Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

Silvia Helena Figueiredo
Vendramini

**O Programa de Controle da
Tuberculose em São José do
Rio Preto - SP, 1985-2004:
do contexto epidemiológico
à dimensão social**

Ribeirão Preto
2005

Silvia Helena Figueiredo
Vendramini

**O Programa de Controle da
Tuberculose em São José do
Rio Preto - SP, 1985-2004:
do contexto epidemiológico
à dimensão social**

Orientadora: Profa. Dra.
Tereza Cristina Scatena Villa

Ribeirão Preto
2005

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa desde que citada a fonte.

Ficha Catalográfica

Vendramini, Silvia Helena Figueiredo

O Programa de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto – SP, 1985-2004: do contexto epidemiológico à dimensão social. 251 p. il.; 30cm.

Orientadora: Villa, Tereza Cristina Scatena

Tese Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

1. Tuberculose 2. Epidemiologia 3. Condições de vida

FOLHA DE APROVAÇÃO

Silvia Helena Figueiredo Vendramini

O Programa de Controle da Tuberculose no Município de São José do Rio Preto – SP:
do contexto epidemiológico à dimensão social.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do Título de Doutor em
Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa

Instituição: EERP – USP.

Assinatura: _____

Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto

Instituição: FMRP - USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. Francisco Chiaravalotti Neto

Instituição: FAMERP

Assinatura: _____

Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldês Soler

Instituição: FAMERP

Assinatura: _____

Prof. Dra. Elucir Gir

Instituição: EERP – USP

Assinatura: _____

Dedicatória

Agradeço à minha família
A força para minha fraqueza
A compreensão para os meus problemas
A certeza para minha dúvida
A disponibilidade para meu cansaço
A alegria para minha tristeza
A sabedoria para minha ignorância
As orações para o meu vazio
O amor para o meu rancor.

Aos meus pais: Pedro e Jacyra, pelos ensinamentos que guardo no coração

Ao meu esposo Cirilo, pelo amor que nos une

Aos meus filhos Angelo Neto e Pedro Henrique, pela alegria da vida

Aos meus queridos irmãos Carlos e Bel, pela alegria de repartir

À "vovó" Helena por me mostrar que "a vida é bela"

À tia Geny e família pelo carinho e a dedicação

Ao meu sogro Ângelo pelo ânimo e incentivo constante

Aos cunhados: Claudia, Angela, Maria Helena e José Silvio pelo apoio e compreensão

Aos sobrinhos: Vinícius, Murilo, Juliane, Guilherme e Gustavo, pela esperança em um mundo melhor.

Homenagem Especial

À minha orientadora Dra. Tereza Cristina "Tite", agradeço o apoio e o incentivo para trilhar os caminhos do novo no Mestrado e agora no Doutorado. Obrigada pela paciência e disponibilidade em me receber e escutar, pela humildade e respeito pelas minhas limitações. Agradeço seu dom de ensinar, partilhar conhecimentos e dividir experiências de vida.

Ao meu co-orientador Dr. Antonio Ruffino Netto agradeço o apoio

emocional, pois, com sua grande sensibilidade e alma de poeta sempre conseguiu enxergar além do problema biológico da tuberculose, compartilhando comigo a vontade de encontrar caminhos que amenizem o sofrimento humano pela calamidade negligenciada. Obrigada por acreditar em mim. Sua ajuda foi imprescindível na produção desta tese, mais importante, no entanto na minha formação, foi a sua humildade, paciência, dedicação e encorajamento que me transmitiu em todos os estágios do meu aprendizado.

Agradecimentos

À Profa. Dra. Zaida Aurora Sperli Geraldese Soler, pela oportunidade de conviver e compartilhar da sua experiência profissional e humana. Obrigada pela lição de persistência, coragem e confiança em se arriscar nas lutas pela nossa profissão e por fazer parte da banca examinadora.

Ao Prof. Dr. Francisco Chiaravalotti Neto. pelo aprendizado em Geoprocessamento, pelas importantes sugestões, orientações e participação na banca examinadora.

À Prof. Dra Elucir Gir, pela disponibilidade em aceitar compor a banca examinadora desta tese de doutorado.

Ao Prof. Orlando José Bolçone, Secretário Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica, profundo conhecedor da história de São José do Rio Preto, pelo incentivo na pesquisa, colaboração, disponibilidade e sugestões.

Ao Prof. Dr. José Carlos Cacau Lopes, Secretário Municipal de Saúde e Equipe de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto, pela permissão na realização da pesquisa e colaboração.

A Dra. Maria Rita e Dra. Edna, responsáveis pelo Programa de Controle da Tuberculose no município e na região, pelo apoio, sugestões e incentivo.

Às amigas Lurdinha e Marilene, pela franqueza com que expressam seus sentimentos, por todos os momentos, alegres e difíceis que estiveram ao meu lado, colaborando com sugestões, ajudando nas reflexões e na elaboração da Tese.

À Natalia, pela colaboração no decorrer do trabalho.

A Dorotéia, pela dedicação e carinho com que cuidou da minha família durante as minhas ausências.

Às companheiras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva e Orientação Profissional Cláudia Eli, Denise, Elaine, Gislaine, Margarete, Renilda, Rose, Sonia e Vânia, pelo apoio em todos os momentos e por tantas vezes que se reestruturaram para facilitar minhas viagens e a conclusão do trabalho.

Às docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, pelo reconhecimento e apoio.

Aos funcionários do Curso de Graduação em Enfermagem : Nerê, Iara, Fran, Luíza, Cleide, Cidinha, Rafael, Elton e João Paulo, pela dedicação com que nos auxiliam no dia-a-dia.

Aos companheiros do Grupo de Estudo Operacionais em Tuberculose (*GEOTB*) da *REDETB* pelo aprendizado constante, apoio e sugestões.

Aos docentes do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, pela capacitação profissional que me proporcionaram, carinho com que sempre me acolheram e estímulo na conclusão da Tese.

Aos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial á Adriana, que tanto carinho e paciência nos atende e nos mantém informados ao longo da nossa trajetória na Pós-Graduação.

À Daniela e Patrícia, nossas companheiras de trabalho no *GEOTB*, que com dedicação e carinho mantém unido e informado o grupo de pesquisa.

À Cooperação de Apoio à Pesquisa de Ensino Superior (*CAPES*), por meio do Projeto de Qualificação Institucional (*PQI*) pela concessão de bolsa de estudo e apoio financeiro.

"O Senhor é o
meu rochedo,
minha fortaleza
e meu
libertador. Meu
Deus é a minha
rocha, onde
encontro o meu
refúgio, meu
escudo, força de
minha salvação e
minha cidadela.
Invoco o Senhor
digno de todo
louvor, e fico
livre dos meus
inimigos".

(Salmo 17, 3-4)

Lista de Figuras

Figura 1.	Localização do município de São José do Rio Preto em relação ao Brasil, estado de São Paulo e Região Administrativa.....	80
Figura 2.	Razões de Incidência Padronizadas de tuberculose, São José do Rio Preto, estado de São Paulo e Brasil, 1985-2003.....	98
Figura 3.	Coeficiente de Incidência padronizado de tuberculose, segundo sexo, São José do Rio Preto, 1998-2004.....	109
Figura 4.	Coeficiente de Incidência padronizado de tuberculose, segundo faixas etárias, São José do Rio Preto, 1998-2004.....	111
Figura 5.	Percentual de casos de tuberculose, segundo coinfeção TB/HIV por faixa etária, São José do Rio Preto, 1998-2004.....	114
Figura 6.	Coeficiente de mortalidade por tuberculose, padronizados, totais e segundo sexo, estado de São Paulo e Brasil, 1985-2002.....	116
Figura 7.	Coeficiente de mortalidade por tuberculose, padronizados, totais e segundo sexo, São José do Rio Preto, 1986-2002.....	117
Figura 8.	Coeficiente de mortalidade por tuberculose, padronizados, segundo as faixas etárias, São José do Rio Preto, estado de São Paulo, Brasil, 1985-2002.....	120
Figura 9.	Percentual de casos de tuberculose, segundo formas clínicas, São José do Rio Preto, 1998-2004.....	122
Figura 10.	Percentual de casos de tuberculose, segundo coinfeção com HIV, São José do Rio Preto, 1998-2004.....	124

Figura 11. Percentual de casos novos, cura, abandono e outras situações em doentes de tuberculose, São José do Rio Preto, 1998-2004.....	129
Figura 12. Percentual de casos novos, cura, abandono e outras situações em doentes de tuberculose com teste anti HIV+, São José do Rio Preto, 1998-2004.....	130
Figura 13. Percentual de casos com Tratamento Supervisionado, São José do Rio Preto, 1998-2004.....	135
Figura 14. Percentual de casos de tuberculose descobertos por diferentes tipos de serviços, São José do Rio Preto, 1998-2004.....	138
Figura 15. Pirâmide Populacional de São José do Rio Preto, por sexo e faixa etária, 1980.....	148
Figura 16. Pirâmide Populacional de São José do Rio Preto, por sexo e faixa etária, 2000.....	148
Figura 17. Projeção da Evolução Populacional, São José do Rio Preto, 1960-2020.....	150
Figura 18. Distribuição dos Pólos de Saúde em São José do Rio Preto.....	194
Figura 19. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde, segundo áreas de abrangência.....	196
Figura 20. Mapa da cidade de São José do Rio Preto, segundo áreas sócio-econômicas e coeficientes de incidência de tuberculose, 1998-1999.	216
Figura 21. Mapa da cidade de São José do Rio Preto, segundo áreas sócio-econômicas e coeficientes de incidência de tuberculose, 2003-2004.	217

Lista de Quadros

Quadro 1. População de São José do Rio Preto, casos notificados e estimados e percentual de detecção, 1985 a 2004.....	102
Quadro 2. População de São José do Rio Preto, sintomáticos respiratórios estimados, examinados e percentual de examinados, 1996 a 2004.....	105
Quadro 3. Coeficiente de mortalidade infantil, estado de São Paulo, São José do Rio Preto, Região Administrativa e de governo de São José do Rio Preto, 1995 e 1998-2004.....	157
Quadro 4. Médicos registrados no CRM/SP, estado de São Paulo, São José do Rio Preto, Região Administrativa e de governo de São José do Rio Preto, 1995 e 1998-2002.....	158
Quadro 5. Número de atendimentos médicos em Pronto Atendimento, São José do Rio Preto, 2001-2004.....	160
Quadro 6. Enfermeiros registrados no COREn/SP, estado de São Paulo, São José do Rio Preto, Região Administrativa e de governo de São José do Rio Preto, 1995 e 1998-2002.....	161
Quadro 7. Leitos SUS, estado de São Paulo, São José do Rio Preto, Região Administrativa e de governo de São José do Rio Preto, 1995 e 1998-2002.....	162
Quadro 8. Percentual de recursos financeiros aplicados em saúde, São José do Rio Preto, 1998-2004.....	165

Lista de Tabela

Tabela 1.	Número de atendimentos em Clínica Básica, São José do Rio Preto, 2001-2004.....	160
-----------	---	-----

Lista de Siglas

PCT	Programa de Controle da Tuberculose
TB	Tuberculose
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
TB/HIV	Coinfecção Tuberculose/AIDS
AIDS	Acquired Immunological Deficiency Syndrome
DOT	Tratamento Diretamente Observado de Tuberculose
TS	Tratamento Supervisionado
HB	Hospital de Base
SR	Sintomático Respiratório
UBS	Unidade Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
UICT	Union International Control of Tuberculosis
MDR	Multidrogarresistência
DOTS	Directly Observed Treatment Short Course
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
WHO	World Health Organization
HIV/SIDA	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Humana
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA
PVHS	Pessoas Vivendo com o Vírus da AIDS
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
BCG	Bacilo Calmette Guérin
MS	Ministério da Saúde
TBMR	Tuberculose Multidrogaresistente
SUS	Sistema Único de Saúde

ESF	Equipe Saúde da Família
CDC	Centers for Diseases Control
IUATLD	International Union Against Tuberculosis and Lung Diseases
RNTA	Royal Netherlands Tuberculosis Association
ATA	American Thoracic Association
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
DAB	Departamento da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
STOPTB	Parceria de ação global no combate à tuberculose
UICTER	Union International Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias
USAID	US Agency for International Development
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
SMSH-SJRP	Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto
DIR XXII	Direção Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
EPITB	Sistema de Informação em Tuberculose do Estado de São Paulo
EPINFO	Epidemiologia em Microcomputadores:sistema de processamento de texto, banco de dados e estatísticas
SIM	Sistema de Informação em Mortalidade
SINAN	Sistema Nacional de Agravos de Notificação
SEADE	Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
EMPRO	Empresa Municipal de Processamento de Dados
PIB	Produto Interno Bruto

IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
RIP	Razão de Incidência Padronizada
SIG	Sistema de Informações Geográficas
DO	Declaração de Óbito
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
DST/AIDS	Programa de atendimento à Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
REDETB	Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
NGA	Núcleo de Gestão Ambulatorial
TAA	Tratamento Auto Administrado
AIS	Ações Integrals em Saúde
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
BNH	Banco Nacional da Habitação
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
IBILCE	Instituto de Biociências, Letras e Ciência Exatas
UNESP	Universidade Estadual Paulista
FAMERP	Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
FUNFARME	Fundação Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto
SIOPS	Sistema de Informações Orçamentárias Públicas em Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
EC-29	Emenda Constitucional - 29
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
PAM	Posto de Atendimento Médico

SES-SP	Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
IAL	Instituto Adolfo Lutz
BAAR	Bacilo Álcool Ácido Resistente
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
ARE	Ambulatório Regional de Especialidades
USF	Unidade de Saúde da Família
SF	Saúde da Família
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
SAE	Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis
VE	Vigilância Epidemiológica
GERUS	Gerenciamento em Unidades de Saúde
PROESF	Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
LAB-TB	Sistema de Informação Laboratorial em Tuberculose
TBVE-TB	Treinamento Básico em Vigilância Epidemiológica em Tuberculose

Resumo

VENDRAMINI, S. H. F. **O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM SÃO JOSE DO RIO PRETO – SP, 1985-2004: do contexto epidemiológico à dimensão social.** Ribeirão Preto. 2005.251f. (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Esta pesquisa teve como objetivo analisar o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) em São José do Rio Preto-SP, tendo como referência indicadores epidemiológicos, políticos, sócio-econômicos, de organização dos serviços de saúde e estruturação do programa, a partir das reflexões sobre a carga da tuberculose como problema de saúde pública. Para consecução deste propósito utilizaram-se informações dos Sistemas de Informação: Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), Notificação de Tuberculose (EPITB) e de Mortalidade (SIM); Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE) e Conjuntura Econômica de São José do Rio Preto (1985 a 2004); dados relacionados à organização do serviço e estruturação do programa foram obtidos por meio de documentos oficiais e entrevistas com os diversos atores sociais; informações referentes aos 432 setores censitários da área urbana foram disponibilizadas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No período compreendido entre 1985 e 2004 o município manteve estáveis os coeficientes, quando padronizados, de incidência e mortalidade, apresentando sempre menores riscos de adoecer e morrer por tuberculose em relação ao estado de São Paulo e Brasil, com deslocamento da frequência para o grupo etário de idosos, resultados compatíveis a países desenvolvidos; apresentou alta taxa de coinfeção TB/HIV (40% em 2004); a implantação do Tratamento Supervisionado (TS) em 1998 possibilitou melhoras nas taxas de cura e abandono; a descoberta de casos foi maior nos serviços hospitalares (80% em 2003). O município está classificado no Grupo 1 do estado de São Paulo pelo Índice Paulista de Responsabilidade Social com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,834, Esperança de Vida ao Nascer de 0,772 e Produto Interno Bruto de R\$6,9 mil/percapita; indicadores políticos e sócio-econômicos apontam maior investimento na área social (habitação, educação e saúde), adoção do Planejamento Estratégico de Cidades promovendo ações de inclusão social e distribuição de renda. No entanto, 4% da população vivem em condições de extrema pobreza (um dólar/percapita/dia). A municipalização em Gestão Plena do Sistema Municipal ocorreu em 1998 com fortalecimento do Controle Social (eleição entre os pares do Presidente, orçamento próprio), reorganização dos serviços de saúde com proposta de mudança de modelo de assistência com definição de áreas de abrangência; criação de cargos de coordenação técnica, gerência em Unidades de Saúde e investimentos em capacitação de recursos humanos. O PCT é centralizado em Unidade de Referência; a implantação do TS propiciou a sua reorganização, apresentando tendência à descentralização de todas as ações para a Atenção Básica. O risco de adoecer por tuberculose no município é duas vezes maior na área com piores níveis sócio-econômicos em relação à área com melhores níveis, no entanto, observa-se melhora nos coeficientes, com diminuição das diferenças entre os níveis, no período compreendido entre 2003 e 2004. Assim, apesar dos indicadores econômicos e

sociais serem altamente satisfatórios, em relação ao PCT existe a necessidade de mudança no padrão da cultura médica vigente e de formação de RH, assim como redirecionamento das políticas públicas nas áreas que apresentam piores níveis sócio-econômicos.

Palavras-chave: Tuberculose, Epidemiologia, Condições de vida

Abstract

VENDRAMINI, S. H. F. **The Program for Control of Tuberculosis in Sao Jose do Rio Preto, 1985-2004: from the epidemiological context to the social extent.** Ribeirão Preto. 2005. 251f. (Doctoral Thesis in Nursing Public Health) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing.

This research has aimed to analyze the Program for control of Tuberculosis (PCT) in Sao Jose do Rio Preto – SP. Epidemiological, political, social and economical indicators, together with facts concerning the organization of health services and the structure of the program were taken for reference, reflections about the load of tuberculosis as a public health issue. In order to achieve this purpose, information from different Information Systems were used: the National Information System of Aggravations Notification (ISAN); the Notification of Tuberculosis (SINT) and Mortality (MIS); the State System of Data Analysis Foundation (SSDAF) and the Economical Conjuncture of Sao Jose do Rio Preto (from 1985 to 2004). Data related to the organization of the service and the program's structure was obtained official documents and through interviews with the different social representatives. The information on the 432 census sectors of the urban area were provided by the Brazilian Institute of Geography and Statistics Foundation (BIGSF). In the period from 1985 to 2004, incidence and mortality coefficients, when standardized, were kept stable in the municipality. In relation to what was found for the State of Sao Paulo and country, there were lower risks of illness or death by tuberculosis in the municipality. The frequency was dislocated to the elderly age group and the results are compatible with those of developed countries. A high rate of 'co-infection' Tuberculosis/HIV (40% in 2004) was found. The implantation of the Supervised Treatment (ST) in 1998 made it possible to improve cure and dropout rates, and there was a greater detection of cases at hospital services (80% in 2003). The municipality is classified, according to the Index of Social Responsibility of Sao Paulo, as Group 1 in the State of Sao Paulo. It presents an IDH of 0.834, a Life Expectancy of 0.772, and a Gross Domestic Product of R\$6.9 thousand/per capita. Political, social and economical indicators point towards a greater investment in the social area (dwelling, education and health), and the adoption of the Strategic Planning of Cities, which aims at promoting actions of social inclusion and better income distribution. However, 4% of the population live in conditions of extreme poverty (one dollar/per capita/ day). The decentralization in Full Administration of the Municipal System occurred in 1998, with: the strengthening of social control (election among the President's equals, own budget); the reorganization of health services with the suggestion of changes in the care model and the delimitation of comprising areas; the creation of positions for technical coordination; the management through Health Units; and investments in the qualification of Human Resources (HR). The PCT is centralized in a Reference Unit and the TS implantation presented itself as an opportunity to its reorganization, tending to the decentralization of all actions towards the Basic Care. The risk of coming down with tuberculosis in the municipality is twice bigger in the area which presents worse social and economical levels than in that with better levels. Nevertheless, there was an improvement in the coefficients, with a smaller difference between the levels, in the period between 2003 and 2004. Thus, in spite of the existence of highly satisfactory

social and economical indicators, there is a need to change the pattern of the current medical mentality and of the formation of human resources. Moreover, it is necessary to redirect public politics towards the areas which present the worst social and economical levels.

Key words: Tuberculosis, Epidemiology, Life Conditions

Resumen

VENDRAMINI, S. H. F. **El Programa de Control de la Tuberculosis en Sao Jose do Rio Preto – SP, 1985-2004: del contexto epidemiológico a la dimensión social.** Ribeirão Preto. 2005.251f. (Doctorado em Enfermería em Salud Publica) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto – Universidad de São Paulo.

Esta pesquisa tuvo como objetivo analizar el Programa de Control de la Tuberculosis (PCT) en Sao Jose do Rio Preto – SP. Indicadores epidemiológicos, políticos, sociales y económicos, juntamente con factores relativos a la organización de los servicios de salud y de la estructuración del programa fueron tomados como referencia, a partir de las reflexiones acerca de la carga de la tuberculosis como un problema de la salud publica. Para lograr atingir este propósito, se utilizaron informaciones de los Sistemas de Informaciones: Nacional de Agravios de Notificación (SINAN), Notificación de Tuberculosis (NT) y de Mortalidad (SIM); Fundación Sistema Estadual del Análisis de dados (FSEAD) y Coyuntura Económica de Sao José do Rio Preto (1985 a 2004). Los datos relacionados a la organización del servicio y a la estructuración del programa fueron obtenidos a través de documentos oficiales y de entrevistas con los diversos representantes sociales. Las informaciones referentes a los 432 sectores censatarios del área urbana fueron fornecidas por la Fundación Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE). En el periodo comprendido entre 1985 y 2004, el municipio mantuvo estables, cuando estandarizados, los coeficientes de incidencia y mortalidad, presentando siempre riesgos menores en relación al estado de Sao Paulo y al Brasil de enfermarse o morir a causa de la tuberculosis. La frecuencia se desplace al grupo de edad de los ancianos y los resultados son compatibles con los de países desarrollados. Hubo una alta tasa de coinfección Tuberculosis/HIV (40% en 2004). La implantación del Tratamiento Supervisado (TS) en 1998 posibilitó mejoras en las tasas de cura y abandono, y hubo una mayor detección en los servicios hospitalarios (80% en 2003). El municipio está clasificado en el Grupo 1 del estado de Sao Paulo según el Índice Paulista de Responsabilidad Social con: Índice de Desarrollo Humano de 0,834; Esperanza de Vida de 0,772, y Producto Interno Bruto de R\$6,9 mil/per capita. Indicadores políticos, sociales y económicos señalan una mayor inversión en el área social (habitación, educación y salud) y la adopción del planeamiento estratégico de ciudades, promoviendo acciones de inclusión social y distribución de renta. Sin embargo, el 4% de la población vive en condiciones de extrema pobreza (un dólar/per capita/día). La municipalización en Administración Plena del Sistema Municipal ocurrió en 1998 con: el fortalecimiento el Control Social (elección entre los pares del Presidente, presupuesto propio); la reorganización de los servicios de salud con la propuesta de cambiar el modelo de asistencia con definición de áreas de inclusión.; la creación de cargos de coordinación técnica; la gerencia en Unidades de Salud; e inversión en la capacitación de Recursos Humanos (RH). El PCT está centralizado en unidad de referencia y la implantación del TS propició su reorganización, presentando una tendencia a la descentralización de todas las acciones para la Atención Básica. El riesgo de enfermarse de tuberculosis en el municipio es dos veces mayor en el área con los peores niveles socio-económicos que en el área con los mejores niveles. Sin embargo, se nota una mejora en los coeficientes, con disminución de la diferencia entre

los niveles, en el periodo comprendido entre 2003 y 2004. Así, a pesar que indicadores económicos e sociales sean altamente satisfactorios, con relación al PCT hay la necesidad de cambiar el padrón de la mentalidad médica vigente y de la formación de RH. Además, es necesario redireccionar las políticas públicas en las áreas que presentan los peores niveles socio-económicos.

Palabras clave: Tuberculosis, Epidemiología, Condiciones de Vida.

