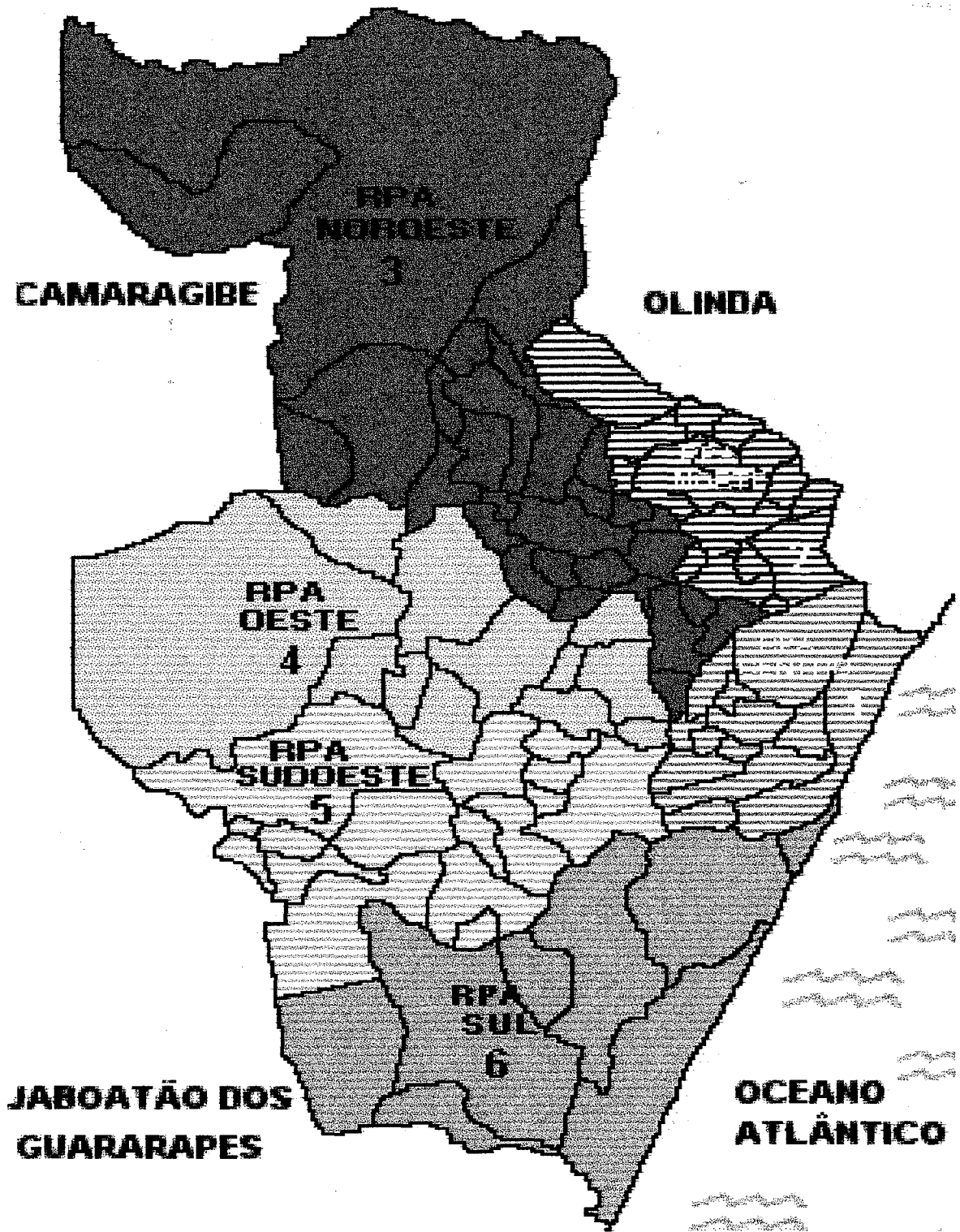
### ARVORE DE PROBLEMAS

Problema: Incipiente atendimento aos portadores de Tuberculose na Rede Municipal de Serviços de Saúde do Recife.



ANEXO II

REGIÕES POLÍTICO-ADMINISTRATIVAS DO RECIFE



ANEXO III

INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO - RECIFE

INDICADORES OPERACIONAIS	95	96	97*
Cobertura vacinal - BCG < 1 ano	171,8	242,3	184,9**
Tratamento:			
Cura	62,4%	62,5%	57,0%
abandono	20,6%	22,4%	21,6%
transferência	2,8%	1,9%	2,7%
óbito	14,2%	13,2%	18,6%
falência	—	—	—
total encerrados	22,5%	29,5%	29,1%
sem informação	77,5%	70,5%	70,9%

\*Dados provisórios sem informação até a S.E. 29/97 (01/01 a 19/07/97)