Sumário

Lista de Figuras

Lista de Quadros

Lista de Tabelas

Lista de Siglas

Resumo

Abstract

Resumen

APRESENTAÇÃO	27
---------------------------	-----------

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO	32
-------------------------	-----------

1. A escolha e delimitação do tema	33
2. Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose na Atualidade	42
3. A evolução do Programa de Controle da Tuberculose: do enfoque individual ao coletivo e social	49

CAPÍTULO II

OBJETIVO	62
-----------------------	-----------

CAPÍTULO III

QUADRO TEÓRICO	64
-----------------------------	-----------

CAPÍTULO IV

METODOLOGIA	77
--------------------------	-----------

1. Percurso Metodológico	78
2. O campo de investigação	79
3. Período	80

4. Sujeitos	80
5. Casos	81
6. Fontes e Instrumentos de coleta de dados	82
7. Indicadores Utilizados	87
8. Análise dos dados	90
9. Considerações éticas	94

CAPÍTULO V

RESULTADOS E DISCUSSÃO	95
1. Indicadores Epidemiológicos	97
1.1. Coeficientes de Incidência	97
1.2. Coeficientes de Mortalidade	115
1.3. Casos de tuberculose por forma clínica	121
1.4. Coinfecção TB/HIV	123
1.5. Cura e abandono	128
1.6. Tratamento Supervisionado	133
1.7. Descoberta de casos	136
2. Indicadores políticos, sociais e econômicos	142
2.1. A questão política	143
2.2. Indicadores demográficos, de desenvolvimento social, econômico, financeiro e de infra-estrutura urbana	145
3. Organização dos Serviços de Saúde e estruturação do Programa de Controle da Tuberculose	173
3.1. Período de 1980 a 1988	174
3.2. Período de 1990 a 2000	180
3.3. Período de 2001 2004	190
4. Tuberculose e condições de vida em São José do Rio Preto	213

CAPÍTULO VI

CONCLUSÕES	.221
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	229
ANEXOS	247

Apresentação

Este estudo inclui-se no Projeto Integrado de Pesquisa: CNPq - processo nº 52014/00-6¹ intitulado: “*Vigilância à saúde de famílias com tuberculose: determinantes da adesão ao tratamento e estratégias de intervenção*” e no Projeto Temático da FAPESP-processo nº. 03/08386-3¹ denominado “*Vigilância à saúde de famílias com tuberculose: estratégias de intervenção*” vinculados à linha de pesquisa: *Práticas, Saberes e Políticas de Saúde* do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O interesse na temática apresentada emergiu das discussões geradas no *Grupo de Estudos Operacionais em Tuberculose* (GEOTB), cadastrado e certificado no diretório de grupos do CNPq em 2002², com inserção na *Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose-Rede-Tb*³, especificamente na área de pesquisa de Estudos Operacionais¹.

¹ Coordenadora: Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

² Coordenado pelo Prof. Dr. Antonio Ruffino Netto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) e pela Profa. Dra. Tereza Cristina Scatena Villa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP)

³ Site da REDE TB: www.redetb.usp.br

A proposta da presente pesquisa envolve a análise do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no município de São José do Rio Preto – SP, considerado prioritário para o controle da TB no Brasil segundo o Plano de Controle da doença (BRASIL,1997), tendo como referencial as reflexões de Ruffino Netto (2004) sobre a carga da tuberculose (TB) como um problema de saúde pública no mundo, norteados pelos seguintes componentes:

- Indicadores *epidemiológicos*: prevalência de HIV+/AIDS; percentual de abandono do tratamento da TB; prevalência de casos com resistência primária+resistência adquirida;
- Aspectos *políticos*: grau de participação política da população;
- Aspectos *econômicos e sociais*: desigualdade social; movimentos migratórios; envelhecimento da população; nível de educação e nutrição da população;
- *Organização do sistema de saúde municipal*: disponibilidade e organização de serviços de saúde e *estruturação do PCT* (recursos humanos adequados e bem preparados nos serviços de saúde e Tratamento Diretamente Observado de Tuberculose - DOT).

Ao longo de seus estudos e atuação referentes à TB, Ruffino Netto tem enfatizado que apesar dos indiscutíveis avanços em conhecimentos técnicos, biológicos, clínicos e epidemiológicos sobre essa doença, via de regra sua dimensão social é relegada, mesmo nos principais foros de discussão a respeito do tema ou em pesquisas de cunho investigativo, como é o caso deste estudo. Desse modo, o aspecto social deixa de ser valorizado e utilizado como indicador desse grave problema mundial, principalmente quanto aos aspectos relacionados às desigualdades sociais no mundo contemporâneo.

Dessa forma, considera-se de grande importância a busca de novas alternativas metodológicas de investigação que sirvam como instrumento de suporte à dinâmica dos serviços de saúde, contribuindo para a reorganização da assistência à TB no município e desvelando até que ponto a vontade política e a organização responsável, aliadas ao contexto econômico e social do município, interferem na eficácia do PCT nos seus diferentes aspectos.

Esta tese foi estruturada em Capítulos.

O Capítulo I, a **Introdução** apresenta, numa linha de tempo, aspectos teóricos que nortearam e justificaram a escolha do estudo; aspectos epidemiológicos recentes da TB no mundo, América Latina e Brasil; a evolução das ações de controle da doença do enfoque individual ao coletivo e social desde a descoberta do bacilo de Koch; o PCT no Brasil a partir da década de 90, período em que os planos de combate à doença apresentam as questões sociais como fundamentais nos resultados dos programas.

O Capítulo II descreve o **Objetivo** da pesquisa.

O Capítulo III expõe o **Referencial Teórico** utilizado nas análises do estudo, fundamentado na produção teórica e nas reflexões de Ruffino Netto sobre a carga da tuberculose como um problema de saúde pública (Ruffino Netto & Pereira, 1981, 1982; Ruffino Netto, 1991, 2000, 2001, 2002, 2004).

O Capítulo IV descreve a **Trajétoria Metodológica** da pesquisa.

O capítulo V apresenta os **Resultados e Discussão** dos dados obtidos no período de 1985 a 2004 e divididos em quatro grandes blocos: os indicadores epidemiológicos, os indicadores sociais e econômicos, a organização local dos serviços de saúde e a estruturação do PCT e, por fim, a tuberculose associada às condições de vida no município em questão.

O último capítulo VI refere-se à **Conclusão** da pesquisa.

Espera-se que os resultados desta pesquisa, na perspectiva da gestão do PCT, tragam subsídios à tomada de decisões com vistas a sua adequação às necessidades do problema da TB no município.

Introdução

1. A escolha e delimitação do tema

O acelerado processo de urbanização aliado à migração para os grandes centros urbanos resultou em um processo desigual de industrialização, produzindo um cenário mundial caracterizado pela divisão dos países em dois grandes blocos: um desenvolvido, onde a industrialização se deu de forma acelerada e foi completada; e outro conhecido como em desenvolvimento, onde esse processo não se completou ou se deu mais tardiamente e de forma dependente (SOUZA, 2003). Esses fatos resultaram em uma divisão econômica mundial com conseqüente distribuição desigual das riquezas.

Os países considerados não desenvolvidos, segundo MCMichel (2000), encontram dificuldades em organizar o processo de urbanização, o que resulta no surgimento de grandes cidades permeadas por favelas e entrecortadas por grandes bolsões de pobreza em suas periferias, o que expõe a população a inúmeros riscos ambientais, entre eles o de contrair doenças infecciosas e parasitárias, passando pelos problemas provenientes das moradias precárias, baixa cobertura de serviços de infra-estrutura urbana (água potável, saneamento, coleta de lixo, entre outros), acidentes de trânsito e violência urbana.

O desafio que se apresenta, portanto, nos dias atuais, para os governantes e autoridades sanitárias locais é o de atender às reais necessidades das populações pobres que vivem marginalizadas nas periferias e favelas das grandes cidades.

A questão social marcada pela desigualdade na distribuição das riquezas assume papel preponderante no aumento do risco de ter danos à saúde,

causados por fatores biológicos e ambientais (SZWARCWALD et al., 2002; WOODWARD, et al 2000).

As desigualdades sociais, a pobreza e a falência dos serviços de saúde são fatores condicionantes para um quadro sanitário com graves e contínuos problemas de saúde pública, como o aumento da incidência de doenças tidas como controladas – reemergentes e o surgimento de outras doenças - emergentes (MCMICHAEL, 2000; FARMER, 1996; ENARSON et al., 1995).

De modo geral, notam-se diferenças no entendimento quanto à denominação de doenças emergentes e reemergentes, em países desenvolvidos e países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. A TB é um exemplo dessa diferença no entendimento do conceito. Na Europa Ocidental e América do Norte, a doença apresenta-se atualmente como reemergente, revelando que os esforços e investimentos empreendidos permitiram redução nos indicadores de morbidade (THE GLOBAL CHALLENGE OF TUBERCULOSIS, 1994; WHO, 2005). No Brasil, entretanto, segundo Ruffino Netto (2001) ela não é um problema de saúde pública emergente e tampouco reemergente, pois sempre existiu. O autor considera sim um problema presente e “ficante” há longo tempo.

Ao reconhecer a TB como grave e contínuo problema de saúde pública Enarson et al. (1995, p.809) analisam que:

“É uma estranha doença: é infecciosa mas é crônica; é causada por um bacilo mas também pela pobreza; reflete o que está ocorrendo no presente e o que ocorreu décadas atrás, é exógena mas ainda endógena. Seria prudente dizer que a tuberculose é tão complexa que encerra inúmeros condicionante e não um só. Seu quadro muda diante de diferentes situações”.

Considerando o contexto atual e relevante da TB hoje, a decisão em realizar esta pesquisa justifica-se por vários aspectos: o fato do modelo empregado na avaliação da TB estar baseado tão somente em indicadores epidemiológicos, operacionais e técnicos; São José do Rio Preto ser classificado como um dos municípios com melhor qualidade de vida no país, apresentar baixo coeficiente de incidência de TB e ser considerado prioritário pelo Plano Emergencial de Controle da TB em função da alta taxa de coinfeção TB/HIV e ausência de pesquisas no município para analisar o programa em um enfoque mais amplo, considerando outros determinantes na ocorrência da doença, particularmente os sociais.

Conforme relatado anteriormente, São José do Rio Preto encontra-se entre o rol de prioritários para o controle da TB no Brasil segundo o Plano de Controle da doença (BRASIL,1997), sendo alvo de atenção para a comunidade científica e técnica do município.

Algumas pesquisas foram realizadas abordando principalmente os aspectos epidemiológicos da TB que contribuíram para contextualizar a situação da doença no município.

Gazetta et all (2003), em estudo epidemiológico da TB de casos notificados no Hospital Escola de São José do Rio Preto-SP, revelaram a falha na organização da Atenção Básica, com falta de efetividade na descoberta de casos de tuberculose nesse nível de atenção devido a procura espontânea de atendimentos no nível hospitalar.

Esse aspecto relacionado à falta de resolutividade da Atenção Básica no controle da TB também foi descrito por Meirelles (2003), cuja pesquisa

evidenciou questões que envolvem o diagnóstico e tratamento da TB em São José do Rio Preto, como segue:

- 60% de casos de TB foram diagnosticados em hospitais de referência terciária, principalmente no Hospital de Base (HB) (48,6%), contrapondo com apenas 7,7% de casos diagnosticados em Unidades Básicas de Saúde;
- as taxas encontradas revelaram a baixa resolutividade de diagnóstico na rede de Atenção Básica, no que diz respeito à descoberta de casos pela baciloscopia de escarro em Sintomáticos Respiratórios (SR), que é uma das ações básicas e importantes do PCT;
- verificaram-se deficiências de conhecimentos sobre a TB entre os profissionais de saúde da rede de Atenção Básica, como médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Estudos como os acima citados têm como enfoque principal os indicadores epidemiológicos da doença, baseados no diagnóstico e tratamento, não levando em consideração que os problemas de saúde-doença do gênero humano, aqui representado pela TB, não são apenas biológicos, mas condicionados pela história e condições de vida, relacionadas à situação sócio-econômica-cultural (RUFFINO NETTO, 1991, p.227) que assim se reporta à dinâmica biológica da doença,:

“A sociedade não se comporta como um conjunto homogêneo de indivíduos sejam eles virgens de infecção ou infectados. No processo de produção e reprodução dentro das classes sociais as condições de vida são desiguais levando assim a diferentes níveis de densidade de aglomeração das pessoas no trabalho, nos meios de transporte e, nos locais de moradia, que criarão possibilidades diversas de encontros onde poderá acontecer a transmissão da TB”.

O autor esclarece a importância da compreensão de alguns indicadores para o controle da doença na atualidade, sejam eles: epidemiológicos, como meio de diagnóstico da situação presente da TB; operativos, na avaliação do programa; técnicos, para medir a qualidade técnica das ações do programa; os “indicadores sociológicos” para relacionar o sofrimento humano com a doença, assinalando que pouco se tem trabalhado no sentido de desenvolver este último.

A esse respeito, Penna (1988) debateu a efetividade epidemiológica dos programas de controle da doença, baseados apenas na descoberta de casos e tratamento. O estudo permitiu a discussão sobre a relevância de outros elementos na determinação do comportamento epidemiológico da TB e concluiu que o impacto dos programas de controle baseados em diagnóstico e tratamento de casos na transmissão do bacilo é apenas marginal, sendo o comportamento epidemiológico da doença determinado primariamente pela resistência ao adoecimento, resultado de fatores biológicos e sociais.

Apesar das pesquisas revelarem que existe relação entre o comportamento da doença com determinantes sociais além dos biológicos, esse fato não tem sido levado em consideração na avaliação das ações de controle da doença na maioria dos municípios, sendo o fator biológico o mais enfatizado.

Embora as recomendações da utilização de instrumentos empregados na avaliação do PCT estejam apoiadas nas três esferas do governo na definição de estratégias para reduzir a doença, existe uma lacuna na produção de conhecimento sobre os resultados alcançados com as ações programáticas, quando estas análises não levam em consideração os “indicadores sociológicos”, principalmente, em

municípios de grande porte, considerados prioritários para esse programa, em que as desigualdades sociais são marcantes (OPS/OMS, 1999).

Uma questão freqüentemente aventada é que a construção e análise de indicadores epidemiológicos, por si só, não são suficientes para o entendimento do controle da TB em um determinado território. Então, torna-se necessário aliar a esse procedimento outros componentes, como alguns indicadores sociais, políticos, de organização dos serviços de saúde e estruturação do PCT, como preconizam alguns estudiosos do assunto (VILLA et al., 2002).

Pio (1984) já se preocupava, em seus estudos, com a determinação social da TB. Ele concebeu o PCT como tendo focos definidos. De um lado, uma meta social como modo de atender à necessidade de tratamento dos doentes e de outro, uma meta epidemiológica buscando reduzir a morbidade por TB. Já nesta época, o autor considerava que a redução do problema da TB em países em desenvolvimento continuava a ser um desafio, já que, por mais de 20 anos, o conhecimento da epidemiologia e da patogênese desta doença foi adquirido principalmente nos países desenvolvidos, sendo provável que muitos aspectos não fossem aplicáveis para os países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

Dentre vários PCT instituídos no mundo e no Brasil, ao longo do tempo, tem havido ênfase e prioridade para a meta epidemiológica como a mais importante na redução da transmissão da doença, reproduzindo-se os modelos epidemiológicos dos países desenvolvidos (BRASIL, 1986a).

Apesar dessa postura nos vários Planos de Controle, muitas vezes os responsáveis pela coordenação do PCT no Brasil, reconheceram as dificuldades de medir o impacto sobre os indicadores por meio somente de avaliação

epidemiológica. Reconheciam a impossibilidade de diferenciar o que se podia atribuir à tendência natural da doença e o que havia de influência na qualidade de vida e sobre a ação das medidas de controle.

De certa forma, o problema da TB no Brasil reflete o estágio de desenvolvimento social do país em alguns aspectos semelhantes aos descritos para os países com as mesmas características. Os determinantes mais importantes para o país estão relacionados ao estado de pobreza, às fraquezas de organização dos sistemas e às deficiências de gestão que limitam a ação da tecnologia e, por consequência, inibem a queda sustentada das doenças marcadas pelo contexto social. No caso da TB outras causas concorrem para o agravamento do quadro, como a epidemia da AIDS e a multirresistência às drogas, além do envelhecimento da população e os grandes movimentos migratórios (RUFFINO NETTO, 2002).

Na década de 80 foi colocada em dúvida, por estudiosos renomados do assunto, a efetividade epidemiológica do PCT, pois não mais se admitia o programa, segundo Ruffino Netto & Pereira (1981, 1982), como uma estratégia de controle de uma doença transmissível, mas sim como um programa de atenção a tuberculosos, com prioridade à meta social.

Desde essa década, autores de países em desenvolvimento vêm realizando avaliações da situação epidemiológica da TB, mostrando que houve pouca alteração em relação aos 20 anos anteriores, fato ressaltado pelos pesquisadores como uma inefetividade dos programas de controle atribuída às falhas do processo ou operação inadequada das atividades ou também pela impossibilidade deste conjunto de medidas produzir impacto sobre a circulação do *M. tuberculosis* (HOLM, 1984; MAHLER, 1982; BULLA, 1981).

A análise desses estudos sobre a TB deixa claro o fracasso dos países em desenvolvimento no alcance da meta epidemiológica e resgate da discussão em torno da determinação social do problema.

Waler (1982) é de opinião que o descobrimento de Koch e os avanços posteriores da terapêutica colaboraram para encobrir o caráter social da doença, separando-os das condições de vida do doente. O autor reafirma suas conclusões citando uma publicação da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1982) juntamente com Union International Control of Tuberculosis (UICT), relatando que as mudanças na estrutura sócio-econômica são essenciais para uma vitória definitiva na luta contra a TB.

Penna (1988), em seus estudos, afirma que, através dos anos, cada avanço importante no conhecimento biológico ou na tecnologia médica sobre TB foi acompanhado de uma refutação explícita da determinação social da doença. A reafirmação do caráter médico-biológico da doença indica que a idéia de sua determinação social esteve sempre presente, constituindo-se em uma oposição à concepção de controle da doença por meio de ações exclusivamente na área médica.

Sem dúvida, não pode ser desconsiderado o avanço tecnológico e científico no campo da TB. É inegável que desde a descoberta do bacilo esta doença deixou de ser fatal, diminuíram os números de casos e, mesmo nos países em desenvolvimento, a situação epidemiológica melhorou. No entanto, novos desafios têm emergido das pesquisas realizadas ao longo do tempo e em diferentes regiões e torna-se de grande importância na atualidade, como: diagnósticos mais

rápidos e específicos, estudos sobre multidroga resistência (MDR), novas vacinas, incluindo aqui a pesquisada no Brasil e novas estratégias pós-genomas.

Para Ruffino Netto (2000), os esquemas terapêuticos hoje empregados têm papel primordial no tratamento. Entretanto, o impacto sobre a epidemiologia da doença somente será obtido se houver implementação da demanda nos serviços de saúde, com melhor atendimento, incluindo o acesso e humanização do atendimento, meio diagnóstico mais ágil, fácil e de baixo custo, que permitam agilizar os serviços e aumentar a adesão ao tratamento.

As propostas dos programas de controle, muitas vezes, focalizam o problema da tuberculose, como se representasse apenas o somatório dos tuberculosos existentes, mas, na realidade o problema inclui fundamentalmente a área social. Para o tuberculoso, espera-se o uso de esquemas terapêuticos eficazes (Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida) e para a solução da doença TB, são exigidos programas que visem uma qualidade de vida mais adequada (RUFFINO NETTO, 2002).

A partir da década de 90, os paradigmas em relação ao caráter estritamente epidemiológico do controle da TB começaram a mudar. Já em 1991, na quadragésima quarta Assembléia Mundial de Saúde (OMS, 1981) foi apresentada a importância crescente de TB como um problema de saúde pública, reconhecendo-se a necessidade de formulação de estratégias de controle, considerando as questões relacionadas à determinação social da doença. Posteriormente, esse mesmo órgão internacional recomendou três iniciativas mundiais para controlar a doença, com dimensões diferenciadas, porém superpostas: a humanitária, de saúde pública e econômica (OMS, 2002a; WHO, 2003, 2004).

Ficou claro no documento da OMS (2002a) que aliviar a enfermidade, o sofrimento e a morte dos indivíduos em decorrência da TB é uma importante inquietude humanitária, exigindo um enfoque centrado no paciente para o controle da doença. A dimensão da saúde pública inclui o diagnóstico e tratamento adequado dos doentes de TB, de forma a reduzir a transmissão da enfermidade dentro das comunidades. Tal propósito requer a elaboração de programas de controle bem organizados, receptivos e adaptáveis à reforma do setor saúde. A dimensão econômica do controle da doença tem relação com a redução de custos, o que envolve a necessidade de diminuição da pobreza e promoção do desenvolvimento no país.

O último Plano de Controle da Tuberculose no Brasil mostra que esta doença tem profundas raízes sociais e está intimamente ligada às condições de pobreza e má distribuição de renda que tem se verificado de forma cada vez mais nítida em nosso país (BRASIL, 2004a).

Para melhor compreensão dessa temática, apresenta-se uma breve revisão bibliográfica sobre aspectos epidemiológicos atuais da TB, destacando a evolução dos programas de controle da doença, que culminaram com a proposta de programa integrado aos vários serviços de saúde e os vários programas de controle da doença no país, a partir da década de 90, conforme descrito a seguir.

2. Aspectos Epidemiológicos da Tuberculose na Atualidade

O nono informe anual da OMS, que abrange a luta mundial contra a TB, revela dados de todos os programas nacionais de controle desta enfermidade,

no que diz respeito a casos notificados e sobre os resultados do tratamento, além de analisar os planos, propostas, gastos e obstáculos à expansão da estratégia Directly Observed Treatment Short Course (DOTS), nos 22 países com alta carga de tuberculose. Os dados reunidos no documento, referentes ao período de 1994 a 2003, permitiram avaliar os progressos realizados para alcançar os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), relativos à luta contra a TB. Pode-se destacar no documento (WHO, 2005):

- as cinco metas do ODM que guardam relação direta com a luta antituberculosa para 2005: detectar 70% dos casos novos bacilíferos, tratar com êxito 85% de todos os casos, deter a doença em 2015, começar pela redução da incidência entre 1990 e 2015 e, reduzir pela metade as taxas de prevalência e mortalidade por TB;
- no final de 2004, 199 (94%) dos 211 países consultados informaram à OMS as suas estratégias de luta contra a TB, assim como as notificações de casos e os resultados de tratamento;
- dentre os 199 países que enviaram seus relatórios para a OMS, havia notificação de 4,4 milhão de todos os casos de TB, com 1,9 milhão (44%) de bacilíferos;
- os formulários enviados pelos 199 países permitiram atualizar as estimativas de incidência com a utilização das tendências de notificação, tomando como base os dados de vigilância, chegando-se aos seguintes cálculos: em 2003 deveriam ter sido notificados 8,8 milhões de casos novos de TB (40/100 000 hab.), dos quais, 3,9 milhões (62/100 000) casos bacilíferos e 674 000 (11/100 000) infectados com o HIV;

- os casos prevalentes seriam de 15,4 milhões (254/100 000), dos quais 6,9 milhões bacilíferos (109/100 000). A estimativa é que 1,7 milhões de pessoas (28/100 000) morreriam de TB em 2003, incluídos os casos de coinfecção por HIV, na ordem de 229 000;
- para os 22 países com maior carga de tuberculose no mundo, o número de casos novos notificados em 2003 foi 3 382 474. Nesse grupo a Índia ocupa a 1ª posição com 1 073 065, o Brasil a 15ª com 80 114, e o Camboja a última, com 28.216 casos. Se classificados pelo coeficiente de incidência, o Zimbábue, que está em 19º em número absoluto, assume a liderança com 659/100 000 habitantes e o Brasil passa para o 22º com 62/100 000 habitantes.

O crescimento da notificação de casos tem sido mais rápido nos países africanos e na Europa Oriental (principalmente na antiga União Soviética), em virtude da grave situação em relação à coinfecção TB/HIV, motivando desenvolvimento de um programa de colaboração entre a OMS e Programa das Nações Unidas HIV/SIDA (ONUSIDA) para atualização das mais recentes estimativas da Tuberculose (TB) relacionado ao HIV (OMS, 2002b).

Acredita-se que aproximadamente 11% das Pessoas Vivendo com o Vírus da AIDS (PVHS) morrerão como resultado da coinfecção com tuberculose e suas complicações. As pessoas coinfectadas são fortemente susceptíveis ao desenvolvimento da doença primária aguda ou reinfecção com *M. tuberculosis* devido à infecção latente e pela exposição intensa em comunidades com elevada prevalência da doença (CORBETT, et al., 2003).

Para conter essa situação preocupante, a OMS (2002a) recomenda a estratégia DOTS como a melhor alternativa para se alcançar sucesso no PCT.

Ressalta-se que a eficácia da estratégia DOTS está sustentada pela integração de cinco pilares: o compromisso político; a detecção de casos utilizando a microscopia de escarro entre as pessoas que buscam a atenção com tosse prolongada; a quimioterapia de curta duração, estandardizada em condições adequadas de manejo do caso, incluindo o tratamento diretamente observado; a administração regular de medicamentos e; um sistema de registro e notificação, que permita a avaliação dos pacientes, assim como, o rendimento geral do programa.

A estratégia DOTS até 2003 foi aplicada em 82 países. As análises da OMS (WHO, 2005) a este respeito nos mostram o seguinte:

- ao final de 2003, 77% da população mundial viviam em países (ou regiões de países) que dispunham de cobertura da estratégia;
- os programas que utilizavam o DOTS notificaram 3,7 milhões de todos os casos de TB, dos quais 1,8 milhões eram casos novos bacilíferos; entre 1995 e 2003, 17,1 milhões de doentes com TB e 8,6 milhões de pacientes bacilíferos receberam tratamento pela estratégia;
- os 1,8 milhões de casos bacilíferos notificados pelos programas que utilizam o DOTS em 2003 representaram uma taxa de detecção de 45%; entre 2002 e 2003, o aumento de casos bacilíferos notificados no âmbito dos programas que utilizaram a estratégia foi maior que nunca.

O documento segue analisando as tendências epidemiológicas, destacando (WHO, 2005):

- aumento lento da taxa de incidência de TB em todo o mundo, apesar das taxas de prevalência e mortalidade estarem diminuindo;

- a carga de TB pode diminuir o suficiente para alcançar os ODM em 2015, o que dependerá da rapidez com que os diversos prestadores de atenção à saúde puderem avançar nos programas com a utilização da estratégia DOTS;

A região das Américas representa 4% das notificações de TB em nível global. Em 2003, na região foram notificados 227.551 casos de TB por todas as formas, com uma taxa de 26,0/100.000 habitantes. Os doentes bacilíferos foram 125.803 com taxa de 15/100 000 habitantes. O número total de óbitos estimados na região deveria ser de 54.000, com uma taxa de mortalidade de 6/100 000 (WHO, 2005).

A tendência de casos e taxas de TB na região das Américas tem mostrado estabilidade durante o período de 1990-1998 e um relativo decréscimo entre 1999 e 2002. Na atualidade, existem somente três países com taxas superiores a 85 por 100.000 habitantes, dois entre 50-85, 10 entre 25-49 e o resto (10 países) com taxas abaixo de 25 por 100 000 habitantes (OPS/OMS, 2004).

No período anterior entre 1996 a 2002, praticamente todos os países adotaram a estratégia DOTS com diferentes níveis de cobertura. Com base nos informes de países a OMS, 78% da população da Região das Américas estão cobertas pela estratégia DOTS (WHO, 2005).

Em relação à MDR, a partir de 1997, foi elaborado por meio do Programa Regional um plano para realizar estudos de vigilância, como forma de conhecer a prevalência da resistência a drogas antituberculosas. Os resultados dos estudos mostraram que as cifras mais altas de resistência foram registradas na República Dominicana e, mais recentemente no Equador. As mais baixas correspondem aos países com vários anos de aplicação do DOTS: Cuba, Chile, Uruguai e Venezuela.

Os outros países não registraram uma multidroga resistência significativa (OPS/OMS, 2004).

No que se refere à prevalência atual da coinfeção de TB/HIV na região das Américas, não é conhecida com exatidão, estimando-se em 5,9% a prevalência de HIV em pacientes diagnosticados com tuberculose. As porcentagens de mortes de tuberculose atribuídas ao HIV são estimadas em 6,5% (CORBETT et al., 2003).

A medida da magnitude epidemiológica da TB no Brasil, segundo as II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose (2004) não seguem padrões internacionais de segurança em relação aos parâmetros e variáveis utilizados. Um exemplo disso é a estimativa da OMS, adotada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), de cerca de 130.000 casos em 2000 para 112 mil em 2002, o que se mostra superdimensionado, em relação aos dados apresentados pelos órgãos oficiais;

A recomendação para que se resolva o problema acima apresentado é a realização de estudos sobre a infecção tuberculosa no país, tomando-se em conta a alta cobertura de vacinação BCG e o conhecimento acerca de sua influência sobre os indicadores de infecção, já que os estudos anteriores datam da década de 70 e assim não refletem mais a situação atual como um todo. No Brasil, os dados do Ministério da Saúde estimam uma prevalência de 58/100.000 casos/habitantes, com cerca de 50 milhões de infectados, 111.000 casos novos e 6.000 óbitos ocorrendo anualmente.

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN/MS), em 2003 foram notificados 83.575 casos novos de TB, correspondendo a um coeficiente de incidência de 47,3 / 100 000 habitantes (variando de 18,7/100 00

no Tocantins a 79,6/100 000 no Rio de Janeiro). Já o número de óbitos por TB em 2003, segundo o mesmo sistema de informação foi de 5.159, e o coeficiente de mortalidade no mesmo período foi de 3,0/100 000 habitantes (DATASUS, 2005). Informes recentes sobre essa questão de saúde indicam uma tendência descendente constante na incidência de TB no Brasil (WHO, 2005).

A OMS por meio de um de seus interlocutores, como o médico Christopher Dye, coordenador e um dos autores do relatório sobre a doença no mundo, apontou que em 2004, comparado com outros países, o desempenho do Brasil no combate à tuberculose foi fraco, atribuindo-se tal situação à falta de investimentos. O que chama a atenção nesse relatório é que o Brasil tem resultados piores que países mais pobres, como a Índia, Indonésia, Paquistão e até Bangladesh, que possuem menos recursos que o Brasil para implementar programas de controle TB. Ainda, com a estrutura de saúde pública disponível no Brasil, os indicadores deveriam ser bem melhores, concentrando-se as falhas principalmente no diagnóstico da doença e no tratamento não-continuado (DYE, 2004).

Sobre a ocorrência de TB multidroga-resistente (TBMR), resistência combinada a rifampicina e a isoniazida, no Brasil, observou-se à resistência primária de 1,1%, resistência adquirida de 8,2% e resistência combinada de 2,2%, números considerados baixos (HIJJAR, OLIVEIRA & TEIXEIRA, 2001).

Os mesmos autores acrescentam que no sistema rotineiro de notificação dos casos de TB no Brasil verificam-se percentuais diversos de associação TB/HIV, sendo que no ano de 2000, cerca de 3% dos casos de AIDS notificados estavam associados com a TB. Ficam destacadas as diferenças entre os vários estados da

federação, com maiores índices de associação destas doenças na região sul e sudeste. Entre os casos de AIDS no momento da notificação, em todas as formas, constatou-se um percentual de associação de TB próximo de 30%, a segunda causa de óbito depois de outras pneumonias.

Outro aspecto que merece destaque na justificativa deste estudo é a apresentação da evolução das ações de controle da TB, nos últimos cem anos, partindo do enfoque individual ao coletivo e social, o que se faz a seguir.

3. A evolução do Programa de Controle da Tuberculose: do enfoque individual ao coletivo e social

Ante o fato de a TB ser um problema de Saúde Pública e não somente simples problema de saúde individual, como proposto nesse estudo, se faz necessária à compreensão das mudanças nos seus padrões endêmicos.

Para que as medidas de controle tenham um caráter mais amplo, partindo do coletivo para o individual, considerando os aspectos globais e não somente a concepção hegemônica da TB como causada por uma micobactéria, que até o momento tem orientado tanto o desenvolvimento do conhecimento, quanto as estratégias de controle, é necessário o envolvimento de medidas relacionadas à promoção do desenvolvimento econômico e social do país e/ou região específica.

A sociedade moderna tem empenhado esforços na consecução de políticas públicas, formuladas e implantadas pelos Estados e pelos organismos internacionais, que traduzem uma vontade social de mudança com a redução das novas infecções, de novos doentes e mortes. No caso específico da TB estas

políticas são caracterizadas por recomendações e metas para o controle da doença, formuladas por organizações internacionais e nacionais, como a OMS, a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) e o Ministério da Saúde (MS).

No entanto, apesar de todas as recomendações pelos organismos responsáveis pelo combate à doença, a mudança nos padrões endêmicos tem sido investigada pelos profissionais e pesquisadores, apenas do ponto de vista dos indicadores epidemiológicos por meio técnicos específicos.

Ainda hoje, entre as medidas de eficácia comprovada e factíveis de serem implementadas no controle da TB estão a descoberta precoce de casos infectantes e seu tratamento, capazes de modificar a tendência da doença, por reduzirem a transmissão (ROUILLON, et al., 1997; OPS, 1993; OMS, 1983; STYBLO, 1980).

Na percepção de Penna (1994), a utilização dos recursos terapêuticos atuais e disponíveis, em termos de controle da TB, segue exatamente as orientações de Koch, quando da descoberta do *Mycobacterium tuberculosis*, em 1882, voltados para a transmissão direta por via respiratória e indireta pelo ar, sendo a porta de entrada mais comum o trato respiratório e para a fonte de infecção, os doentes cujo escarro contenha o bacilo.

Os novos conhecimentos a respeito do agente causador da TB culminaram com propostas de diminuição da transmissão do *M. tuberculosis*, baseadas em hipóteses, depois confirmadas, sobre os principais mecanismos de contágio da doença. As ações de controle anteriormente eram inespecíficas e baseavam-se no tratamento com dietas, repouso, educação em saúde envolvendo o doente e a família. A partir do desenvolvimento da vacina BCG, descoberta por

Calmette Guérin, na década de 20, foram instituídas medidas específicas de controle da doença em diversas partes do mundo, principalmente a partir de 1945, (CAMARGOS, 1985).

Outra medida importante introduzida como estratégia de controle da TB, aconteceu em 1916, com a introdução da abreugrafia, técnica desenvolvida por Manoel de Abreu que permitia o exame radiológico em massa, introduzia a idéia de diagnóstico precoce e tratamento enquanto ação de saúde pública. Não houve resultados satisfatórios nos países em desenvolvimento, como no caso do Brasil, pois não foi possível realizar este exame na população em massa e periodicamente (RUFFINO NETTO, 1999).

Também, a descoberta dos primeiros quimioterápicos, como a estreptomicina e ácido paraminosalicílico na década de 40 promoveu redução importante na letalidade da doença, fazendo crer no meio médico-científico que o problema da TB estaria sendo solucionado em curto prazo. Não foi o que se observou na década seguinte, pois houve estabilização da mortalidade, causada principalmente pela resistência terapêutica à monoterapia pela estreptomicina (ALBUQUERQUE & BOAS, 1956).

A quimioprofilaxia foi outro recurso técnico que surgiu no controle da TB, após o advento do conhecimento das novas drogas utilizadas no tratamento (LEVIN & MOODIE, 1976).

No início da década de 60, novos conhecimentos a respeito do *M. tuberculosis* e das medidas individuais na redução da transmissão da TB foram incorporados, demonstrando que, devido à natureza da epidemiologia da TB, os serviços especializados, incluindo as campanhas em massa, eram ineficazes nos

países em desenvolvimento. As características administrativas e de organização foram reconhecidas então, como mais importantes que as considerações técnicas e também se ressaltava que a lentidão do processo de controle da TB era devida, em grande parte, ao não reconhecimento da relação entre o problema e os recursos para combatê-lo (PIO, 1984).

Ainda Pio (1984) destaca que a concepção de programa integrado de luta antituberculosa como a única solução possível para sair da estagnação a que chegou os países em desenvolvimento com o método especializado. Os serviços de saúde da comunidade deveriam aplicar medidas uniformes de prevenção, diagnóstico e tratamento em escala nacional e com caráter permanente. Houve uma simplificação das medidas para que o pessoal auxiliar e paramédico de qualquer posto rural de saúde pudessem aplicar com eficácia o tratamento. A estratégia de integração se baseava em razões epidemiológicas, operativas e, sobretudo sociológicas. A respeito ,Pio (1984, p.110) conclui:

“Solo un programa de control de tuberculosis plenamente integrado en un sistema de salud completo, polivalente y descentralizado puede atender a toda la población. Eso es tan válido ahora como lo era em 1962 y como será en el ano 2000”.

As considerações feitas pelo autor tiveram como embasamento teórico vários trabalhos publicados, como uma pesquisa realizada no sul da Índia por Banerji e Andersen (1963), muito importante na determinação da estratégia de programas no controle desta doença, cujo resultado demonstrou que cerca de 70% dos casos bacteriologicamente confirmados e mais da metade dos casos sem confirmação bacteriológica apresentavam, ao menos, um sintoma. A partir de tais achados, os autores propuseram um programa integrado à rede de serviços de

saúde, descentralizado e baseado no exame dos indivíduos com sintomas respiratórios (BANERJI, 1970).

O novo enfoque baseado na proposta de programa integrado tomava por referência as necessidades sentidas e não o exame compulsório da população assintomática. Esse fato provocou importantes mudanças nas estratégias de controle da TB uma vez que passou a ser recomendado pela OMS. Os resultados das pesquisas acima citadas foram posteriormente retomados e reformulados, juntando-se teorias que tratavam de justificar as propostas de integração dos programas do ponto de vista de controle e da transmissão.

Uma das formulações teóricas que se apresentaram estimava que os casos de TB ativa fossem responsáveis por 86,9% da transmissão. Tal fato justificaria epidemiologicamente o programa de controle integrado e descentralizado, já que aumentaria a cobertura de diagnóstico dos casos responsáveis pela transmissão (GROSSET, 1976). Essa formulação foi aceita, mas a redução da transmissão permaneceu como foco principal das ações do programa, ainda fortemente embasada nos enunciados iniciais de Koch a qual refutavam a TB como uma das manifestações da miséria social. Sua proposta tinha como objetivo específico para a luta contra a doença, o **combate ao bacilo** e, não a melhora das condições de vida da população em geral (PENNA, 1988).

O paradigma da redução da doença pautado exclusivamente no combate ao bacilo é claramente observado nos principais documentos publicados pela OMS (1974), OPS (1977) e Brasil (1984). A reorganização administrativa necessária para a execução do programa de controle da TB, como recomendado então, necessitou de importantes mudanças. A estrutura anterior no controle da

doença era basicamente realizada em serviços ambulatoriais e hospitalares especializados, como dispensários e sanatórios, sob gerenciamento direto dos responsáveis pelo controle da TB (PENNA, 1988).

Com a nova proposta, os serviços de saúde deixaram de realizar atividades específicas e passaram a integrar-se aos serviços gerais de saúde. Tal fato teve repercussões negativas na reestruturação do programa, pois, os especialistas e gerentes perderam poder político e seus espaços foram diluídos no sistema geral de saúde. Além disso, a precária rede de assistência à saúde existente nas décadas de 70 e 80 limitava a qualidade e cobertura de qualquer ação de saúde que fosse a ela integrada, dificultando a implementação do programa, como proposto.

O marco inicial do início das mudanças no sentido da implementação do programa de maneira descentralizada e integrada, foi a primeira Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde (ALMA ATA, 1979), que propôs aos países, principalmente àqueles em desenvolvimento, a estratégia da Atenção Primária à Saúde, de maneira a constituir um sistema de saúde adequado à organização de programas horizontais.

O Brasil acatou as recomendações, introduzindo mudanças na estrutura do atendimento a TB nos serviços de saúde, embora de maneira não uniforme nas várias regiões do país. Somente em 1990, em consonância com as recomendações de Alma Ata e outras Conferências Internacionais de Saúde, o país promove a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) e nesse contexto define como princípios: a descentralização da gestão administrativa, a universalidade e a equidade, e como diretrizes operacionais, a universalidade do

acesso, a integralidade da assistência, descentralização político-administrativa, a hierarquização e regionalização, além da participação da comunidade e a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis (BRASIL, 1990). O novo sistema de saúde em vigor possibilitou a reorganização do PCT utilizando as diretrizes propostas pelo sistema de saúde então vigente.

O que se observa, entretanto, é que transcorridos mais de 30 anos desde a formulação de uma proposta de um programa baseado no exame de sintomáticos e, desde a comprovação da eficácia da ausência de risco de contágio intradomiciliar do tratamento ambulatorial dos casos de TB e apesar dos avanços no campo da quimioterapia permitindo encurtar o tratamento para seis meses (DAWSON et al, 1966), ainda existem fortes traços de verticalização na organização dos programas de controle da doença. Na atualidade, apesar de todos os avanços acima mencionados e, também da criação do SUS, ainda se observa a persistência em muitos municípios brasileiros, principalmente os de grande porte, desse modelo de assistência, centralizado e não totalmente integrado à rede de assistência à saúde.

Essa situação se justifica pela constatação da resistência dos gestores em descentralizar o PCT, segundo o relatório oficial da OMS sobre a tuberculose no mundo, publicado em 2004, (DYE, 2004; WHO, 2004).

O processo de integração das ações de controle da TB começou cedo e evoluiu lentamente no Brasil, que é um país de imensa extensão geográfica, tendo a cobertura de 17% na década de 70, crescendo para cerca de 80% até o ano 2000. Em 1998, apenas 27,6% dos estabelecimentos do sistema público integravam o PCT, sendo, em sua maioria, Centros de Saúde. O passo seguinte preconizado seria o da

integração das atividades de controle da doença nas Equipes de Saúde da Família (ESF), realizando as modificações conceituais necessárias (BRASIL, 2002d).

Os avanços na consecução de programas envolvendo o componente social e a necessidade de envolvimento de outros setores da sociedade, que não somente o público, tiveram continuidade ao longo da década de 90, ainda assim, permeados por dificuldades na estruturação e implementação das ações em nível nacional.

Em 1990, o PCT no Brasil sofreu desestruturação quando o Presidente Fernando Collor de Mello, com o intuito de reduzir custos e descentralizar a administração para os estados, extinguiu a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Essa desestruturação do nível federal provocou um enfraquecimento das coordenações estaduais, diminuição das supervisões do programa, levando a uma desestruturação geral do PNCT (RUFFINO NETTO & SOUZA, 1999).

Em 1992, segundo o mesmo autor, numa tentativa de reerguer o programa, as responsabilidades dos treinamentos, monitoração dos tratamentos e campanhas públicas são transferidas do nível federal para os estados e a assistência aos pacientes para os municípios.

Em 1993, a OMS declarou a situação da TB como estado de urgência e reconheceu que sozinha não conseguiria controlar a doença. Criou-se então, o programa “*Stop Tb*” que reúne instituições de alto nível científico e/ou poder econômico, tais como: a OMS, o Banco Mundial, ao Centers for Disease Control (CDC) – Atlanta, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD), Royal Netherlands Tuberculosis Association (RNTA) e American Thoracic Association (ATA) (RUFFINO NETTO, 2002).

A Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária (CNPS), responsável em nível nacional pelo controle da TB, no ano de 1994, elaborou diretrizes para o Plano de Ação Emergencial para os Municípios Prioritários e tinha como propósito implementar o “controle da tuberculose, nos municípios onde a doença atingisse sua maior força no Território Nacional, e nos quais o emprego de recursos pudesse alcançar melhores resultados, proporcionando considerável impacto na redução da doença”. Assim, foram selecionados municípios como prioritários, tendo entre os critérios para a inclusão os municípios com população acima de 50.000 habitantes, coeficiente de incidência acima da média brasileira (58,4 por 100 000 hab), óbitos por TB acima de 5% dos casos novos no ano, cura abaixo de 85%, abandono acima de 10% e elevada incidência de casos de AIDS (BRASIL, 1997). O plano de controle da TB, acima descrito, causou pouco impacto e não foi adequadamente avaliado, segundo assessores da OMS e da OPS.

Em outubro de 1998, foi lançado o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com as seguintes diretrizes gerais (BRASIL, 1999a):

- O MS é responsável pelo estabelecimento das normas; pela aquisição e abastecimento de medicamentos; pela referência laboratorial e de tratamento; pela coordenação do sistema de informações; pelo apoio aos Estados e Municípios e pela articulação intersetorial, visando maximizar os resultados de políticas públicas;
- reconhece-se como condição essencial, a articulação e a complementaridade de ações dos três níveis de gestão do SUS (União, Estados e Municípios);
- busca envolver obrigatoriamente a participação social e organizações não governamentais. Definidas as atribuições de cada esfera de governo, caberia ao

município identificar prioridades, definir estratégias de trabalho, determinar os recursos necessários e finalmente desencadear os processos de organização e de execução das ações. Nesta fase, componentes políticos deveriam ser considerados, sendo essencial à incorporação da TB como prioridade nos planos municipais de saúde;

- pelo novo plano, diferentemente do plano emergencial que beneficiava apenas os municípios prioritários, todos os municípios passariam a receber o bônus relacionado com a alta cura dos pacientes. Portanto, o impacto dessas ações no comportamento epidemiológico da doença ficava diretamente relacionado ao modo como estas ações eram absorvidas pela gerência em âmbito municipal.

O Plano introduziu duas inovações: o TS e a instituição de um bônus para cada caso de doente de TB tratado e curado, utilizando o TS ou o tratamento auto-administrado (TAA), respectivamente. Em 15 de outubro de 2000, foi assinada a Portaria nº3739/GM que regulamentava a concessão do bônus. A portaria nº 1.474, de 19 de agosto de 2002, fixava novos valores do Incentivo para o Controle da TB em: R\$ 50,00 para a notificação de casos novos; R\$ 50,00 para alta por cura, quando o tratamento for auto-administrado e R\$ 200,00 para alta por cura, quando o tratamento for supervisionado (BRASIL, 2002b).

Apesar de todos os benefícios que o bônus trouxe para os municípios, segundo os vários relatos feitos pelos coordenadores do programa, foi extinto em dezembro de 2003.

Em 2000, o PNCT e outras áreas programáticas (Hanseníase, Hipertensão, Diabetes entre outras) foram incorporadas pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), criada pelo MS com função de normatizar a organização e a

gestão da prática da atenção básica (MUNIZ, 2004). Assim foi elaborado um novo Plano de Controle da Tuberculose no Brasil, para o período de 2001-2005.

O atual PNCT está integrado na rede de Serviços de Saúde do Brasil e sua consecução exige o cumprimento de normas e níveis de execução, como se explica a seguir (Brasil, 2004a):

- deve ser desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal;
- está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, buscando garantir desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários, até ações preventivas e de controle do agravo, o que permite o acesso universal da população às suas ações;
- com a criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), na atual estrutura do Ministério da Saúde, houve reestruturação no combate à TB, uma vez que une todas as ações de vigilância, controle e prevenção, visam a integração entre os vários programas;
- para a consecução do Programa de combate à TB, há necessidade de consolidar a atuação dos Estados e Municípios, sob as diretrizes nacionais, reforçando as atividades de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação nas três esferas, para pronta correção dos desvios que possam ser detectados;
- em coerência com os resultados de alguns estudos que analisam o uso de materiais e estratégias de comunicação e educação em saúde, impõe-se a descentralização de sua produção, a fim de que, a diversidade cultural e, técnico-

comunicacional sejam respeitadas e, conseqüentemente, tais ações sejam eficazes;

- além da adoção da estratégia *do* TS, o PNCT no Brasil reconhece a importância de horizontalizar o combate a TB, estendendo-o para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). Visa, portanto, a integração do controle da TB com a Atenção Básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento;
- ainda, o PNCT no Brasil enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não governamentais (ONGs) e de parcerias com organismos nacionais (Universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais de combate à TB: Coalizão Global de TB (Stop TB); União Internacional Contra a Tuberculose e Enfermidades Respiratórias (UICter); Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID); OMS; OPS, entre outras. Por intermédio destas colaborações e parcerias, o PNCT visa o sinergismo e multiplicação do impacto de suas ações de prevenção e controle da TB.