\*\*Cobertura vacina calculada até maio;97

Fonte: DIEVS/DVE      PNI/SMS - PCR

## ANEXO IV

### INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO - RECIFE

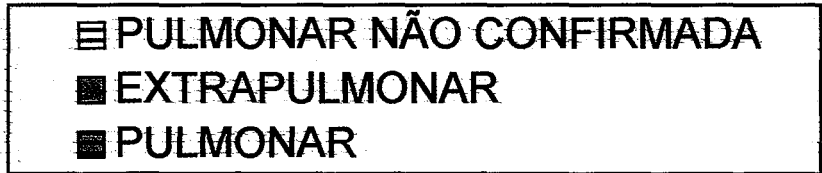
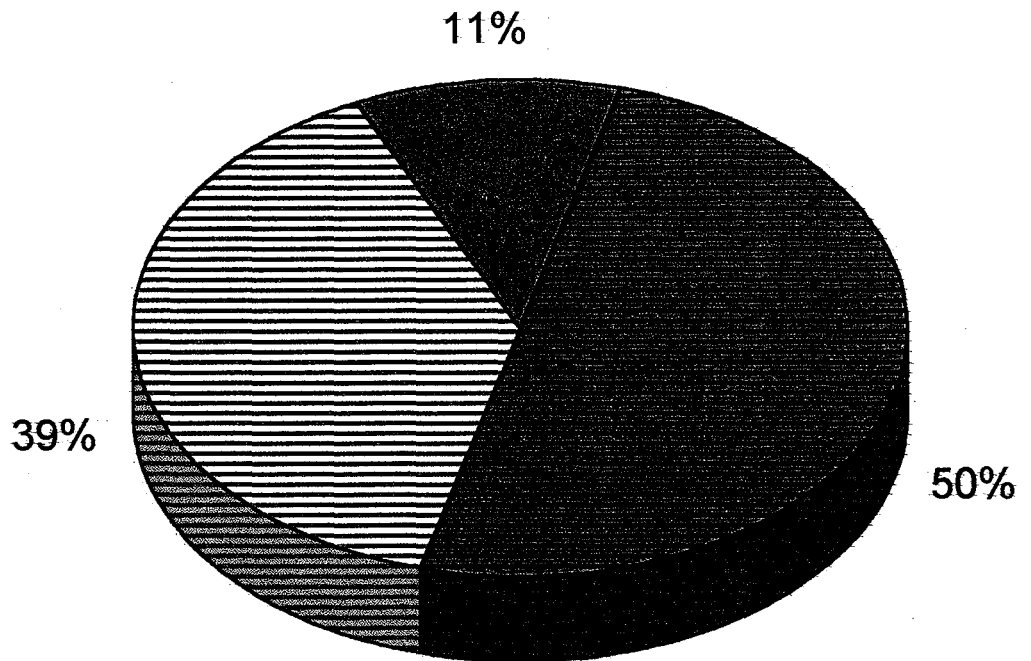
INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS			
(100.000) habitantes)	95	96	97*
Coefficiente de incidência de tuberculose pulmonar confirmada por baciloscopia	70,02	69,32	19,75
Coefficientes de incidência de todas as formas de tuberculose	144,54	146,38	37,50
Coefficiente de incidência de meningite tuberculosa no grupo de de 0 - 4 anos	2,32	3,79	3,10
Coefficiente de mortalidade por tuberculose	6,67	4,69	0,15

\*Dados provisórios até a S.E. 29/97 (01/01 a 19/07/97)

Fonte: DIEVS/DVE - SMS/PCR

ANEXO V

TUBERCULOSE  
DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DOS CASOS  
SEGUNDO FORMA CLÍNICA  
RECIFE - 1996



FONTE: DIEVS/DVE SMS/PCR

## ANEXO VI

## INFORMAÇÕES HOSPITALARES

INFORMAÇÕES HOSPITALARES	95		96		97	
	N	%	N	%	N	%
Internações	550	27,8	509	28,8	125	24,6
M. tuberculosa	9	1,6	26	5,1	7	5,6
Indicações Cirúrgicas	2	0,4	24	4,7	6	4,8
Complicações Graves	4	0,7	211	41,5	34	27,2
Intolerância - Toxidade	1	0,2	8	1,6	—	—
Intercorrências clínicas ou cirúrgica	8	1,5	7	1,4	7	5,6
Estado geral não permite tratamento ambulatorial	62	11,2	73	14,4	20	16,0
Causas Sociais	—	—	13	2,5	2	1,6
Outros	375	68,2	46	9,0	16	12,8
Ignorado	89	16,1	101	19,8	33	26,4

\*Dados provisórios sem informação até a S.E. 29/97 (01/01 a 19/07/97)

Fonte: DIEVS/DVE      SMS/PCR