A partir do ano de 2005, o financiamento das ações do PCT passou a ser realizado por meio de repasses extra-teto, fundo-a-fundo de recursos para intensificação das ações de vigilância e controle da doença para: os vinte e seis estados e o Distrito Federal; (cento e cinquenta e cinco municípios prioritários para TB) e; para mais cento e cinquenta e nove municípios que foram incluídos como prioritários, além dos já existentes (BRASIL, 2004c; BRASIL, 2004d). A Comissão de Intergestores Tripartite, por meio da Câmara Técnica pactuou também um repasse

financeiro como incentivo aos estados e municípios prioritários que alcancem a meta de 90% ou mais de informações sobre o acompanhamento dos casos notificados, que fazem parte das coortes de casos do ano de 2004. O recurso não é “carimbado” para ser utilizado nas ações de controle da TB, devendo ser assegurada sua utilização nesse sentido, principalmente pelo Controle Social, representado pelos Conselhos Municipais de Saúde e pelos coordenadores dos programas.

Em suma, o que tem sido observado em relação à TB, desde a descoberta do bacilo até a proposta da criação dos programas de controle, é a ênfase na quebra da cadeia epidemiológica da doença, por meio de diferentes medidas de controle. Ainda que mais recentemente, em especial a partir da década de 90, os planos estabelecidos em nível internacional ou nacional contemplem a questão da importância não só do comportamento epidemiológico da TB, mas também da determinação social as avaliações propostas e realizadas não têm levado em consideração os indicadores sociais, econômicos, políticos, de organização do programa e outros na análise do PCT.

Tais considerações vêm de encontro com as ponderações feitas por Ruffino Netto (2000), de que apesar dos avanços na elaboração dos planos no controle da TB, o PCT no Brasil encontra grandes dificuldades na sua implantação/implementação, sejam elas relacionadas à continuidade do programa ou a adequação às propostas apresentadas pelos planos.

Diante de todas as considerações tecidas neste capítulo, descreve-se, a seguir, o objetivo deste estudo.

Objetivo

Analisar o Programa de Controle da Tuberculose, no município de São José do Rio Preto – SP, no período de 1985 a 2004, tendo como referência indicadores epidemiológicos, políticos, sócio-econômicos e de organização do serviço de saúde e de estruturação do programa.

Quadro Teórico

Este estudo está fundamentado, principalmente, na produção científica e nas reflexões e propostas de Ruffino Netto, a respeito da situação da tuberculose no Brasil. Na análise de seus estudos constata-se que ao longo de sua trajetória profissional e acadêmica, esse autor tem aprofundado conhecimentos sobre a TB, contextualizados em pesquisas epidemiológicas e discussões sobre as políticas de saúde vigentes durante o século XX e início deste século.

Os artigos publicados sobre a TB pelo autor permitem sintetizar o problema da pesquisa em questão, que é o entendimento do controle da TB no município de São José do Rio Preto-SP, não somente pautado nos indicadores epidemiológicos e operacionais, mas também sob a ótica política, social, econômica e de organização dos serviços de saúde e do programa de controle da doença.

Vários aspectos relevantes são destacados nos trabalhos de Ruffino Netto, motivo pelo qual, constituem o principal referencial teórico desta pesquisa. O autor aborda desde a década de 80, vários aspectos em suas inúmeras publicações, de forma individual ou com outros pesquisadores, tais como:

- a preocupação em estudar o impacto da dimensão social no controle da TB;
- a importância de fatores não biológicos como determinantes da morbidade e mortalidade por TB;
- a análise do PCT na reflexão a respeito do impacto de vários outros fatores envolvidos na implantação do programa em diferentes níveis dos serviços de saúde, como: demanda, atendimento, agilização de diagnóstico, adesão e cura;

- a compreensão da TB, a partir das reflexões por ele propostas em uma fórmula para se pensar na carga da tuberculose como um problema de saúde pública.

Um dos primeiros trabalhos publicados a respeito da influência de outros fatores, que não o biológico, no controle da TB no Brasil foi realizado por Ruffino Netto & Pereira (1981), com abordagem da mortalidade por TB no antigo Distrito Federal, hoje município do Rio de Janeiro, referente ao período de 1860 a 1977. A metodologia específica utilizada no trabalho evidenciou que a curva de velocidade de declínio da mortalidade por TB se ajustava a três regressões distintas, equivalentes aos períodos: 1860-1885; 1885-1945 e após 1945. Os resultados foram analisados juntamente com aspectos da formação econômica e social da cidade, da região e mesmo do Brasil, destacando alguns fatores econômicos, demográficos, sociais e político-sanitários. Esses fatores foram apresentados como hipóteses explicativas para as diferentes velocidades de declínio da mortalidade, mostrando decréscimos nos coeficientes de mortalidade por TB em períodos em que, praticamente não havia ocorrido nenhum avanço significativo no tratamento da doença por tuberculostáticos. As variações da mortalidade nos vários períodos analisados, na conclusão dos autores, estavam relacionadas, fundamentalmente, às modificações nas condições de existência da população carioca, sobretudo das classes sociais menos favorecidas.

Em outros estudos ficam claros seus argumentos quanto à importância dos fatores não biológicos na análise do PCT, entendendo que a simples presença do bacilo de Koch não basta para causar a doença. Tais argumentos destacam o seguinte:

- a inter-relação entre os fatores sociais, econômicos e culturais propiciam o desenvolvimento da doença, assim como as alterações nas condições de vida das pessoas são fundamentais para explicar modificações em sua incidência e prevalência;
- o referencial teórico apenas quantitativo, relacionado principalmente às questões da patogenicidade, como os utilizados na avaliação do programa, nem sempre esclarecem o processo satisfatoriamente. As questões de outra natureza, que buscam profundidade, visão holística, interdisciplinaridade, significados e sentidos e que são objeto da metodologia qualitativa, são imprescindíveis no entendimento da dinâmica da doença;
- o desenvolvimento sócio-econômico é determinante, entre outras coisas, na melhoria nas condições de alimentação e habitação, aumentando as defesas naturais inespecíficas. Isto diminui o risco de morbidade dos infectados, o grau de contato entre o caso bacilífero e o grupo humano que o rodeia, com menos tempo entre a aparição da doença e o tratamento;
- os métodos específicos de vacina, quimioprofilaxia, diagnóstico e tratamento, teriam um efeito direto sobre a transmissão da infecção, o risco de adoecer e morrer por TB.

As produções acadêmicas posteriores do autor, deram continuidade à reflexões sobre a determinação social no controle da TB (RUFFINO NETTO & PEREIRA, 1982; RUFFINO NETTO, 1991). Os problemas de saúde/doença dos homens, na sua maneira de entender, são colocados exclusivamente em função de leis biológicas e reducionistas, colocando os seres humanos somente como seres biológicos, homogêneos, não volitivos e ahistóricos que se aglomerassem e/ou

dispersassem a espera que as doenças se disseminassem no seu interior. Na tentativa de explicar essas questões propõe um esquema diferente do usual para representar o ciclo biológico de certas doenças, nas quais os fatores sociais são essenciais, como é mostrado a seguir:

(ESQUEMA 1)

(ESQUEMA 2)

Nas ponderações de Ruffino Neto, os ciclos de atenção e análise das doenças seguem uma lógica interna biológica (fechado – e por isso chamado de ciclo 0 ou zero), envolvendo pequeno ou grande número de fatores (Esquema 1). Contrariamente a esse modo de ver, propõe que esse “ciclo único” (ou zero) poderia ser transformado em pelo menos dois ciclos (isto é, um oito) com um ponto em comum, representado pelo Homem, histórico, concreto que preenche um lugar no tempo e no espaço (Esquema 2). Nesse sentido, acrescenta que a compreensão da **doença tuberculose** somente será possível com uma visão globalizante, que abarque o meio social onde interagem tuberculosos e sadios. Então, assim se coloca Ruffino Netto (1991, p.226):

“Tentar entender a tuberculose exclusivamente através dos tuberculosos seria uma marcha muito cambeta, pouco promissora em termos de explicação, acrescido dos inconvenientes advindos dos modelos errados de compreensões e soluções propostas aos problemas”.

Entretanto, esse entendimento do processo saúde-doença não é freqüentemente incorporado pelos pesquisadores, por trabalhadores de saúde ou por responsáveis pela análise dos PCT.

“A falta de um marco teórico suficientemente abrangente e a visão linear do universo social, idealista e utópico, que o percebe como se nele inexistissem contradições e conflitos de classe, interesses antagônicos e outros. Na verdade não conseguem dar sentido científico e social construtivo às relações que encontram, ficando ao nível do observado, da aparência, sem chegar a aprofundar os porquês” (Pereira 1983, p.227).

As questões relacionadas à compreensão de outros fatores envolvidos na implantação do PCT em diferentes níveis dos serviços de saúde e o impacto destes nos resultados dos programas, também foram discutidas por Ruffino Netto (2000) e são representadas nos esquemas 3 e 4.

Esquema 3: Meios técnicos de controle da tuberculose

No esquema 3 considera-se que as pessoas são classificadas em cinco categorias mutuamente exclusivas:

- as virgens de infecção (V);
- os já infectados (I);
- os doentes não bacilíferos (D);
- os doentes bacilíferos (B);

- os que evoluíram para óbito (O).

As passagens de um estado para outro foram bem estudadas e definidas e são chamadas de indicadores epidemiológicos. A passagem do estado V para I é chamada de **risco de infecção**, variando de um lugar para outro. A passagem de I para D é conhecida como **incidência da doença**. Foi verificado que 10 a 20% das pessoas que se infectam evoluem para a doença D, sendo que 50% adoecerão no primeiro ano, enquanto da outra metade, 80% ficarão doentes em três anos e os outros 20% terão o restante da vida para adoecer. Em média, 50% dos doentes D evoluirão para a categoria B (70% de adultos e 10% de crianças) e dos doentes, bacilíferos ou não, cerca de 5% evoluirão para óbito (O), dependendo das condições do programa de controle local da doença. Os pontos de interferência técnica na dinâmica do processo são: **imunização** para a categoria V, **quimioprofilaxia** para a categoria I e **diagnóstico e tratamento** para as categorias D e B.

Tais considerações têm sido amplamente reconhecidas pelos meios científicos que pesquisam a TB. As reflexões de Ruffino Neto destacam o comportamento das pessoas, particularmente quanto aos determinantes que fazem com que algumas delas sejam enquadradas em um estado e não em outro e quanto aos elementos que interferem nessa classificação. Na tentativa de analisar estas questões, o autor propõe o esquema do impacto do problema da tuberculose, como mostrado a seguir:

Esquema 4: Impacto do problema da TB

O esquema proposto parte do pressuposto que em uma população P , com (X_1) casos de TB espalhados pela comunidade, apenas (X_2) demandam assistência médica num serviço de saúde. Entre outros aspectos, aventa-se que essa procura de assistência à saúde é determinada por fatores geográficos, políticos, econômicos, educação em geral, antropológicos e conhecimento popular.

Mesmo que de forma bastante resumida, o autor identifica três grandes determinantes na demanda: o conceito de saúde-doença, o padrão de prática médica vigente e o saber médico. Esses três elementos localizam-se num plano de conhecimentos abarcado pela sociologia médica. Esta, por sua vez, é função da macroestrutura da sociedade, em que os determinantes político-econômico-ideológicos vão efetivamente conduzir o saber médico, o conceito de saúde-doença, as pesquisas, entre outros aspectos, que de certa forma vão explicar a própria demanda dos serviços de saúde.

Continuando a análise desse esquema, dentre os doentes que demandam assistência médica (X_2) , apenas (X_3) serão atendidos pelo sistema, fato

relacionado à absorção da organização dos serviços e da política de saúde vigente, lembrando que no caso da TB, os exames diagnósticos são relativamente simples, de baixa complexidade e de baixo custo, podendo ser integrados aos serviços gerais de saúde. Dependendo da capacidade técnica dos serviços, isto é, em equipamentos e recursos humanos, (X_4) casos serão diagnosticados como portadores de tuberculose.

Após o diagnóstico (X_4), o início efetivo do tratamento (X_5) vai depender da agilização dos serviços e da burocracia interna existente nos mesmos, que dificultam o atendimento ao doente. Ressalta-se que, às vezes, a distância da residência do paciente é grande, o que dificulta seu retorno, podendo haver abandono antes de iniciado o tratamento. Dos pacientes (X_5) que iniciam o tratamento, apenas (X_6) o concluem, pois a melhora imediata dos sintomas, faz com que muitos pacientes sintam-se "curados", quando na realidade não estão. Dos pacientes que chegam ao término do tratamento, (X_7) estarão efetivamente curados, estando o percentual de cura ligado à eficácia terapêutica do esquema de tratamento utilizado.

Ruffino Netto (2000) explica também de forma esquemática como obter o impacto total no PCT, em um determinado território nas seguintes etapas:

1. Dividindo-se o número de casos efetivamente curados (X_7) pelo número de casos existentes na comunidade (X_1), ou seja:

$$I = \frac{X_7}{X_1}$$

2. Esta proporção poderia ser desmembrada e escrita de outra maneira:

$$I = \left(\frac{X_2}{X_1}\right) \cdot \left(\frac{X_3}{X_2}\right) \cdot \left(\frac{X_4}{X_3}\right) \cdot \left(\frac{X_5}{X_4}\right) \cdot \left(\frac{X_6}{X_5}\right) \cdot \left(\frac{X_7}{X_6}\right)$$

3. As proporções são ainda desmembradas, segundo as denominações de demanda, atendimento diagnóstico, agilização, adesão e cura e denominada pelo autor, de:

$$\frac{X_2}{X_1} = \text{DEMANDA}$$

$$\frac{X_3}{X_2} = \text{ATENDIMENTO}$$

$$\frac{X_4}{X_3} = \text{DIAGNÓSTICO}$$

$$\frac{X_5}{X_4} = \text{AGILIZAÇÃO}$$

$$\frac{X_6}{X_5} = \text{ADESÃO}$$

$$\frac{X_7}{X_6} = \text{CURA} :$$

4. O resultado final é a proposta do autor em medir o impacto do controle da TB a partir dos fatores relacionados acima:

IMPACTO=(Demanda).(Atendimento).(Diagnóstico).(Agilização).(Adesão).(Cura)

Os impactos observados para diferentes composições destas proporções, poderiam ser assim simulados: se qualquer uma dessas proporções for igual a zero, o impacto final será 0%. Se todas as proporções fossem 50%, o impacto final seria de 1,5%. Se todas as proporções forem de 100%, exceto a adesão em 50%, o impacto será apenas de 5%. Se imaginarmos até uma diminuição

na cura para 85%, com aumento da adesão para 95%, o impacto aumenta para 49% (dez vezes maior).

Conclui Ruffino Netto (2000) que as grandes dificuldades na implantação/implementação de um PCT, no país, estariam permeadas por determinantes de diferentes campos: decisão política de implementá-lo; decisão nos diferentes níveis de serviços de saúde; decisão política das academias sobre o ensino do tema, desfazendo o mito de que é problema do passado, ampliando a visão essencialmente biológica e reducionista do agravo, para uma visão mais holística.

Mais recentemente Ruffino Netto (2004), dando continuidade às suas produções acadêmicas, tece outras reflexões importantes a respeito da determinação social da TB, propondo uma expressão ou “fórmula”, que não as já consagradas na literatura médica (BIER, 1985; BEYER et al., 1998) para entender a carga da TB como problema de saúde pública. A proposição do autor parte da expressão matemática utilizada por Beyer et al. (1998) para entender a dinâmica da TB:

$$P = \frac{NVH}{R(n+a)}$$

A fórmula compreende: a patogenicidade (P) do processo seria representado por uma função conjunta da virulência do micróbio (V), da resistência do organismo infectado (R), do número de germes que penetra no organismo (N), da alergia tuberculínica (H) e da resistência natural (n) e adquirida (a).

A expressão apresentada teria a função apenas de facilitar a análise da patogenicidade, não permitindo tratá-la como uma expressão matemática que gere soluções numéricas, uma vez que contém variáveis de natureza qualitativa.

A partir das suas produções acadêmicas ao longo do tempo, das recomendações feitas pelos vários organismos internacionais a respeito da TB como problema de saúde de emergência mundial e de vários outros trabalhos publicados a respeito do tema, Ruffino Netto (2004), após rever as expressões utilizadas nos estudos sobre patogenicidade da tuberculose, como o apresentado, acrescentando ou modificando alguns componentes e propondo novas perspectivas para entender a **carga da tuberculose como um problema de saúde pública**, sugere a seguinte expressão:

$$CTb \approx \frac{(DSOC).(PHIV).(PABT)(PR).(MMIG).(EPOP).)}{(DOSS).(DOT).N(EDU + NUT).(RHSS).(GPP)}$$

CTB= carga da tuberculose;

DSOC= desigualdade social;

PHIV= prevalência de HIV+/ AIDS;

PABT= percentual de abandono do tratamento da TB;

PR= prevalência de casos com (resistência primária+resistência adquirida);

MMIG= movimentos migratórios;

EPOP= envelhecimento da população;

DOSS= disponibilidade e organização de serviços de saúde;

DOT= tratamento diretamente observado da TB;

N (EDU+NUT)= nível de educação e nutrição da população;

RHSS= recursos humanos adequados e bem preparados nos serviços de saúde;

GPP= grau de participação política da população.

O autor ressalta, no entanto, que a expressão por ele sugerida não gera soluções numéricas, mas apenas facilita pensar o problema. A desigualdade social no seu modo de entender é o componente mais importante da fórmula, pois gera pobreza e conseqüentemente todos os fatores associados que contribuem decisivamente para manutenção de um quadro geral propício ao avanço da doença.

As proposições de Ruffino Netto vêm ao encontro ao II Consenso Brasileiro de Tuberculose (2004) que reconhece a magnitude do problema da TB e considera essencial para a boa administração e avaliação dos programas de controle a realização de estudos e análises que auxiliem na melhor definição de variáveis e parâmetros relacionados. O propósito é estabelecer um modelo mais próximo da realidade brasileira, pois na última década ocorreram grandes modificações na estrutura de saúde no país, bem como mudanças de natureza sócio-econômica, sendo oportuno que os estudos de impacto de ações de controle da doença sejam realizados em nível loco-regional, seguindo as diretrizes estabelecidas pelo SUS e em uma perspectiva mais ampla.

Metodologia

1. Percurso Metodológico

O estudo a respeito do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no município de São José do Rio Preto foi realizado em **quatro etapas**:

- a **primeira etapa** constituiu-se no levantamento da situação epidemiológica do PCT, no período de 1985 a 2004 (coeficiente de incidência e mortalidade com padronização indireta e direta) de casos novos por todas as formas da doença e, de 1998 a 2004 para os demais indicadores;
- na **segunda etapa**, realizou-se o levantamento de dados e indicadores sociais relacionados à evolução política e sócio-econômica do município, no período de 1980 a 2004;
- a **terceira etapa** constou de entrevistas com os principais atores sociais envolvidos com a organização dos serviços de saúde e estruturação do PCT no município, referente ao período de 1998 a 2004. O interesse era complementar as informações não disponíveis em documentos oficiais ou publicações, necessárias para análise dos dados;
- a **quarta etapa** envolveu o geoprocessamento dos casos novos de tuberculose por todas as formas em dois períodos (1998 e 1999) e (2003 e 2004) por setor censitário da área urbana do município, com o intuito de encontrar associação entre incidência da doença e condições de vida da população.

2. O campo da investigação

O estudo foi realizado no município de São José do Rio Preto, localizado na região norte do Estado de São Paulo, distante cerca de 452 km da capital do Estado e 600 km de Brasília. Com uma população estimada, de 406.826 habitantes (IBGE, 2005), conta com extensa área de influência na prestação de serviços que atinge várias regiões do estado de São Paulo e parte dos estados de Minas Gerais, Goiás, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Essa influência econômica gerou crescimento importante nas áreas de comércio, serviços especializados de alta tecnologia, educação e medicina especializada, sendo referência expressiva no atendimento à saúde em nível terciário.

O município vem assumindo há décadas a posição de cidade Pólo, em função de sua localização privilegiada no sistema viário regional e consolidação urbana, gerando empregos para a maioria da população de cidades circunvizinhas. O fato de ser considerado Pólo acarretou problemas típicos da metropolização, como: crescimento disperso em áreas limítrofes, alguns conglomerados populacionais, principalmente na região norte da cidade, com piores condições de estrutura e de vida.

A cidade é sede da 8ª Região Administrativa do Estado de São Paulo, que abrange 96 municípios e está subdividida em 14 regiões geo-econômicas para fins de eficiência no Planejamento Estratégico e Gestão Pública. Possui também os Distritos de Engenheiro Schmidt e Talhados (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

A Figura 1 mostra a localização do município em relação ao Brasil e ao estado de São Paulo.

Figura 1. Localização do município de São José do Rio Preto em relação ao Brasil, estado de São Paulo e Região Administrativa

3. Período

Foi escolhido o período de janeiro de 1985 a dezembro de 2004. A escolha levou em conta a disponibilidade de dados a partir desse período.

4. Sujeitos

Embora esta pesquisa tenha sido realizada a partir de 1985, as grandes mudanças no cenário das políticas de saúde no município ocorreram a partir da gestão iniciada em 2001. Por esse motivo pensou-se ser pertinente sustentar a fase quantitativa entrevistando atores sociais que tiveram papéis importantes nesse momento político peculiar de reorganização dos serviços de saúde e reestruturação do PCT. Os atores sociais entrevistados foram os seguintes:

-
- o Secretário de Saúde que atuou no período compreendido entre 2001 e 2004, considerando a importância desta gestão na reorganização e gerenciamento do serviço municipal de saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Higiene de São José do Rio Preto (SMSH-SJRP) e pelo de reestruturação do PCT;
 - os Coordenadores de Saúde das seguintes Áreas: Atenção Básica, Vigilância em Saúde, do PCT e da Saúde da Família, considerando a criação e estruturação destas coordenadorias na gestão 2001-2004;
 - os Diretores de Unidades de Saúde e profissionais que atuaram ou atuam nas instituições de saúde, envolvidos na estruturação do programa, interlocutores do PCT na Direção Regional de Saúde (DIR XXII), e no processo de trabalho de controle da tuberculose, incluindo enfermeiros e outros profissionais indicados pelos entrevistados e considerados relevantes para o estudo;
 - Presidente do Conselho Municipal de Saúde gestão 2000-2002 e 2003-2005 por sua participação efetiva no controle social relacionado à saúde do município.

5. Casos

Foram selecionados, para o estudo, os “casos novos” de todas as formas de TB, ou seja, o doente com tuberculose que nunca usou ou usou por menos de um mês drogas antituberculosas e que está sendo notificado pela primeira vez, independente da forma clínica da doença (II DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TUBERCULOSE, 2004), residentes no município de São José do Rio Preto e que iniciaram o tratamento no período do estudo. Esse critério de inclusão foi devido à relevância do aparecimento de casos novos influenciando o comportamento

epidemiológico da TB relacionado às condicionantes sociais do processo saúde – doença da mesma.

6. Fontes e Instrumentos de coleta de dados

6.1. Dados populacionais e do Censo Demográfico

As estimativas populacionais relativas ao período compreendido entre 1985 a 2004 foram obtidas por meio da Internet, via *homepage* do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS (DATASUS, 2005).

Foram georreferenciados os casos de TB, o que permitiu o cálculo dos coeficientes de incidência. As informações sócio-econômicas e demográficas sobre a população dos domicílios nos 432 setores censitários da área urbana do município de São José do Rio Preto, foram colhidas, utilizando a base de dados do Censo Demográfico de 2000, disponibilizadas pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (IBGE, 2001).

6.2. Indicadores Epidemiológicos

Para as informações relativas aos casos de TB foram utilizados dados de fontes distintas.

Os dados específicos de morbidade por TB, para os anos de 1985 a 1997, foram obtidos por meio de documentos disponíveis na Direção Regional de Saúde de São José do Rio Preto (DIR XXII).

Também foram utilizados dados do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN, 2005) do MS de 1985 até o ano de 2003. O SINAN contempla o tratamento informatizado dos dados provenientes da Ficha de Investigação de Casos de Tuberculose e teve sua implantação já orientada para ser operado no nível dos Estados e Municípios. Cabe ressaltar as dificuldades desse sistema quanto aos aspectos da cobertura, mostrando deficiências pela falta de algumas informações.

Para os anos de 1998 a 2004 utilizou-se o Sistema de Notificação de Tuberculose (EPITB) da SMSH-SJRP, que mantém atualizados todos os registros dos casos de TB inscritos no PCT do município a partir de 1998. O EPITB forneceu informações dos casos de TB desde seu início até o término do tratamento, além de dados pessoais dos pacientes, possibilitando o cálculo dos indicadores de: forma clínica, cura e abandono, coinfeção TB/HIV, TS e descoberta de casos.

O EPITB é um sistema informatizado para coleta e análise de informações, concebido a partir do Sistema de processamento de texto, banco de dados e estatísticas - EPIINFO (SANTOS, 2003) no estado de São Paulo junto ao Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) "*Prof. Alexandre Vranjac*" e Companhia de Processamento de Dados de São Paulo (PRODESP).

O sistema anteriormente centralizado foi substituído por um sistema de registro informatizado cujo fluxo se inicia nos serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares se estendendo para as Secretarias Municipais ou Direções Regionais de Saúde, conforme a capacidade de recursos humanos e informatizados de cada local, propiciando que o banco de dados fique o mais próximo possível do local originado, de forma acessível para utilização.

No EPITB são guardadas as informações obtidas da Ficha Individual de Notificação e Investigação de Tuberculose e também outros dados de interesse sobre a evolução de cada caso até seu encerramento, tais como: Unidade notificante, data da notificação e do início de tratamento, demora total, Unidade de tratamento, número de prontuário, nome do paciente, sexo, data de nascimento e idade, nome da mãe, endereço, profissão e tipo de ocupação, escolaridade e número de anos de estudo, tipo de caso (novo, recidiva, retratamento após abandono), forma e tipo (de instituição) de descoberta de casos, a ocorrência e data de tratamento anterior, forma clínica e classificação do caso, critério diagnóstico, exames realizados, doenças associadas, opção pelo tratamento supervisionado, drogas e esquema terapêutico empregados, dados sobre internação hospitalar, situação do comparecimento mês a mês, baciloscopias de controle, data provável, tipo e data da alta.

Para os dados de mortalidade por TB foram utilizadas informações de diferentes bancos de dados, em função da disponibilidade de dados atualizados. Do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, disponíveis no banco de dados do MS (SIM, 2005), foram obtidas informações de 1985 até o ano de 2002. Os óbitos no ano de 2003 estavam disponíveis apenas para o município e estado de São Paulo e foram obtidos no banco de dados da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados de São Paulo - SEADE (SEADE, 2005a). As informações sobre a mortalidade de 2004 foram obtidas apenas para o município e estavam disponíveis no SIM da DIR XXII, sendo estes ainda não definitivos, pois apresentam apenas as mortes por TB ocorridas na região de abrangência do município.

6.3. Indicadores políticos, econômicos e sociais

Os dados relacionados à evolução política e sócio-econômica do município no período estudado foram obtidos junto à Secretaria de Planejamento e Gestão Estratégica do município e publicados na Conjuntura Econômica nos diversos anos (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1985, 1986, 1987, 1988a, 1989, 1990, 1991a, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997a, 1998a, 1999, 2000, 2001a, 2002a, 2003a, 2004a, 2005a). Outros dados não constantes nos documentos acima citados foram obtidos junto a *homepage* da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE, 2005a).

No sentido de complementar e/ou contra argumentar alguns dados fornecidos pelos documentos oficiais, foram utilizadas notícias veiculadas a respeito, nos principais jornais do município. Evidentemente, entende-se que estas informações são passíveis de críticas, quanto à sua credibilidade, no entanto, julgamos ser de grande importância no nosso estudo, uma vez que acrescentará elementos e/ou fatos que não constam dos documentos oficiais, permitindo discussões e contrapontos muitas vezes não perceptíveis em um estudo tão amplo.

6.4. Organização dos serviços de saúde e estruturação do PCT

Os dados relacionados à organização dos serviços de saúde e estruturação do PCT foram obtidos por meio de Leis e documentos oficiais, documentos internos da SMSH-SJRP, do Conselho Municipal de Saúde (CMS)

A partir da identificação dos principais atores envolvidos no processo histórico de reorganização da SMSH-SJRP foram realizadas 11 entrevistas não

estruturadas, com os diversos atores sociais responsáveis pela organização dos serviços (ANEXO I) e estruturação do programa (ANEXO II). Para as entrevistas foi utilizado um roteiro elaborado em função da necessidade de entender alguns aspectos operacionais da evolução do sistema local de saúde e da reestruturação do PCT, uma vez que não foi possível identificar documentos ou publicações a respeito do tema.

O objetivo maior na utilização desse instrumento foi traçar um histórico da evolução organizacional da SMSH-SJRP, principalmente a partir do ano de 2001, período no qual o município, após assumir a Gestão Plena do Sistema Municipal, deu continuidade ao processo de reorganização dos serviços de saúde e reestruturação do PCT de forma mais ampla.

As informações foram gravadas e posteriormente transcritas com a aquiescência dos vários atores entrevistados, por escrito (ANEXO III).

6.5. Mapa digital e Georreferenciamento dos Casos de Tuberculose

Foi utilizado como ponto de partida na obtenção dos dados do georreferenciamento, um mapa digital do município de São José do Rio Preto, fornecido pela Empresa Municipal de Processamento de Dados - EMPRO, utilizando-se o software ArcInfo, da Esri[®] (2004). Tal software permite um sistema de arruamentos inteligentes, tendo por referência a faixa de numeração predial de cada eixo de logradouro (numeração inicial e final) com a interpolação numérica, possibilitando a localização dos casos de TB pelo endereço.

O georreferenciamento dos casos de TB residentes no município de São José do Rio Preto foi feito a partir da informação do endereço de residência dos casos relativos aos anos de 1998 e 1999 e, 2002 e 2003, constante da base de dados do EPITB.

Os dados foram coletados pela autora deste projeto de pesquisa, no período compreendido entre os meses de dezembro de 2004 a março de 2005 e o georreferenciamento foi realizado por técnico devidamente capacitado.

7. Indicadores Utilizados

7.1. Indicadores Epidemiológicos

Os indicadores epidemiológicos do estudo foram definidos em função da utilização dos mesmos na avaliação do PNCT e do referencial teórico de Ruffino Netto (2004) a respeito do entendimento da carga de tuberculose como problema de saúde pública. São estes:

- **Razão de incidência de tuberculose** – em residentes no município de São José do Rio Preto, no estado de São Paulo e Brasil, por ano, no período de 1985 a 2004;
- **Coeficientes de incidência de tuberculose com distribuição por faixa etária e sexo** - em residentes no município de São José do Rio Preto, por ano, no período de 1998 a 2004;

- **Coeficientes de mortalidade por tuberculose com distribuição por sexo** – em residentes no estado de São Paulo e Brasil, por ano, no período de 1985 a 2002;
- **Coeficientes de mortalidade por tuberculose com distribuição por faixa etária e sexo** – em residentes no município de São José do Rio Preto, no estado de São Paulo e Brasil, por ano, no período de 1986 a 2004;
- **Taxa de tuberculose por forma clínica** – em residentes no município de São José do Rio Preto, por ano, no período de 1998 a 2004;
- **Taxa de coinfeção TB/HIV** - em residentes no município de São José do Rio Preto, por ano, no período de 1998 a 2004;
- **Taxa de cura e abandono de tuberculose** - em residentes no município de São José do Rio Preto, por ano, no período de 1998 a 2004;
- **Distribuição de casos de tuberculose com Tratamento Supervisionado (TS)**
 - em residentes no município de São José do Rio Preto, por ano, no período de 1998 a 2004;
- **Percentual de casos de tuberculose segundo tipo de descoberta** - em residentes no município de São José do Rio Preto, por ano, no período de 1998 a 2004;
- **Tuberculose e Condições de Vida** - em residentes no município de São José do Rio Preto, nos períodos de 1998 e 1999 e, 2003 e 2004.

7.2. Indicadores políticos, sociais e econômicos

7.2.1. Indicadores demográficos

- **Estrutura da pirâmide populacional por sexo e faixa etária;**
- **Taxa de crescimento populacional e migração;**
- **População Economicamente ativa.**

7.2.2. Indicadores de desenvolvimento social

- **Educação;**
- **Saúde**
 - **Taxa de mortalidade infantil;**
 - **Médicos e enfermeiros registrados e leitos SUS;**
 - **Financiamento do SUS.**

7.2.3. Indicadores Econômicos

- **Produto Interno Bruto (PIB);**
- **Índice de Desenvolvimento Humano (IDH);**
- **Esperança de vida ao nascer;**
- **Potencial de consumo.**

7.2.4. Indicadores de Infra-estrutura Urbana

- **Loteamentos clandestinos e favelas;**
- **Rede de água e tratamento de esgoto.**

8. Análise dos Dados

Os dados obtidos com os recursos do EPITB foram importados ao programa Microsoft Excel para os ajustes necessários, possibilitando cálculo dos indicadores epidemiológicos utilizados na pesquisa.

Os dados de morbidade e mortalidade foram analisados no período compreendido entre 1985 a 2004, utilizando a padronização indireta, pois não se dispunha dos dados completos (sexo e faixa etária) no período compreendido entre 1985 a 1997 e era essa a única maneira de analisar estes coeficientes em um período mais amplo. Para que se pudessem analisar os demais dados relacionados à operacionalização do programa, também no período acima indicado seria necessária a obtenção dos mesmos junto ao CVE da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - Divisão de Tuberculose, o que não foi possível para o momento, em virtude das mudanças que estavam ocorrendo na reorganização do Banco de Dados de TB, segundo informações da instituição.

A padronização de taxas, ou ajustamento de dados utilizada na pesquisa representa, segundo Pereira (1999), importante técnica que possibilita comparar indicadores de saúde com base mais realista. A sua indicação reside na distribuição desigual de uma dada característica em duas ou mais populações e em

ser, tal desigualdade, indesejável. Após a padronização as comparações são feitas em igualdade de condições, com respeito à variável controlada.

A disponibilidade de informação pormenorizada sobre as populações a serem comparadas, permite a utilização do método direto de padronização (PEREIRA, 1999). No caso do nosso estudo, os dados de casos e óbitos por sexo e faixa etária disponíveis a partir de 1998, o que permitiu a padronização direta. O cálculo para padronização de taxas ou coeficientes tem início com a escolha de uma “população padrão”, que no caso do estudo foi à população do estado de São Paulo de 2002 e prossegue como se as duas populações tivessem esta distribuição de idades. A seguir aplica-se na população padrão os coeficientes obtidos nas regiões analisadas, para se obter as colunas de “número de casos” e “número de óbitos”. Os novos números são obtidos permitindo o cálculo dos coeficientes ajustados. A razão entre os coeficientes informa o novo valor de risco relativo, ajustado pela variável escolhida para análise.

O método de padronização indireta é utilizado quando nem todos os dados estão disponíveis, como no caso anterior, não sendo possível utilizar a padronização direta ou, quando o número de casos é pequeno, não permitindo a divisão por sub-grupos. A informação necessária é o coeficiente de incidência ou mortalidade, por faixa etária de uma população padrão, que no caso do estudo, foi também a do estado de São Paulo no ano 2002.

A disponibilidade apenas da distribuição da população que se deseja analisar e do número total de casos novos e óbitos nessa população permite calcular o número de casos novos e/ou óbitos esperados. A relação entre o número de casos novos ou óbitos observados e esperados é expressa em porcentagem, constituindo

a “Razão de Mortalidade Padronizada” ou a “Razão de Incidência Padronizada” (RIP), utilizada nos resultados da nossa pesquisa. O valor da razão padronizada indiretamente, quando situada abaixo de 100, significa coeficiente de incidência ou mortalidade baixa na região quando comparada ao padrão.

Os valores da incidência e mortalidade do município foram suavizados através de médias móveis, pois os valores originais apresentavam grandes oscilações devido ao pequeno número de casos e óbitos considerados.

Para análise da evolução do processo de reorganização dos serviços de saúde e da estruturação do PCT foi utilizada análise de documentos, incluindo documentos oficiais e, literatura sobre o tema para o período estudado, complementado com as entrevistas não estruturadas com os atores chaves.

A obtenção dos mapas digitais contendo os indicadores de incidência, relacionados às condições de vida na área urbana do município foi possível a partir do georreferenciamento que consistiu na incorporação dos casos de tuberculose ao Sistema de Informações Geográficas (SIG), utilizando o *software* ARCINFO/ARCVIEW (ESRI)*.

Os casos de TB georreferenciados foram agrupados à malha dos 432 setores censitários em cada um dos períodos analisados, por meio do programa *MapInfo Professional*, versão 6.5.

O Censo Demográfico é um sistema que contempla bases de dados e fornece informações sócio-econômicas, de caráter ambiental e sanitário das populações pertencentes ao conjunto de setores censitários de todas as cidades brasileiras. O setor censitário é a célula mínima que serve de base à execução do

Censo e se compõe, na zona urbana, sempre que possível, de um conjunto de quarteirões com limites nítidos. O tamanho destes abarca, em média, 300 domicílios, abrangendo populações em torno de 1.500 habitantes, o que permite supor, na maioria das vezes, certa homogeneidade no tocante às características acima mencionadas (IBGE, 1993).

A caracterização sócio-econômica desses setores foi delineada a partir das informações do Censo Demográfico (IBGE, 2001) agregadas ao nível de setor censitário com base nas variáveis: renda e anos de instrução médios das pessoas responsáveis pelos domicílios; proporção de pessoas e de mulheres analfabetas; e proporção de domicílios com 5 ou mais moradores. Estas variáveis foram analisadas no programa *STATA*, por meio da técnica estatística Análise de Componentes Principais. Com as variáveis utilizadas produziu-se um Fator 1 com 87% de variação total. O Fator 1 caracterizou o nível socioeconômico dos setores censitários de maneira que quanto maior o seu valor, melhor o nível socioeconômico da população residente. A composição do Fator 1 foi a seguinte: Fator 1 = + 0,97 (anos de instrução médios das pessoas responsáveis pelos domicílios) + 0,94 (anos de instrução médios das mulheres responsáveis pelos domicílios) + 0,85 (renda média das pessoas responsáveis pelos domicílios) + 0,85 (renda média das mulheres responsáveis pelos domicílios) – 0,89 (proporções de pessoas analfabetas) – 0,89 (proporção de mulheres analfabetas) – 0,56 (proporção de domicílios com cinco ou mais moradores). Esse fator foi utilizado para a divisão da área urbana em *quartis* de setores censitários segundo níveis sócio-econômicos, o que permitiu calcular os respectivos coeficientes de incidência de TB. Gerou-se

então, um mapa temático dos setores agrupados em quatro classes sócio-econômicas com os respectivos valores dos coeficientes de incidência.

Em seguida, efetuou-se a ligação ao SIG das informações socioeconômicas e demográficas do Censo de 2000, atrelando-as à respectiva camada de setores censitários do mapa digital de São José do Rio Preto. Procedeu-se então a análise descritiva da ocorrência de todas as formas de tuberculose no município, tendo como indicadores as taxas de incidência média, por 100 000 habitantes, para os respectivos períodos.

A análise dos diversos indicadores nos levou a formulação de novos questionamentos a respeito dos resultados encontrados e não a respostas fechadas.

9. Considerações Éticas

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e autorização da SMSH-SJRP e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – SP. Dessa maneira foi cumprida a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e das Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

As entrevistas com os principais atores sociais foram realizadas mediante esclarecimentos sobre os objetivos da mesma, solicitação de sua participação e consentimento, garantindo o sigilo dos dados coletados. Após ter tido ciência, os sujeitos assinaram Termo de Consentimento Pós-Esclarecido (ANEXO III).

Resultados e Discussão

Os resultados deste estudo foram sistematizados em quatro grandes grupos: **Indicadores epidemiológicos; indicadores políticos, sociais e econômicos; organização dos serviços de saúde e estruturação do PCT; tuberculose e condições de vida.**

A análise desses indicadores nos remete ao quadro teórico do estudo baseado nas reflexões de Ruffino Netto (2004) a respeito da carga da tuberculose como problemas de saúde pública e aos estudos anteriores do autor sobre o tema. Para o autor, alterações e melhorias nas condições de vida de uma população como: nível de educação, condições de moradia, transporte, trabalho, nutrição e outros poderiam impedir a transmissão e/ou a evolução do processo nos indivíduos já infectados pelo bacilo da TB (Ruffino Netto, 1991). Estes fatos poderiam explicar o declínio natural nos vários países ou também as diferentes tendências do problema segundo diversas conjunturas sócio-econômicas e políticas dentro de um mesmo país.

A proposta deste projeto na análise dos dados encontrados é, a partir das considerações acima apresentadas, levantar hipóteses sobre a situação epidemiológica da TB no município, considerando a situação política, sócio-econômica, dos serviços de saúde e do PCT, com o intuito de entender a relação da doença às condições de vida em São José do Rio Preto.

1 - Indicadores Epidemiológicos

1.1. Coeficientes de Incidência

O coeficiente de incidência de TB é um importante indicador de morbidade, uma vez que traduz o risco do adoecimento da população como um todo. Permite comparar diferentes áreas. Não reflete o comportamento da transmissão em um dado momento do tempo, pois os casos incidentes são uma consequência tanto da infecção recente - tuberculose primária, como de contágio passado - formas de reinfecção, resultando estes casos, de fatores biológicos diferentes (PENNA, 1988).

1.1.1 Razão de Incidência de tuberculose em São José do Rio Preto, no estado de São Paulo e Brasil

Na Figura 2 são apresentadas as Razões de Incidência Padronizadas (RIP) para o município, para o estado de São Paulo e para o Brasil, no período de 1985 a 2003. Utilizou-se aqui a padronização indireta.

O valor de 100% corresponde ao coeficiente de incidência do estado de São Paulo de 2002 (48 casos por 100.000 habitantes). A RIP apresentada pode ser assim interpretada: o risco de adoecer por TB no estado de São Paulo e no Brasil em 1985 era, respectivamente, 26% e 57% maior do que o risco de adoecer em 2002 no estado de São Paulo. Em São José do Rio Preto, o risco de adoecer em 1985 era cerca da metade do risco de adoecer no estado de São Paulo em 2002.

A análise da Figura 2 nos permite inferir que o risco de adoecer por TB em 1985, era inicialmente maior no Brasil do que no estado de São Paulo, mas, ambos diminuíram os coeficientes, alcançando em 2003, valores semelhantes. A população de São José do Rio Preto manteve relativamente estáveis os coeficientes durante os períodos analisados, apresentando sempre menores riscos de adoecer por TB em relação aos outros dois níveis.

O município apresentou no período de 1985 a 2003, coeficiente de incidência por todas as formas de TB por 100 000 habitantes, que variou de 25,21 a 40,34 e no ano de 2004 foi de 35,58. Ressalta-se que no estado de São Paulo, a variação foi de 64,8 a 52,4 e em 2003 foi de 46,4 (SÃO PAULO, 1998; SÃO PAULO, 2000; SÃO PAULO, 2004a; SÃO PAULO, 2004b). No Brasil, nesse mesmo período, o coeficiente variou de 60,4 a 48,0 e em 2003 foi de 47,3 (RUFFINO-NETTO, 2001; DATASUS, 2004).

A OMS publicou estimativa da incidência de casos novos de TB no mundo para os anos de 90, 95 e 2000 e os menores coeficientes foram registrados na Europa, Estados Unidos, Japão, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, com incidência próxima a 31/100.000 habitantes (BRASIL, 2002c). O município de São José do Rio Preto, portanto, apresenta coeficientes de incidência compatíveis aos registrados nos países desenvolvidos.

Enarson & Murray (1996) destacam, no entanto, que todas as estimativas da magnitude do problema mundial da TB e as variações regionais são baseadas em registros sujeitos aos problemas inerentes de cada região e que a interpretação tem que ser cuidadosa, pois dependerá do sistema de busca de casos novos e de registro de cada país. Os registros mundiais são sub-notificados e alcançam aproximadamente a metade do estimado pela OMS, principalmente porque os países não respondem às solicitações da organização e muitas informações são perdidas e incompletas não havendo distinção entre casos novos e retratamento (MURRAY, 1991).

A questão principal, no entanto, na análise desse resultado no município de São José do Rio Preto seria: como entender a menor incidência de TB quando

comparada a outros níveis e, a manutenção deste coeficiente durante todo período? O modelo de estimativa utilizado pelo MS e OPS/OMS corresponde à realidade do município? Existiriam casos de TB ocultos? Ou o município teria uma situação epidemiológica privilegiada/diferente no controle da TB, comparada a países desenvolvidos? Por que motivo?

Buscando refletir sobre esses questionamentos, podemos dizer que a implantação de um PCT em um determinado território propicia, do ponto de vista epidemiológico um aumento progressivo na cobertura populacional associado a uma intensificação na procura de casos bacilíferos. Este fato resulta em um aumento das notificações, refletindo nas taxas de incidência, seguindo-se uma estabilização e queda gradativa no tempo (KUSANO, 2000). Levando-se em consideração apenas essa situação, epidemiologicamente, a incidência de TB em São José do Rio Preto parece não ter apresentado a tendência esperada no período analisado.

As questões acima apresentadas remetem ao quadro teórico deste estudo, quando das reflexões de Ruffino Netto (2000) a respeito das dificuldades na implantação do PCT nos serviços de saúde no país. Para o autor, da população total de um território, em que existem casos de TB espalhados pela comunidade, somente uma parcela demandará assistência às Unidades de Saúde, principalmente por problemas de acesso a esses serviços. Ainda dos que procuram o atendimento, alguns conseguirão receber assistência médica e, destes, serão diagnosticados somente outra parcela, resultando aqui no coeficiente de incidência do município. Portanto, a análise do coeficiente de incidência do município deverá levar em consideração todos os aspectos levantados nas reflexões do autor a respeito do

tema e será retomado quando da análise da reorganização dos serviços de saúde e da reestruturação do programa.

Outra questão a ser discutida seria o papel significativo dos hospitais na descoberta de casos de TB no município, que será abordada mais adiante. Assim menor incidência, quando comparada a outros níveis e manutenção da mesma, poderia também ser explicada por aspectos operacionais, como a baixa procura por sintomáticos respiratórios nas Unidades de Saúde da rede básica do município.

Ilustrando melhor os questionamentos acima mencionados, julgou-se importante analisar os percentuais de detecção de casos e de sintomáticos respiratórios examinados no período.

A estimativa do número de casos de TB pode ser feita por meio de diversos métodos e a adoção de um ou outro dependerá do tamanho do município, da disponibilidade de dados populacionais e outros. A utilização da estimativa do número de casos de TB pelo número de SR estimado, é um dos métodos adotados sendo calculado da seguinte forma: tomar a população (P) do ano no município, e sobre ela calcular 1%, que é a taxa esperada de SR na população. Para determinar o número de casos pulmonares positivos esperados, aplicar a taxa estimada de confirmação bacteriológica entre os SR examinados, que é de 4% (BRASIL, 2002a).

O percentual do número de casos de TB notificados e estimados é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. População de São José do Rio Preto, casos notificados e estimados e percentual de detecção 1985-2004

Ano	População	Incidência de Casos		
		Casos Notificados	Casos Estimados	% Detecção
1985	231821	59	168	35,1
1986	240677	74	174	42,5
1987	249406	59	181	32,6
1988	257954	64	187	34,2
1989	266282	66	193	34,2
1990	274408	77	200	38,5
1991	283761	76	205	37,0
1992	291480	113	212	53,0
1993	299927	99	218	45,4
1994	304564	103	222	46,4
1995	309084	91	223	40,8
1996	326315	126	236	53,4
1997	334152	105	244	43,0
1998	343017	113	249	45,4
1999	351942	142	256	58,2
2000	358523	116	260	44,6
2001	367248	122	267	45,7
2002	374745	102	272	37,5
2003	382273	136	278	49,0
2004	389781	108	283	38,2

Fonte: GVE – DIR XXII e EPITB – SMSH

De acordo com o Quadro 1, observa-se que o percentual de detecção de casos variou entre 37 e 58%, sendo que em 2004 apresentou uma diminuição importante quando comparada ao período anterior. Essa situação pode estar relacionada ao fato de que as fichas ainda não estavam digitadas no EPITB, uma vez que dados não eram definitivos e portanto, sujeitos a alteração.

Embora o MS (Brasil, 2004a) e a OMS (WHO, 2005) tenha como meta para os PNCT detectar 70% dos casos estimados da doença, o município alcançou apenas cerca de metade do esperado.

Sobre esse aspecto, ainda, a situação de São José do Rio Preto está em consonância com o nono relatório da OMS (WHO, 2005), o número total de casos de TB notificados por todas as formas e fontes aumentou muito pouco entre 1995 e 2003. Nesse período a taxa média de detecção da tuberculose foi de 42%.

Em uma análise anterior relacionada à taxa de detecção no país no período de 1982 a 1999, Ruffino-Netto (2001) encontrou um declínio constante das mesmas, porém estas se mantiveram em torno de 70%.

Os dados acima apresentados confirmam o que foi discutido a respeito da Figura 1, que o município de São José do Rio Preto apresenta sempre menor risco de adoecer em relação ao Brasil e estado de São Paulo, propiciando outras hipóteses: O que teria ocorrido durante todo o período para que esse quadro se mantivesse estável e abaixo do esperado? A Vigilância Epidemiológica não estaria atuando efetivamente, mantendo assim a discrepância entre o observado e o esperado? Os serviços de saúde no município não estariam suficientemente organizados para a detecção de casos? Ou os valores que se espera estariam

superestimados? As condições políticas, sociais e econômicas do município teriam alguma interferência nestes resultados?

Todas as hipóteses poderiam ser aceitas. O mais provável é que a busca de casos não esteja sendo realizada dentro do que se espera, porém isto não se confirma quando se analisa o aumento do número de baciloscopias realizadas em sintomáticos respiratórios (SR).

Para a OMS (WHO, 2005) e Ministério da Saúde (BRASIL, 1999a), o principal indicador da intensidade da busca ativa de casos, é o número de sintomáticos respiratórios que foram identificados como tal e realizaram exame de baciloscopia de escarro. A maior dificuldade, no entanto, é medir esse indicador, principalmente no estado de São Paulo, que conta com grande número de serviços de saúde espalhados pelos mais de 600 municípios, inúmeros laboratórios públicos e privados, que atendem a usuários provenientes de diferentes serviços de saúde, tanto ambulatoriais como hospitalares e de urgência (SANTOS, 2003).

A matriz programática do PCT prevê que anualmente 1% da população apresente sintomas respiratórios (BRASIL, 2002a). Partindo deste pressuposto, o Quadro 2 pretende analisar as questões referentes às baciloscopias realizadas em SR no município de São José do Rio Preto.

Quadro 2. População de São José do Rio Preto, sintomáticos respiratórios estimados e examinados e percentual de examinados em relação aos estimados, 1996-2004

Ano	População	SR Estimado	SR Examinado	% SR Examinado em relação aos Estimados
1996	326315	3263	666	20,4
1997	334152	3341	715	21,4
1998	343017	3430	687	20,0
1999	351942	3519	768	21,8
2000	358523	3585	1694	47,3
2001	367248	3672	2331	63,4
2002	374745	3747	1694	45,2
2003	382273	3822	3001	78,5
2004	389781	3897	2729	71,4

Fonte: GVE-DIR XXII e LABTB-SP

O Quadro 2 revela que a porcentagem de SR examinados em relação aos estimados no período de 1996 a 1999 esteve em torno de 20%. No ano 2000, observa-se uma melhora significativa nesse percentual, provavelmente, devido a Campanha de Busca de SR realizada no estado de São Paulo (SÃO PAULO, 2000a), fato este, que resultou em incremento nos resultados, chegando a 45%. Em 2001 houve um aumento substancial para 60%. Já, em 2002, ocorre novamente uma queda neste percentual, que em 2003, chega a 78%, atingindo a meta da OMS de 75% (WHO, 2001).

Mesmo que este indicador seja considerado vulnerável pela Coordenação Nacional de Controle da Tuberculose devido à qualidade do preenchimento e coleta de dados, evidencia que a procura por casos de TB esteve muito abaixo do esperado no município de São José do Rio Preto até o ano 2000.

Sobre isto ((RUFFINO NETTO & SOUZA, 1999), p. 38), encontrou no país a mesma situação do município em relação à detecção de casos e acrescenta que: “Se é verdade que o número estimado de casos poderá estar superestimado, mais verdadeiro ainda será supor que o número de casos observados está muito aquém do desejado”.

A situação apresentada nos remete a outra indagação: por que o município, mesmo aumentando a busca ativa com o exame de SR a partir do ano 2000, continuou apresentando praticamente o mesmo percentual de detecção de casos?

Essa situação pode ser explicada com base na teoria de Ruffino Netto (1991), de que a proporção de SR entre os adultos que procuram os serviços de saúde para consulta, depende da: população, características dos serviços de saúde, demanda da população e definição de SR. Quando se analisa a prevalência de TB entre SR segundo duração dos sintomas, observam-se variações que traduzem muito mais diferenças de níveis culturais que propriamente epidemiológicos.

O município de Ribeirão Preto, que possui um terço a mais da população de São José do Rio Preto, apresentou uma situação semelhante, atingindo 25% da meta de baciloscopias de escarro para detecção de SR no período de 1994 a 2001 (MUNIZ, 2004).

A questão da busca ativa por SR, foi estudada por Dye et al. (2003), que analisou 148 países que adotaram a estratégia DOTS. Um dos resultados da pesquisa mostra que somente 27% de todos os doentes estimados com exame de escarro positivo foram notificados naquele ano. Os autores destacam que, dos 22 países com maior carga de TB, que respondem por 80% dos casos novos da doença

no mundo. Apesar da expansão dos programas de controle a TB, a porcentagem de detecção de casos novos em exame de escarro positivo permaneceu entre 40 e 50%. Algumas recomendações foram feitas a partir destes resultados: a busca de casos novos e métodos de gerenciamento a fim de fazer a ponte entre o número de casos detectados e a meta que se pretende chegar; melhorar a acurácia das estimativas nacionais de incidência de TB, sobretudo reforçando e expandindo a rotina de vigilância.

Para Muniz (2004), estas considerações reforçam a necessidade de conhecer aspectos que dificultam a realização da busca de novos casos de TB, pois, a identificação de sintomáticos respiratórios na comunidade exige vigilância constante no acompanhamento de indivíduos e famílias, sendo que a identificação de SR segundo a mesma autora é uma ação complexa e não uma simples indagação sobre a tosse. Nessa ação é preciso assegurar a abordagem ao doente, livre de preconceitos, tendo claro o conceito do processo saúde-doença da TB, a maneira de colher o escarro, o tratamento e a possibilidade da cura.

Nesse sentido, surgem outros questionamentos a respeito dos aspectos relacionados ao baixo percentual de detecção de TB no município pelas UBS. Por que as UBS não estariam procurando SR? Estariam os profissionais e os responsáveis pela organização dos serviços de saúde, as instituições responsáveis pela formação desses profissionais e a própria população acreditando que a tuberculose é doença do passado?

A crença que a tuberculose é doença do passado e, portanto, não é procurada e nem tão pouco encontrada, permeia os serviços e recursos humanos em

saúde e as Universidades, escolas formadoras destes recursos humanos (RUFFINO-NETTO, 2000).

O estudo realizado por Meirelles (2003), no município de São José do Rio Preto, a respeito do conhecimento sobre TB entre os profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que trabalham em Unidades Básicas de Saúde corrobora com estas hipóteses apresentadas e com as afirmações do autor acima citado. Os resultados apontaram a falta de conhecimento básico sobre a doença (definição da fonte de infecção, diferença na transmissão entre adultos e crianças e definição da baciloscopia como método diagnóstico prioritário) principalmente entre os profissionais médicos e enfermeiros.

Tomando por base as questões acima discutidas, pode-se questionar o modelo formador de recursos humanos para a saúde no município que provavelmente vem contribuindo na manutenção do modelo curativista, centrado na visão essencialmente biológica e reducionista do agravo, interferindo de forma negativa nas ações de controle da TB em São José do Rio Preto pela Atenção Básica.

1.1.2. Coeficiente de Incidência por sexo

A variável sexo por muitos anos não foi considerada importante na vigilância epidemiológica da TB. Recentemente foram desenvolvidos em vários países estudos controlados, colocando em discussão a questão do gênero.

Os dados da literatura apontam que os homens são mais acometidos por tuberculose em relação às mulheres. Nos países em desenvolvimento, dos casos novos notificados dois terços são do sexo masculino (THORSON, DIWAN, 1998).

Na Figura 3, são apresentados os coeficientes de incidência de TB em São José do Rio Preto entre 1998 e 2004, geral e segundo sexo, padronizados diretamente pela população do estado de São Paulo de 2002.

Figura 3. Coeficientes de incidência padronizados de tuberculose, segundo sexo, São José do Rio Preto, 1998-2004

A mesma Figura mostra que no período de 1998 a 2004 os Coeficientes de Incidência Geral – (CI_G), variaram entre 25 e 39/100 000 habitantes. Nos homens os valores foram de 38 a 62/100 000 habitantes e nas mulheres de 14 a 24. Notam-se novamente menores valores totais do município em relação ao estado de São Paulo, conforme observado na Figura 2. A incidência nos homens foi duas a três vezes maior do que nas mulheres.

A identificação neste estudo de um maior risco de adoecer por TB no sexo masculino está de acordo com outras pesquisas (SASSAKI, 2003; GAZETTA 1999; CAMINERO, 1995). As razões de maior risco para os homens de adoecer por TB podem estar relacionadas a fatores biológicos, como hábitos de vida e a possibilidade das mulheres serem mais resistentes e cuidadosas com a saúde do que os homens. Outra explicação seria as subnotificações em mulheres (PEREIRA, 1999).

Vários autores afirmam que existe similaridade no risco de adoecimento em ambos os sexos até a adolescência. Na fase adulta o risco maior nos homens do que nas mulheres (WHO, 2005; HOLMES, HAUSLER & NUNIN 1998; STYBLO; 1991).

Em contrapartida aos achados de Sassaki (2003); Gazetta (1999), Caminero (1995) e os resultados deste estudo, Olvera (2005), analisando o PCT em uma jurisdição sanitária no México encontrou, em relação ao gênero, 53% de homens e 47% de mulheres, em uma proporção de quase 1:1.

1.1.3. Coeficiente de Incidência por faixa etária, em São José do Rio Preto

A idade é uma das características individuais da TB, devendo necessariamente ser levada em consideração pelos médicos, quando da possibilidade de um diagnóstico para a doença (BRASIL, 2002c). A TB atinge principalmente as pessoas na idade produtiva entre 15 e 59 anos (70%), tendo características diferentes segundo as faixas etárias. Entre 15 e 29 anos ela reflete a tuberculose primária de pessoas recém-infectadas. Quando atinge elevados índices, há uma grande possibilidade de se encontrar muitas fontes de infecção na região.

Ott & Gutierrez (1993) também destacam, em seu estudo, que esta variável é importante na identificação de risco da doença em certos grupos etários, principalmente em relação às medidas de prevenção na vigilância epidemiológica da TB, pois, uma vez infectado pelo bacilo, a evolução progressiva para a doença vai depender do grau de imunidade natural do indivíduo e, da predisposição ao desenvolvimento da enfermidade, fatores estes, intimamente ligados à faixa etária e sexo.

Na Figura 4, são apresentados os coeficientes de incidência de TB, para o município segundo faixas etárias, período compreendido entre 1998 e 2004:

De acordo com a Figura 4, os coeficientes de incidência de tuberculose na faixa etária de 0 a 14 anos variaram entre 2 e 3 casos por 100 000 habitantes. Na faixa etária de 15 a 49 anos variaram entre 33 e 44. Na faixa etária de 50 anos e mais, chama atenção o coeficiente que esteve próximo à faixa etária de 15 a 49 anos até o ano 2000 e, a partir de 2001 se sobressai atingindo em 2002, 52 casos por 100.000 habitantes, mantendo-se estável no ano seguinte e, apresentando pequena queda em 2004.

Quais os motivos para esta peculiaridade epidemiológica do município, onde a incidência é maior no grupo etário de 50 anos e mais?

Várias hipóteses poderiam explicar o problema. A primeira seria em relação a erro no sistema de informação, o que não seria plausível, uma vez que, desde 1998 a SMSH-SJRP, dispõe do sistema de Informação EPITB, onde as fichas de notificação são digitadas e conferidas pelo enfermeiro e coordenador do programa periodicamente.

A segunda hipótese poderia estar relacionada à porcentagem de idosos na estrutura etária do município e pela qualidade de vida em São José do Rio Preto ser melhor e portanto, a TB seria postergada para grupos etários mais velhos. A este respeito, será discutida na análise dos indicadores sociais, a relação entre o resultado apresentado neste primeiro momento.

A tendência, geralmente observada, de aumento da incidência da doença com o avanço da idade pode ser parcialmente explicada pelo aumento cumulativo da prevalência da infecção tuberculosa (RIEDER, 2001). Para Comstock, Livesay & Woolpert (1974) os adolescentes e os adultos jovens parecem estar especialmente propensos à progressão da infecção latente para a doença clínica,

comparativamente as crianças com cerca de 10 anos de idade. Já as variações relacionadas com o estágio de maturidade não explicam o aumento constante da incidência da TB em adultos com 60 anos e mais (STEAD & LOFGREN, 1983).

Nos países desenvolvidos, a idade média dos doentes de tuberculose tem aumentado progressivamente nas últimas décadas, com a maior parte dos casos ocorrendo entre os idosos. Na Finlândia, em um período de 30 a 40 anos, a idade média de pacientes com TB cresceu em 30 anos passando da geração dos pais para a dos avôs (RIEDER, 2001).

O município de São José do Rio Preto apresenta, portanto, um perfil de país desenvolvido, também em relação à ocorrência expressiva de TB na faixa etária de 50 anos e mais.

Vendramini et al. (2003) atribuem a responsabilidade pelo aumento da incidência de TB em idosos no Brasil à eficácia da vacinação BCG à redução do risco de infecção na comunidade e o crescimento da população de adultos e idosos.

Outra hipótese poderia estar relacionada ao fato de São José do Rio Preto ter uma alta taxa de coinfeção TB/HIV, e que a tendência atual do vírus da AIDS estar acometendo de forma surpreendente os idosos (BRASIL, 2002d), poderia influenciar o perfil da TB no município em relação à faixa etária mais elevada.

Os dados relacionados à coinfeção TB/HIV por faixa etária em São José do Rio Preto, no período de 1998 a 2004 são apresentados na Figura 5.

Os resultados apresentados na Figura 5 mostram que o grupo etário mais acometido pela AIDS no município é o de 20 a 49 anos, não confirmando, portanto, a hipótese de que a alta taxa de TB em idosos no município poderia estar associada a um alto percentual de casos de AIDS nesse grupo etário. No entanto, observa-se uma tendência de aumento da coinfeção TB/HIV na faixa etária de 50 anos e mais, a partir do ano de 2002.

Para Ruffino Netto (2004), o componente envelhecimento da população (EPOP), criado por ele para entender a carga da TB como problema de saúde pública, tem implicação direta nos resultados do comportamento da doença no município, pois fatores como idade, nutrição, forma de reposição de energias gastas, lazer e estresse, podem condicionar a resistência natural ou adquirida do indivíduo, influenciando na patogenicidade da doença (RUFFINO NETTO, 1991).

1.2. Coeficientes de Mortalidade

Em continuidade à avaliação dos indicadores epidemiológicos da TB, serão analisados coeficientes de mortalidade totais e segundo sexo, padronizados diretamente no estado de São Paulo e no Brasil no período de 1985 a 2002.

O mesmo coeficiente, para o município de São José do Rio Preto, é apresentado no período de 1986 a 2004. Posteriormente será apresentado o coeficiente, segundo as faixas etárias, padronizado diretamente comparando-se o município de São José do Rio Preto com o estado de São Paulo e Brasil, no período de 1985-2002.

O coeficiente de mortalidade, como indicador epidemiológico será utilizado neste estudo, embora, na atualidade, tenha diminuído sua importância na avaliação do comportamento da tuberculose em um determinado território. Ele foi por muito tempo, o principal indicador da magnitude e tendência da doença.

A partir da introdução da moderna quimioterapia no tratamento específico da TB, houve uma redução na letalidade, alterando, por conseguinte, a duração média da doença, modificando sua história natural. O número de óbitos e sua correlação com o total de casos em determinada população, passa a não mais existir, em função do risco de adoecimento, sem que isto reflita nas taxas de mortalidade (BRASIL, 2002c).

O coeficiente de mortalidade deixa então de ser um indicador epidemiológico da magnitude do problema passa a ser considerado um indicador da qualidade de programa de tratamento, relacionado à descoberta de casos e tratamento, principalmente em locais onde as taxas de mortalidade ainda têm níveis

médios ou elevados. Assim, pode-se considerar que a mortalidade representa, indiretamente, a capacidade do PCT em alterar o padrão de sobrevivência dos portadores de tuberculose (BRASIL, 1999b).

1.2.1. Coeficiente de mortalidade por tuberculose segundo sexo

Para a vigilância epidemiológica da TB, de maneira geral, o coeficiente de mortalidade por sexo tem pouca importância na atualidade (KUSANO, 1999). No entanto, Holmes, Hausler & Nunin (1998) chamam a atenção para a necessidade de revisão periódica do dado, pois o mesmo poderá ser importante no estabelecimento de estratégias para o PCT em uma comunidade, inclusive propiciando um aprimoramento e melhoria da atenção em determinados grupos de idade e sexo.

Na Figura 6, têm-se os coeficientes de mortalidade total e por sexo para o nível federal, estadual, no período de 1985 a 2002 e na Figura 7, o mesmo coeficiente para o município, no período de 1986 a 2004, padronizados diretamente.

Figura 6. Coeficientes de mortalidade por tuberculose padronizados totais e segundo sexo, estado de São Paulo e Brasil, 1985-2002

Comparando-se as Figuras 6 e 7 observa-se que os coeficientes são semelhantes para o Brasil e estado de São Paulo, tanto os valores totais como segundo sexo. No município os valores foram sempre menores que nos outros níveis (média de 1,4 óbitos/100 000 habitantes), enquanto no país, no mesmo período, a média foi de 4,2 e no estado de São Paulo 4,3. Uma das possíveis explicações para este comportamento no município seriam as menores incidências

apresentadas e fatores como subnotificação de casos e óbitos também devem ser levados em consideração.

Os coeficientes de mortalidade nos homens foram, nos três níveis, duas a três vezes maiores que nas mulheres, provavelmente devido aos menores coeficientes de incidência nas mulheres como verificado anteriormente.

Os resultados acima citados remetem esta análise a alguns questionamentos: a que se deve o aumento do coeficiente de mortalidade por TB em 1986 no município? O que teria ocorrido nos anos de 1991 e 2001 em relação ao coeficiente de mortalidade da doença que sofreu uma queda brusca? A mortalidade, que já estava diminuindo, apresentou um declínio ainda maior nos dois últimos períodos citados. Houve alguma implementação no PCT em 1990 e 2001? Seria erro de notificação? O Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) apresentou algum problema no período?

A situação da saúde no país, na década de 80, foi marcada pela intensa crise nos serviços, que culminaram com o movimento da reforma sanitária, congregando os diversos atores sociais que atuavam no setor, que denunciaram as más condições de saúde e as dificuldades de acesso aos serviços. Provavelmente esta situação teve reflexos no município, que apresentou um aumento no coeficiente de mortalidade em 1986. Outra hipótese seriam problemas no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), que não estava implantado no município nesse período e provavelmente apresentou problemas de registro.

A diminuição do coeficiente de mortalidade no ano de 1991 pode estar relacionada com o processo de reorganização dos serviços de saúde na implantação e implementação dos princípios e diretrizes do SUS a partir de 1990, mesmo com a

desestruturação do PCT no governo Collor de Mello. No estado de São Paulo, no entanto, essa reorganização ocorreu a partir de 1988, com o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e provavelmente o estado de São Paulo e o município não tenham sofrido as mesmas consequências do país como um todo. Mas a hipótese mais provável seria problemas no sistema de notificação (SIM) sem a estrutura apropriada que tem atualmente.

Em relação ao ano de 2001, uma das hipóteses para a diminuição do coeficiente de mortalidade seria o resultado positivo da Campanha de Busca Ativa de SR em 2000 (SÃO PAULO, 2000b), que envolveu todas as UBS e Unidades de Referência do município. A partir deste momento, algumas UBS e Unidades de Saúde da Família passaram a realizar o diagnóstico, tratamento e controle da TB iniciando a reestruturação da SMSH, quando assumiu o novo gestor.

Outra hipótese seria a busca ativa de casos subnotificados de AIDS em Declaração de Óbito (DO) e prontuários de hospitais do município no ano de 2002, iniciativa do Programa de DST/AIDS por meio da qual foram encontrados e notificados muitos casos de AIDS não notificados nos anos anteriores, elevando significativamente os coeficientes de morbi-mortalidade em 2003.

1.2.2. Coeficientes de mortalidade por tuberculose segundo as faixas etárias

A mortalidade por tuberculose difere muito com a idade e a forma da doença, porque certos grupos podem ser mais susceptíveis à busca de caso, ao tratamento e, portanto, de ser curado, mais do que outros (KUSANO, 2000). O

estudo desse coeficiente contribui com informações adicionais na vigilância epidemiológica da TB, pois, identifica grupos susceptíveis e permite comparações com outras regiões.

Na Figura 8, são apresentados os coeficientes de mortalidade para as faixas etárias de 15 a 49 anos e 50 anos e mais, para os três níveis no período de 1985 a 2002.

Figura 8. Coeficientes de mortalidade por tuberculose, padronizados, segundo as faixas etárias, São José do Rio Preto, estado de São Paulo e Brasil, 1985-2002

Observa-se que na Figura 8 os valores apresentados são semelhantes para o nível federal e estaduais e menores para o nível municipal. Os valores dos coeficientes de mortalidade para a faixa etária de 50 anos e mais foram superiores nas três situações. No município o valor, quando comparado à faixa etária de 15 a 49 anos, é ainda mais significativo. O resultado aponta maior vulnerabilidade à doença entre os mais idosos.

Os coeficientes para a faixa etária de 0 a 14 anos, no município foram sempre iguais a zero e para o estado de São Paulo e Brasil variaram entre 0,1 e 0,7 óbitos por 100 000 habitantes. Esse resultado pode estar refletindo a boa cobertura vacinal para tuberculose neste município, que no ano de 1996 tinha uma cobertura de 94,09% passando em 2001 a 134,97%, evitando assim as formas graves e fatais da doença nas faixas etárias mais jovens.

Em relação à elevada mortalidade na faixa etária acima de 50 anos e mais, segundo Vendramini et al. (2003) pode-se dizer que provavelmente seja influenciada pela dificuldade no diagnóstico nesta faixa etária.

Otto & Gutierrez (1993) afirmam que em áreas com alta prevalência da doença, existe uma elevação de óbitos na idade de 0-4 anos e em adultos jovens de 20-40 anos. Por outro lado, em países onde a TB não é considerada problema de saúde pública, a mortalidade por grupo de idade ocorre em sua maioria na população acima de 45 anos ((MOTA et al, 2001; CRUZ, 1993; OPAS, 1990; WATSON, 1990; MURRAY, STYBLO & ROILLON, 1990).

Contrariando as proposições acima, Selig et al (2004), em estudo sobre óbitos atribuídos a tuberculose no estado do Rio de Janeiro, constataram que a mediana da idade estava entre adultos e não entre idosos, o que sugere, uma transmissão exógena apontando para um elevado risco de infecção (CHAIMOWICZ, 2001).

1.3. Casos de tuberculose por forma clínica

A tuberculose pulmonar é a forma mais freqüente da doença e possui a maior repercussão epidemiológica, principalmente os casos positivos ao exame direto de escarro. O contato do bacilo com o organismo é feito por via inalatória, sendo o pulmão o principal órgão atingido pela doença. A maioria destes pacientes apresenta sintomas, especialmente tosse com expectoração por três semanas ou mais, caracterizando o sintomático respiratório. Outros órgãos podem também ser afetado, tal como os gânglios linfáticos, pleura, meninges, pericárdio, ossos, rins, fígado e intestinos, entre outros, designando-se essa situação por tuberculose extrapulmonar. Nesses casos, depois de penetrar no organismo através da via respiratória, o *M. tuberculosis* pode se disseminar e instalar-se em qualquer órgão. Apenas em algumas poucas formas há concomitância com a tuberculose pulmonar ativa e, muito raramente se consegue observar evidência da passagem do bacilo pelo pulmão (BRASIL, 2002c).

A Figura 9 assinala o percentual de casos novos de tuberculose em relação às formas de manifestação da doença: extrapulmonar, pulmonar + extrapulmonar e pulmonar, entre 1998 e 2004.

Observa-se na Figura 9 que, no período analisado, houve uma predominância da forma pulmonar que variou entre 78 e 65% do total de casos novos. A forma extrapulmonar apresenta tendência de manutenção da frequência durante o período, em torno de 20%, com ligeiro aumento no ano de 2004. A forma pulmonar no país durante o período analisado esteve em torno de 85% e no estado de São Paulo entre 82 e 85% (SÃO PAULO, 2004b; SANTOS, 2003).

Teixeira (2003), em seu estudo sobre a tendência da incidência da doença em Belo Horizonte – MG, salienta a importância de discutir a relação das formas pulmonar e extrapulmonar (P/E) da TB em função das diferentes implicações epidemiológicas que essa razão pode representar, uma vez que a forma pulmonar

alimenta a cadeia de transmissibilidade da doença. Porém a forma extrapulmonar da doença indica quadros de imunossupressão do organismo, causados principalmente pela presença da coinfeção TB/HIV. Se a razão P/E aumenta em função da forma pulmonar, pode-se dizer que a doença está sendo disseminada por falta de controle da própria TB. Mas a ocorrência de diminuição da relação P/E devido a um aumento da forma extrapulmonar, poderia indicar um possível aumento das doenças imunossupressoras, apesar de a forma pulmonar também ser sensível a situações de imunossupressão do organismo. Esta última hipótese corrobora com os dados encontrados no município de São José do Rio Preto, que a partir do ano 2000 apresentou uma diminuição na razão P/E em função do aumento da forma extrapulmonar, provavelmente devido à alta taxa de coinfeção TB/HIV em São José do Rio Preto. Outra explicação seria o maior uso de tecnologia apropriada pelo programa nas investigações diagnóstica, uma vez que no município os hospitais realizam a maioria dos diagnósticos da doença.

1.4. Coinfeção TB/HIV

A epidemiologia da TB foi modificada e o seu controle tornou-se mais complexo com o aparecimento do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (BRASIL, 2002c).

A infecção HIV pode alterar a epidemiologia da tuberculose de três maneiras diferentes (SUTHERLAND, 1990): reativação endógena de uma infecção prévia pelo *M. tuberculosis* em pessoas que se infectam pelo HIV; progressão para a doença da infecção pelo *M. tuberculosis* em pessoas com infecção prévia pelo HIV;

transmissão do bacilo da tuberculose à população geral por doentes tuberculosos que adquiriram a doença devido à infecção HIV.

A coinfeção TB/HIV preocupa as autoridades sanitárias, pela evolução do estado de infecção para o adoecimento ser muito diferente entre pessoas imunocompetentes e as infectadas pelo HIV. Na primeira, as chances de evolução da infecção tuberculosa para a doença são de 10% ao longo de sua vida, no infectado pelo HIV essa chance passa a ser de 8 a 10% ao ano (BRASIL, 2002c).

Na Figura 10, são apresentadas as proporções de casos novos de TB e coinfectados por TB/HIV no período de 1998 a 2004.

A Figura 10 evidencia que as proporções de casos de coinfeção TB/HIV variaram entre 35% e 51%. Essas taxas, consideradas altas, levaram o município a ser classificado como prioritário pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose, recebendo incentivos do governo estadual e federal para o tratamento de seus doentes. A partir do ano de 2001 ocorreu uma ligeira diminuição taxa de coinfectados TB/HIV, atingindo em 2004 uma pequena elevação chegando a 40%.

A situação acima apresentada se deve, provavelmente, pelo fato do município de São José do Rio Preto liderar o ranking de casos de AIDS no Estado de São Paulo e estar classificada como a segunda do País, perdendo apenas para Itajaí, segundo o último boletim divulgado pelo Programa Nacional de DST/AIDS, com data de 2002 (BRASIL, 2002d). Ressalta-se que o município de São José do Rio Preto em uma série histórica de 23 anos (1980-2003) apresentou a 6ª colocação no número total de casos no estado de São Paulo (BRASIL, 2004b).

No Brasil, a porcentagem da coinfeção TB/HIV em 2003 correspondia a 8% do total de casos (SANTOS, 2003) e no estado de São Paulo no mesmo período a taxa era de 13% (SÃO PAULO, 2004b). Em Campinas-SP a

taxa de coinfeção atingiu em 2002, 25,5% (OLIVEIRA, MARIN-LEON & GARDINALLI, 2005).

A situação preocupante de São José do Rio Preto em relação à coinfeção TB/HIV remete esta pesquisa aos seguintes questionamentos: por quais motivos o município possui uma elevada taxa de quando comparado ao país e estado de São Paulo? Como esta questão pode influenciar os resultados do PCT no município?

O município de São José do Rio Preto, por ter um importante entroncamento rodo-ferroviário, é considerado uma das quatro mais importantes rotas de tráfico de drogas no estado de São Paulo, sendo provavelmente esse, um dos motivos da alta taxa de coinfeção com o vírus da AIDS.

A este respeito o jornal “Diário da Região”, de 10 de julho de 2005, (PRETTI, 2005), publicou que Rio Preto faz parte da chamada rota caipira da droga,

trecho de passagem entre mercados produtores estrangeiros e os mercados consumidores paulistano e carioca. A droga que abastece a região não tem como destino final usuários locais – é apenas parte do total encaminhado para outras praças... parte dos “quilos” de cocaína, maconha e pasta-base são destinados a bocas de fumo. Os tubarões do tráfico acionam os chamados maleiros e distribuem a droga entre os cabeças dos bairros.

Outro motivo a ser considerado é o fato do município apresentar uma vigilância epidemiológica eficiente no controle da AIDS e contar com um sistema de saúde que envolve a busca ativa de casos de AIDS na Atenção Básica, com o programa de Aconselhamento implantado em todas as UBS's, possuir um Centro de Referência de Tratamento de AIDS e um Ambulatório de Referência no Hospital de Base, além de possuir vários hospitais que contam com excelente e moderna tecnologia no atendimento a esses doentes.

O programa de controle da AIDS é bem estruturado e realiza periodicamente busca de casos de óbitos em cartórios, prontuários, hospitais e outros. Essas questões associadas a eficiente retaguarda do movimento social organizado para a AIDS, com atuação prática, funcional e política do município, com ampla representatividade no Conselho Municipal de Saúde, visando à manutenção do abastecimento periódico de medicamentos, tornando o programa pólo de atração para o diagnóstico e tratamento da doença. Muitos doentes, de outras localidades, utilizam endereço de familiares, estando notificados no Banco para a Vigilância da Tuberculose como residentes em São José do Rio Preto, pois sabem que terão assistência integral no atendimento à sua patologia e outras necessidades sociais.

A OMS refere que poucos programas de controle da tuberculose em países com elevada prevalência de HIV atingem resultados de tratamento adequados (WHO, 2001). As conseqüências desse fato incluem não apenas um aumento do peso da tuberculose, mas também o risco aumentado de resistência medicamentosa (PABLOS-MENDEZ, RAVIGLIONE, LASZLO et al, 1998) que complica enormemente, e aumenta os custos do controle da tuberculose (FARMER, BECERRA & KIM, 1999). Para a instituição são necessários recursos adequados e competência de ordem técnica para que os programas atinjam e mantenham um desempenho com qualidade. Em países com grande peso de TB/HIV, bons programas nacionais de controle da tuberculose tiveram êxito em conter o impacto do HIV na tuberculose em termos das

taxas de notificação dos casos e risco anual da infecção tuberculosa. (TUBERCULOSIS CONTROL IN THE ERA OF THE HIV EPIDEMIC: RISK OF TUBERCULOSIS INFECTION IN TANZANIA, 2001).

O TS tem se mostrado importante aliado dos programas de controle da doença. A OMS recomenda o TS como uma de uma série de medidas importantes que visam a promoção da aderência dos doentes coinfetados com o HIV ao tratamento até ao final do mesmo. (MAHER et al., 1997).

O município de São José do Rio Preto iniciou o TS em 1998 para os doentes coinfetados com o HIV. O estudo realizado a esse respeito (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004B) mostra que o programa apresentou inicialmente uma maior cobertura para este tipo de tratamento entre os coinfetados. Em 2001 e 2002 a cobertura com o TS para estes doentes estiveram em torno de 65%.

Ao se analisar a coinfeção TB/HIV no município a partir das reflexões de Ruffino Netto (2004) a respeito da carga da tuberculose como um problema de saúde pública, pode-se inferir que o componente prevalência de HIV+/AIDS (PHIV), na expressão por ele utilizada, apresenta um peso significativo no comportamento da TB e dos resultados de tratamento. No entanto para o município, que apresenta alta taxa de coinfeção, os resultados do programa para os coinfectados tem se mostrado extremamente positivos, com taxa de cura adequada e de abandono abaixo do máximo esperado.

1.4. Cura e abandono

A cura da TB tem sido a grande preocupação dos profissionais que trabalham com o controle da doença em todo mundo. Santos (2003), em seu estudo, salienta que de nada adianta descobrir precocemente os casos, se os mesmos não forem conduzidos à cura.

Vários estudiosos têm ressaltado que a cura da TB depende de muitos fatores, pois, o tratamento apesar de comprovadamente eficaz, em torno de 97% dos casos (BRASIL, 2002c), necessitam de pelo menos seis meses para alcançar a cura e evitar as recidivas. Nesse contexto, torna-se imprescindível à adesão dos doentes ao tratamento, evitando assim o abandono.

A não adesão ao tratamento na TB tem também como consequência: aumento nos indicadores de incidência, mortalidade e multiresistencia (WHO, 2004). O paciente que abandona o tratamento torna-se uma importante fonte de transmissão do bacilo, principalmente para os indivíduos infectados pelo HIV.

As metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro são de descobrir 70% dos casos de tuberculose estimados, curá-los em 85% e considerar um nível máximo de abandono em 5% (BRASIL, 2004a).

A OMS reconhece que a baixa adesão é a principal causa de falência do controle da TB, pelo inadequado manejo dos instrumentos disponíveis, seja em países desenvolvidos ou em desenvolvimento (KOCHI, 1991). Esta questão está intimamente relacionada a alguns aspectos como o processo de adoecimento do doente, sua

inserção na sociedade, como também, ao processo de produção da saúde (BERTOLOZZI, 1998; VENDRAMINI et al., 2002).

A Figura 11 apresenta as porcentagens de casos novos, cura e abandono.

Nota-se na Figura 11 que as porcentagens de cura mantiveram-se em torno de 60% entre 1998 e 1999. A partir do ano 2000 houve melhora nessa taxa, chegando a 77% em 2001. O baixo percentual no ano de 2004 deve-se, provavelmente, aos casos que ainda não haviam recebido alta até então.

Apesar da taxa de cura ter melhorado no período estudado, o município ainda não atingiu a meta estabelecida pelos organismos internacionais e nacionais, de curar 85% dos casos diagnosticados. Quais seriam os motivos? Alto percentual de casos de coinfeção TB/HIV interferindo no resultado de cura?

A Figura 12 mostra o percentual de coinfeção TB/HIV de 1998 – 2004.

De acordo com a Figura 12, a taxa de cura, principalmente a partir do ano 2000 que era de 60%, atingiu, em 2003, 75% dos doentes com teste anti-HIV positivo. O abandono no mesmo período, principalmente a partir de 2002, esteve abaixo do máximo recomendado pelo MS (5%), não apresentando em 2002 e 2003 nenhum caso. Os resultados do ano de 2004 refletem a situação já mencionada anteriormente sobre o fato dos casos ainda não terem sido todos encerrados no banco de dados quando da coleta deste estudo.

A hipótese acima aventada de que a alta taxa de coinfeção TB/HIV no município estaria interferindo no resultado de cura, que ainda não atingiu o recomendado, não se confirma, pois o resultado é praticamente o mesmo para todos os doentes.

Um estudo realizado no município de Campinas-SP em 2002 apresentou uma taxa de sucesso (cura e tratamentos completados) de 68,6% (OLIVEIRA, MARIN-LEÓN & GARDINALE, 2005). No entanto estes resultados foram diferentes quando se analisou separadamente os casos de cura nos pacientes sem AIDS (72,3%) e nos com AIDS (57,6%).

Um trabalho realizado no município de São José do Rio Preto, no período de 1999 a 2002 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004b), aponta que as porcentagens de cura são maiores em pacientes com TB coinfectados ou não pelo HIV que receberam o tratamento supervisionado (TS) em relação aos que receberam tratamento auto-administrado (TA). Esse assunto será abordado de maneira mais completa mais adiante.

Outro fato importante está relacionado à diminuição do abandono no período estudado. Em 1998 a taxa era 16,81% e em 2004 atingiu 0,93%. O que houve a partir 1998 com as taxas de abandono? Melhora no PCT? Alguma atividade extra no trabalho desenvolvido pela equipe do PCT no município?

No ano de 1998 o município de São José do Rio Preto assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde e adotou a estratégia DOTS, iniciando assim, todo processo de reorganização do sistema de saúde e do PCT. O TS foi adotado pelo PCT, quando da contratação de agentes de saúde, especialmente para esta função. Estes fatos provavelmente influenciaram na melhora das taxa de cura e abandono.

Esta situação será abordada de maneira mais ampla quando da análise dos indicadores de reorganização do sistema de saúde e do PCT no município.

No Brasil em 2001, com relação ao encerramento do tratamento, 72,2% doentes de TB receberam alta por cura, enquanto 11,7% foram registrados como abandono de tratamento (BRASIL, 2004a; WHO, 2004; II DIRETRIZES BRASILEIRAS PARA TUBERCULOSE, 2004).

O estudo realizado por Muniz (2004) no município de Ribeirão Preto-SP, apresentou em uma série histórica de dez anos (1993-2002), resultados semelhantes aos encontrados em São José do Rio Preto: um percentual de cura que variou de 47 a 75% e de abandono entre 20 a 5,9%.

Ainda retomando as reflexões de Ruffino Netto (2002) a respeito do impacto do controle da TB o autor considera que dos pacientes (X_5) que iniciam o tratamento, apenas (X_6) o concluem, pois a melhora imediata dos sintomas, faz com que muitos se sintam "curados", quando na realidade não estão. Dos pacientes que chegam ao término do tratamento, (X_7) estarão efetivamente curados, estando o percentual de cura ligado à eficácia terapêutica do esquema de tratamento utilizado, chegando ao resultado final que o impacto no controle da doença está diretamente relacionado à demanda, atendimento, diagnóstico, agilização, adesão e cura.

Ainda considerando as propostas de Ruffino Netto para entender a carga da tuberculose como problema de saúde pública, o componente abandono (PABT - percentual de abandono do tratamento da TB) configura-se como um elemento importante no numerador da expressão e merece reflexões apropriadas para o município, uma vez que esta taxa tem diminuído gradativamente, com valores abaixo do máximo recomendado pelo programa de controle da doença.

1.6. Tratamento Supervisionado

O Tratamento Supervisionado (TS) constitui-se em um dos cinco pilares da estratégia DOTS, como já descrito anteriormente, recomendada pela OMS aos países, como forma de melhorar o desempenho dos seus programas de controle da doença, mostrando a necessidade de buscar alternativas eficazes na luta contra o recrudescimento da doença. No relatório de 1995, a OMS propõe o tratamento supervisionado como estratégia para evitar o abandono e a utilização dos medicamentos, além de estimular a adesão ao tratamento e garantir taxas satisfatórias de cura (BAYER & WILKINSON, 1995).

Significa uma mudança na forma de administrar os medicamentos, sem mudança no esquema terapêutico: o profissional de saúde treinado passa a observar o paciente “engolir” os medicamentos, desde o início do tratamento até a sua cura. O TS pressupõe uma mudança de atitude dos profissionais que ao instituir a estratégia passam a compartilhar com o doente a responsabilidade do sucesso do tratamento (SÃO PAULO, 2003). No entanto, outras formas/maneiras de realizar o TS têm sido incorporadas à realidade de cada região, principalmente no Brasil que possui uma diversidade econômica e cultural em relação aos cuidados de saúde. A esse respeito está sendo realizada uma pesquisa no Brasil, com apoio da REDETB, para que se possa conhecer essa diversidade na maneira de realizar o TS (RUFFINO NETTO & VILLA, 2005).

O TS foi introduzido de forma pioneira e com sucesso no início da década de 50, em Hong Kong e em Madras, na Índia (BRADFORD, 1961).

No Brasil, a estratégia do TS na tuberculose foi utilizada pela Fundação de Serviços de Saúde Pública (FSESP) na rotina dos serviços de saúde a partir da década de 60 (RUFFINO NETTO & SOUZA, 1999). O tratamento era feito nas unidades de saúde da FSESP em todos os níveis, por enfermeiro devidamente treinado para tal atividade.

Na Cidade de São Paulo, essa forma de tratamento foi utilizada no início da década de 60, no Dispensário Sanatorinhos Ação Comunitária de Saúde, como estratégia para substituir a internação, porém foi deixada de lado na década de 80 (BRASIL, 1996a).

Em 1989 o MS, por meio do Guia de Procedimentos para Atividades de Controle da Tuberculose, recomendava a tomada de medicação via oral na unidade (BRASIL, 1989).

A partir de 1994, o MS, por meio dos planos para o controle da tuberculose, vem recomendando o TS no país. Em 1996, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária implantou o Plano Emergencial para Municípios Prioritários, sugerindo o tratamento supervisionado para pacientes com maior risco de abandono (OMS, 1997). Estes municípios foram escolhidos de acordo com a situação epidemiológica e representavam 75% do total de casos do país.

Em 1998, o Centro de Vigilância Epidemiológica Alexandre Vranjac determinou que cada município prioritário do estado de São Paulo implantasse o TS de forma experimental em pelo menos uma unidade de saúde. São José do Rio Preto, após esta recomendação, em 1998, passa a realizar o TS no Núcleo de Gestão Assistencial (NGA-60). Inicialmente o tratamento era realizado somente para

os doentes coinfectados com o HIV por um funcionário contratado, pelo convênio com a Organização Panamericana de Saúde e o Programa de Controle da AIDS.

A Figura 13 mostra as proporções de TS no município desde 1998.

Nota-se inicialmente um baixo percentual na utilização dessa estratégia, que em 1998 era de 3,15%, passando a atingir 62% em 2004.

O município de Ribeirão Preto-SP, também considerado prioritário no estado de São Paulo, possui uma situação semelhante à do município estudado. Em 1998, 20,3% dos doentes foram supervisionados diariamente no domicílio e em 2004 atingiu 73,9% (GONZALES, 2005).

A estratégia DOTS segundo o último relatório da OMS (WHO, 2005) foi aplicada ao final do ano de 2003 em 77% da população mundial e na América Latina, no mesmo período a cobertura correspondia a 78% da população. No Brasil segundo mesmo documento, a estratégia DOTS estava disponível para somente 35% da população.

O estado de São Paulo em 2002 contava com 1115 serviços de saúde, com 534 (48%) de PCT implantado e destes, 286 (53,6%) realizavam TS, com 3539 doentes (16,3%) sendo acompanhados pela estratégia (SÃO PAULO, 2002).

No ano de 2004, o município de São José do Rio Preto acompanhou 58 doentes (61,70%) pelo TS, alcançando com isto, 89,66% de cura nos casos submetidos a essa modalidade de tratamento (SÃO PAULO, 2004b).

Gomes (2004), em um estudo na região Centro Oeste do país, constatou que o percentual de cura, de sucesso e de abandono de tratamento foi de 79,0%, 90 e 2,2 respectivamente nos doentes submetidos ao TS. A taxa nos doentes em Tratamento Auto Administrado (TAA) foi de 56,7% (cura), 69,7% (sucesso de tratamento) e 11,6% (abandono). Para Ruffino Netto (2004), o DOT tem importância direta no controle da doença.

1.7. Descoberta de casos

Os locais ideais para se organizar a procura de casos de TB são os serviços de saúde, públicos ou privados. Nessas instituições – postos, centros de saúde, ambulatórios e hospitais – realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios

deve ser uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde (BRASIL, 2002a).

O combate à doença, com vistas ao seu controle e eliminação como problema de saúde pública, deve começar nas Unidades Básicas de Saúde, antes de se agravar o estado de saúde do cidadão e de ele transformar-se em paciente que precisa recorrer ao hospital ou ao grande centro médico. É na fase pré-hospitalar que o paciente tuberculoso ignorado já era “tossidor crônico”, durante meses, constituindo-se em fonte de infecção, e mantenedor da cadeia de transmissão na comunidade onde vive.

De acordo com os manuais de TB (BRASIL, 2002c), o controle da doença em nível coletivo e individual requer uma ação permanente, sustentada e organizada com um sistema em que a porta de entrada pode estar situada tanto em nível mínimo, que corresponde à Atenção Básica, como em um nível de alta complexidade, os hospitais, contanto que ao doente, quando necessário, seja assegurado o direito de fluir para os níveis de maior qualificação. Os serviços de referência ambulatorial, hospitalar e laboratorial são fundamentais para o PCT como parte integrante da rede de serviços descentralizados e com crescente grau de complexidade. No entanto, de acordo com o MS (BRASIL, 2002b), o programa necessariamente deve estar integrado à Atenção Básica para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento.

A Figura 14 mostra a distribuição do percentual de casos de TB segundo tipo de descoberta no período de 1998 a 2004.

A Figura 14 evidencia que, no período compreendido entre 1998 e 1999, os serviços ambulatoriais, principalmente as Unidades Básicas de Saúde eram as que realizavam o maior percentual de descoberta de casos de TB.

Nota-se que dos 255 casos notificados nos dois anos, apenas 98 (38%) tiveram a informação do tipo de descoberta anotada na Ficha de Notificação da TB, indicando provavelmente problemas de registro no sistema de informação, o EPITB. A partir do ano 2000, observa-se uma inversão nos resultados, passando os Hospitais a realizarem a maior parte das descobertas da doença. Em 2000, dos 116 casos apenas um não informou o tipo de serviço que o descobriu e, nos anos posteriores todos os casos tiveram registro dessa informação em seu sistema, denotando melhora nas anotações no Sistema de Informação.

Outro fato que chama atenção nos resultado é a participação efetiva dos médicos particulares na descoberta e encaminhamento dos casos da doença representados possivelmente, na sua grande maioria, pelos convênios médicos.

A partir dos resultados acima apresentados podemos perguntar: o que está havendo com a questão da organização dos serviços de saúde no atendimento a TB no município? Por que a maioria das descobertas dos casos têm sido realizada pela rede hospitalar? A rede básica de atenção à saúde piorou no período analisado?

Os serviços de saúde em São José do Rio Preto, principalmente a Atenção Básica, tiveram um avanço em termos de descentralização e aumento da estrutura física, a partir de 1998, quando o município assumiu a Gestão Plena da Saúde Municipal. A partir do ano 2001, o novo gestor implantou e implementou ações importantes na reestruturação do sistema de saúde municipal. No entanto, o que se observou foi que o PCT no período continuou praticamente centralizado, realizando atendimento no NGA-60 e nas Unidades de Saúde da Família, que cobrem apenas 7,5% da população. Essas questões serão retomadas para serem analisadas na terceira parte deste capítulo quando será discutido a organização dos serviços de saúde e a estruturação do PCT no município.

Por outro lado apesar de todos os condicionantes envolvidos, houve uma preocupação na busca de casos de TB por parte das equipes de nível secundário e terciário, inclusive de médicos particulares. Essas atividades, segundo o último PCT (BRASIL, 2004 a) é um dos objetivos da investigação estratégica de busca ativa de TB na demanda de hospitais de urgência e emergência nos grandes centros urbanos.

Meirelles (2003) e Gazetta (1999; 2003) também constataram a mesma situação em estudo realizado no Hospital Escola do município. As autoras atribuem à situação à baixa resolutividade das UBSs do município na descoberta de casos pela baciloscopia de escarro em SR; por dificuldades de acesso dos doentes aos serviços de saúde e pelas Unidades de Saúde não estarem integradas totalmente ao PCT.

A II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose (2004) recebeu questões para discussão que serviram de base para nortear a preparação das diretrizes. Em relação ao Diagnóstico, a questão acima apresentada surgiu em forma de questionamento: como reorganizar a hierarquia da rede de serviços da TB, uma vez que em São Paulo, o CVE-TB da SES-SP estima que 60% dos casos de TB são inicialmente diagnosticados em serviços hospitalares, porém não discriminam se no ambulatório, pronto-atendimento ou pronto-socorro? No Rio de Janeiro 30% dos casos de TB são diagnosticados em hospitais da rede, bem como 1/3 dos óbitos são também registrados nas emergências. E o documento pergunta: se esses fatos forem confirmados nacionalmente, não interfeririam na proposta de rastreamento da doença, que se inicia pela rede básica? Como ampliar a baciloscopia e cultura nos hospitais de emergência? Como preparar as emergências para receber, diagnosticar e referir doentes de TB?

O município apresenta, portanto, o mesmo quadro do estado de São Paulo e, necessita de mais estudos e discussões a respeito da realidade encontrada para que se possa de forma efetiva reorganizar o PCT dentro de uma ótica que contemple a integração dos serviços de saúde em todos os níveis, como preconiza o Plano de Controle da Doença (BRASIL, 2004a).

A seguir, apresenta-se uma análise dos indicadores sociais e econômicos do município ainda em consonância com as reflexões de Ruffino Netto (2004), a respeito da carga de TB como problema de saúde, com o intuito de se refletir sobre outros componentes da fórmula proposta pelo autor.

2. Indicadores políticos, sociais e econômicos

Os indicadores políticos, sociais e econômicos serão apresentados a seguir para que, a partir das considerações, questionamentos e hipóteses aventadas quando da análise dos indicadores epidemiológicos e das reflexões de Ruffino Netto (2004) a respeito da carga da tuberculose como problema de saúde pública, possa-se entender a evolução do PCT que, de alguma maneira, está pautado no modelo de desenvolvimento político, econômico e social do município.

Para o autor, o referencial quantitativo não é suficiente na análise do PCT. O entendimento da **doença tuberculose** necessita de um conhecimento do meio social onde interagem tuberculosos e sadios (RUFFINO NETTO, 1991), relação muito abrangente que necessita de um conhecimento amplo de vários outros fatores relacionados ao território/município que se pretende analisar.

A partir da fórmula proposta por Ruffino Netto (2004), além dos componentes epidemiológicos já discutidos anteriormente, o meio social do doente deverá também ser analisado para que se entenda a doença TB no município em questão. Assim, os componentes políticos, sociais e econômicos serão utilizados, em sucessivas aproximações com os resultados anteriores.

Para o fato de que o coeficiente de incidência no município se apresenta sempre menor que o estado de São Paulo e o país, no período estudo seria possível levantar as hipóteses de que o município teria uma situação epidemiológica privilegiada/diferente no controle da TB, comparada a países desenvolvidos? Essa

questão estaria relacionada ao fato de São José do Rio Preto apresentar um Índice de Desenvolvimento Social altamente satisfatório?

Para Ruffino Netto (2004), de todos os componentes da expressão por ele utilizada, a mais importante, na análise da carga da TB como problema de saúde pública, é a desigualdade social, que gera pobreza e tem como consequência a má nutrição, más condições de vida, educação e outros, promovendo impacto praticamente em todos os outros componentes.

Antes de se iniciar a apresentação dos indicadores aqui propostos, é pertinente tecer algumas considerações a respeito da evolução política nos diversos períodos analisados e sua relação com o desenvolvimento social e econômico do município.

2.1. A questão política

O município de São José do Rio Preto, considerado de grande porte, teve seu desenvolvimento urbano acelerado entre 1910 e 1930, com a chegada da ferrovia e, sucessivamente, com a expansão do plantio e aumento da produção agrícola. Ao longo das décadas, firmou-se como principal centro urbano regional, em razão de seu papel e de sua localização espacial que lhe dava vantagem logística na instalação de serviços econômicos-financeiros. Consolidou-se como Pólo regional prestador de serviços e importante referência no cenário paulista e nacional. De 1940 a 1960 e de

1980 até o ano de 2004 a população de São José do Rio Preto dobrou (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

Até 1982 os gestores municipais apresentavam, em termos de filiação partidária, o perfil ligado aos chamados “governos da revolução”, com foco nas “elites”. Nesse contexto, as vinculações político-partidárias partiam do princípio de que era preciso crescer a economia para se obter desenvolvimento social.

A partir de 1983 o gestor eleito possuía uma filiação político-partidária de “centro”, cujo voto era vinculado (prefeito, governador e deputados do mesmo partido). O fato do prefeito e governador pertencerem ao mesmo partido, facilitou a resolução de questões políticas e financeiras para o município, com um plano de governo voltado para os grupos menos favorecidos residentes na periferia da cidade.

Os outros gestores deram continuidade a este tipo de gestão, investindo ainda mais nos programas sociais, principalmente na política habitacional ligada a loteamentos populares. No período compreendido entre 1983 e 1993, foram implementados cerca de 13 mil lotes populares no município, que implica em uma ocupação de 20% da população tendo acesso à casa própria, representando um forte componente social. Esses investimentos sociais promoveram impactos políticos importantes relacionados à organização da ocupação dos espaços urbanos vazios de forma planejada. Com a criação de novos conjuntos habitacionais foi possível a eliminação de favelas, gerando muitas críticas, sobre o fato da política habitacional ter propiciado a vinda de migrantes para a cidade, principalmente no período de 1988 e

1992, permitindo a compra de casas populares por pessoas não residentes no município.

No final da década de 80, com o desenvolvimento das Ações Integrals de Saúde (AIS) tem início o processo de municipalização da saúde e da educação. Até o final da década de 90, com a implantação e implementação dessas políticas públicas, houve incremento de gastos com as duas pastas. O município passou a aplicar um maior aporte de recursos financeiros nestas áreas, reduzindo os investimentos em outras, antes consideradas prioritárias, como a construção de loteamentos populares.

2.2. Indicadores demográficos, de desenvolvimento social, econômico, financeiro e de infra-estrutura urbana

De acordo com Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), nas edições de 2000 e 2002 (SEADE, 2005b), o desenvolvimento econômico e social de São José do Rio Preto está classificado no Grupo 1 do estado de São Paulo, chamado também de “grupo de elite”, que agrega municípios com bons níveis de riqueza, longevidade e escolaridade. Foram considerados, para o cálculo dos pontos de classificação, os resultados estatísticos e os esforços do município em investir na área social, na participação da comunidade na administração pública. O IPRS, desde sua primeira edição no ano 2000, vem analisando os dados e resultados do município, evidenciando um crescimento na área social há mais de 10 anos.

No entanto, contrapondo estes resultados, notícia publicada no Diário da Região, de 30 de novembro de 2003 (GARCIA, 2003a), veicula que:

"Existe uma Rio Preto oficial, paparicada pelos índices de serviços públicos iguais aos de países do Primeiro Mundo, e um Rio Preto real, clandestino, ilegal, rejeitado... onde os moradores não têm escrituras das propriedades, não contam com escolas, praças, serviços de Saúde e bebem água contaminada pelo esgoto das fossas negras... Estes são os moradores dos loteamentos clandestinos".

O quadro de marginalização acima apresentado agravou-se nos últimos anos pela crise econômica e pelo desemprego, o que nos remete à dimensão da gravidade da situação social e suas repercussões no campo da saúde do município.

Embora os dados estatísticos, apresentados a seguir, mostrem uma realidade sócio-econômica e sanitária do município de maneira global menos deteriorada, quando confrontados a outras regiões do país, observam-se disparidades e desníveis nas condições de vida nos diferentes setores censitários.

Desde 1986, Secretaria de Planejamento e Gestão Estratégica do município vem produzindo dados, principalmente demográficos, publicados nas diversas Conjunturas Econômicas (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1985 a 2005a), com o intuito de fazer projeções para um planejamento antecipado das ações integradas entre as várias secretarias municipais, como medida preventiva importante para manter um nível adequado de qualidade de vida para a população.

Apesar de todos os problemas de um município de grande porte, São José do Rio Preto, principalmente a partir da gestão iniciada em 2001, deu continuidade às ações das gestões anteriores, adotando o Planejamento Estratégico de Cidades,

método conhecido internacionalmente, que parte da análise das necessidades e anseios do cidadão dentro de seu ambiente, buscando otimizar as oportunidades, reduzir riscos, além de fortalecer pontos fortes e eliminar pontos fracos, favorecendo o crescimento com qualidade de vida (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

Na forma de planejamento adotada pelo município, uma das macroestratégias é o Desenvolvimento Social que estabelece ações que promovem a inclusão social e a distribuição de renda. Associados a essas estão o desenvolvimento econômico, urbano e de gestão administrativa. As estratégias básicas que sustentam as macro estratégias são: descentralização, parcerias, sustentabilidade e integração. A esse respeito, o jornal “Diário da Região” (FERNANDJES, 2005a), de 10 de abril de 2005 veiculou notícia onde o secretário de planejamento acrescenta:

“Escolhemos o conceito de desenvolvimento por acharmos que devemos crescer, mas, com condições de absorver a imigração... o desenvolvimento social visa melhorar os indicadores, enquanto que o desenvolvimento econômico busca a criação de empregos”.

Outra forma de planejamento implantada no município desde 2001, é o Orçamento Participativo, processo pelo qual a Prefeitura e a sociedade, constroem uma nova forma de governar a cidade; estabelece novas relações, cria parcerias, com o objetivo de solucionar os problemas do cotidiano do município. À população é oferecida a oportunidade de conhecer como é utilizado o dinheiro público, bem como apontar, nas plenárias, que são realizadas nas regiões, as principais necessidades da sua região e propor prioridades de ações para o Governo. O governo com essas prioridades e pareceres técnicos elabora o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentária e a Lei Orçamentária Anual (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

A seguir será feita uma análise mais detalhada dos indicadores sociais e econômicos a partir da década de 80.

2.2.1. Indicadores demográficos

2.2.1. 1. Pirâmide Populacional por faixa etária e sexo

As Figuras 15 e 16 representam as mudanças na estrutura da pirâmide populacional do município de 1980 a 2000.

Figura 15. Pirâmide Populacional de São José do Rio Preto, por sexo e faixa etária, 1980

Figura 16. Pirâmide Populacional de São José do Rio Preto, por sexo e faixa etária, 2000

Fonte: Conjuntura Econômica, 2005.

Observa-se uma mudança razoável na estrutura da pirâmide populacional do município de São José do Rio Preto do ano de 1980 para 2000, onde o desenho atual apresenta uma tendência a assemelhar-se a países desenvolvidos, com diminuição da faixa etária de 0 a 4 anos e notável aumento na população

economicamente ativa (14 a 49 anos) e na faixa etária a partir dos 50 anos, principalmente no grupo de 75 anos e mais.

A evolução da estrutura etária do município corrobora com os resultados da análise dos indicadores epidemiológicos, em que o coeficiente de incidência e de mortalidade por TB, ao longo das décadas, está se deslocando para o grupo etário de 20 a 49 anos, com tendência de acometer a população na faixa etária de 50 anos e mais.

As hipóteses levantadas quando da discussão do coeficiente de incidência e mortalidade por faixa etária foram as seguintes: Reativação endógena? Menor risco de contaminação? Equivale a situação de país desenvolvido?

Estudos epidemiológicos em todo o mundo apontam para uma tendência progressiva da TB nas últimas décadas em acometer idosos, principalmente em países desenvolvidos (RIEDER, 2001), indicando reativação endógena, com menor risco de contaminação, explicando a menor taxa de acometimento da TB quando comparado ao nível estadual e municipal. Esse fato pode estar associado à melhor qualidade de vida no município, comparada a países desenvolvidos, como se verá a seguir.

2.2.1.1. Taxa de crescimento populacional e migração

A Figura 17 representa a evolução populacional de São José do Rio Preto em 1960-2020.

Figura 17. Projeção da Evolução populacional, São José do Rio Preto, 1960-2020

Fonte: Conjuntura Econômica, 2005

Os números do IBGE apontam para diminuição progressiva na taxa de crescimento populacional, que caiu de 3,76 na década de 90 para 2,60 no ano 2000 - Figura 17 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

De acordo com a Figura 17, a taxa média geométrica de crescimento anual, apesar de estar acima da média do estado e do país, vem sofrendo desaceleração, quando comparada a décadas anteriores. O fator de desaceleração do crescimento populacional ocorre em virtude do baixo índice do crescimento vegetativo e da redução gradativa do índice de migração, embora ainda seja considerável o contingente de migrantes que se deslocam para o município (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2001b).

Observa-se aumento do componente **migração**, na década de 70, com grande impacto na década de 80 e diminuição partir de então. Esse fato comprova a

atratividade de Rio Preto, que mostra um **saldo migratório** altamente satisfatório. O município, no ano de 2004, apresentava um saldo populacional adicional de 8000 pessoas, o que representa 2% da população. Destes, somente 4% se relacionam aos nascimentos e óbitos, sendo então o saldo migratório de 7.600 pessoas (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a). A migração, portanto, não tem sido apontada como problema social grave, pois, o município apresenta programas habitacionais, que exigem intervenção do governo no setor público no atendimento a esta população.

Se retomarem as reflexões de Ruffino Netto (2004), o componente movimento migratório (MMIG) aparece como um importante aspecto na análise do comportamento da doença em um determinado território. Os dados a respeito deste componente no município de São José do Rio Preto parecem não interferir na piora da qualidade de vida da população, atuando como fator positivo no controle da doença e, interferindo nos resultados relacionados ao baixo coeficiente de incidência no município.

Uma das medidas preventivas visando a questão da migração foi realizada na década de 80, por meio de um Programa Habitacional com o intuito de instalar moradia para 13 mil famílias, o que equivalia a beneficiar aproximadamente 50.000 pessoas. Para isto, tiveram preferência as pessoas que moravam na cidade, sem renda suficiente para adquirir a casa própria pelo Banco Nacional da Habitação (BNH). Criou-se um modelo inovador, com ações contínuas que perduram até hoje, no qual a prefeitura trocou áreas valorizadas no centro da cidade, por grandes áreas no entorno, mas anexas ao perímetro urbano, evitando assim a favelização do município. Outra questão relacionada aos programas habitacionais foi o incentivo à geração de

empregos com preferência à micro e pequena empresa. Desde a década de 80, quando ainda nem se falava a respeito, o município instalou Mini Distritos Industriais ocupando os vazios urbanos, permitindo espacialização racional da cidade.

2.2.1.2. População Economicamente Ativa

Com renda *per capita* anual estimada de US\$ 7 mil, São José do Rio Preto é o principal **pólo comercial e de serviços** do noroeste do Estado e atende à demanda de estados vizinhos, recebendo, em seu terminal rodoviário, cerca de 4 mil pessoas por dia (SEADE, 2005c). O setor de prestação de serviços é o que mais cresce, com taxa de 10 a 15% ao ano, empregando no ano de 2004, 44.000 funcionários (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

2.2.1.3. Indicadores de Desenvolvimento Social

Uma das estratégias adotada pelo município desde 1993 e intensificada a partir de então foi o sistema de parcerias na área social. A partir do ano 2000, a Secretaria Municipal de Educação passou a administrar creches que eram de responsabilidade da Secretaria de Bem Estar Social (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a). As creches municipais passaram a trabalhar com sistema de parcerias, em que o município contribuía com a fiscalização de qualidade e recursos e as entidades assistenciais civis ou religiosas com o serviço.

A cidade possui uma das maiores redes de atendimento de Organizações Não Governamentais (ONGs) do estado de São Paulo. Na década de 70, a região Sul contava com vários loteamentos que foram destinados às Instituições Sociais. A partir de então, formou-se a cultura de facilitação de acesso de ONGs à área, até 1989 como doação de áreas públicas e partir de 1993, por meio de concessão: o município doava a área e as instituições passavam a realizar o trabalho social (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

Embora o município de São José do Rio Preto apresente uma população predominantemente de classe média, existe um contingente populacional com rendimentos extremamente baixos, sendo que grande parte dessa população depende essencialmente dos Serviços Públicos de Saúde, Educação e Bem Estar Social (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2001b).

Na área social, São José do Rio Preto conta hoje com 171 instituições sociais atuando com famílias, crianças, adolescentes, 3ª idade, portadores de deficiências, migrantes e população de rua. Destas 75 possuem registro no Conselho Municipal de Assistência Social e 24 são conveniadas com o município (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

De acordo com notícia veiculada no “Diário da Região, de 17 de abril de 2005 (FERNANDJES, 2005b)” 10 mil famílias riopretenses dependem de ajuda de 171 entidades assistenciais para sobreviver e 3 mil vivem em condições de extrema pobreza”. As famílias que vivem em condições de extrema pobreza (um

dólar/dia/percapita) correspondem a aproximadamente 15.000 pessoas, o que significa 4% da população (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

2.2.2.1. Educação

A educação como indicador de desenvolvimento social no município de São José do Rio Preto apresenta os melhores resultados como componente do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). De acordo com o IPRS em 2000 o município ocupava a 19ª posição no ranking estadual em relação à escolaridade e em 2002 passou a ocupar a 102ª. O indicador de escolaridade se expandiu graças ao significativo aumento registrado no atendimento pré-escolar (que passou de 76,9% para 99,9%), uma vez que as taxas de conclusão dos ensinos fundamental e médio permaneceram relativamente estáveis. A melhora observada na educação infantil deve-se provavelmente ao fato da Secretaria Municipal de Educação passar a administrar, a partir do ano 2000, as creches que eram da responsabilidade da Secretaria do Bem Estar Social, por força da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), passando a integrar o Sistema de Educação.

Em relação à educação infantil (de 3 a 6 anos de idade) houve uma evolução decrescente a partir de 1998 ocasionada pela redução da taxa de natalidade da população e também pelo número de alunos matriculados na 1ª série com 7 anos incompletos. O total de vagas oferecidas no ano de 2004 foi de 16.404. Não se observa déficit escolar no ensino infantil, fundamental e médio nas escolas públicas do

município. Também, os índices de evasão escolar foram uns dos mais baixos do país, de apenas 0,87%. (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a; SEADE, 2005b).

Apesar dos resultados acima apresentados, segundo a secretária de educação, em reportagem publicada no jornal “Diário da Região”, de 15 de abril de 2005 (FENANDJES, 2005c)

“O município necessita melhorar a qualidade e universalizar a educação infantil, melhorando o conteúdo de português e matemática ofertado na grade curricular das escolas municipais... na área da educação, o município necessita construir creches e garantir vagas para 3,2 mil crianças que estão na fila”.

Outra questão importante neste componente diz respeito à alfabetização de adultos. Desde o ano 2001, foram alfabetizados mais de dois mil adultos pelos projetos Paulo Freire e Educação de Jovens e Adultos (EJA) (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a). Este foi um investimento importante, pois segundo dados da Fundação SEADE (2005b), no ano 2000, 5,32% da população de São José do Rio Preto era analfabeta.

No Ensino Superior, o contingente de universitários representa 3,51% da população do estado. O município conta com 09 Universidades que oferecem 263 cursos de graduação e 66 de pós-graduação (“*Lato e Stricto Sensu*”), com um total de 22.670 alunos (São José do Rio Preto, 2005a). Apenas duas escolas de ensino superior são públicas, o Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas (IBILCE) pertencente à Universidade do Estadual Paulista (UNESP) e a Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Essa questão nos remete à dificuldade de acesso dos jovens

da região ao ensino superior, pela escassez e concorrência do ensino gratuito e carestia do ensino privado.

O nível de educação de uma população, $N(EDU)$, como componente da fórmula a respeito da carga de TB na comunidade, nas reflexões de Ruffino Netto (2004), sugerem que no município de São José do Rio Preto, apesar da dificuldade de acesso de algumas camadas da população, o excelente nível de educação tem influenciado de maneira positiva na carga da doença como um problema de saúde pública, sendo, possivelmente, mais um fator a explicar o menor coeficiente de incidência apresentado.

2.2.2.2. Saúde

2.2.2.2.1. Taxa de Mortalidade Infantil

O município de São José do Rio Preto apresentou uma queda significativa no Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) desde a década de 90. Em 1995, a cada mil crianças nascidas vivas, 22,43 não sobreviveram ao primeiro ano de vida. O CMI, no período, era próximo ao estadual (24,58) e superior ao regional (20,01). A evolução das taxas, a partir da década de 90, é apresentada no Quadro 3.

Quadro 3: Coeficiente de Mortalidade Infantil*, estado de São Paulo, São José do Rio Preto, Região Administrativa e de Governo de São José do Rio Preto, 1995 e 1998-2004.

Ano	Coeficiente de Mortalidade Infantil *							
	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Local								
Estado SP	24,58	18,67	17,49	16,97	16,07	15,04	14,85	
Município	22,43	13,83	11,83	12,41	12,96	11,86	11,66	13,23
R Admin.	20,00	13,75	13,54	12,63	13,56	11,99	12,96	
R Governo	19,78	12,84	11,97	12,58	11,63	11,96	12,49	

*por mil nascidos vivos

Fonte: Fundação SEADE

O Quadro 3 aponta que a partir de 1995 o CMI decresceu ao longo dos anos quando comparado ao estado, região administrativa e de governo. Provavelmente seja devido à melhoria das condições de saúde, ambientais e sócio-econômicas do município.

O CMI de maior magnitude, segundo estudo realizado em 2001 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2002b) é o da mortalidade infantil neonatal, precoce e tardia, sendo que, 60% das causas de óbitos entre 0 e 1 ano de idade referem-se a prematuridade.

O desafio para o município em relação ao CMI está nas medidas de vigilância permanente de crianças de alto risco, melhoria das condições das Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, humanização do pré-natal e parto, incentivo ao aleitamento materno, prevenção da gravidez na adolescência, melhoria do grau de instrução dos pais e o incentivo à maternidade/paternidade responsável.

2.2.2.2.2. Médicos e enfermeiros registrados e Leitos SUS

O município de São José do Rio Preto é centro de referência na prestação de serviços de **saúde**, recebendo pacientes da região e de vários outros estados, como Minas Gerais, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Goiás. Além disso, é referência na produção de materiais cirúrgico-hospitalares de alta complexidade, exportando equipamentos médicos para vários países.

A seguir serão apresentados os Quadros referentes à proporção de médicos, enfermeiros e leitos SUS por 1000 habitantes no município.

O Quadro 4 aponta a tendência de alta taxa de médicos por mil habitantes em São José do Rio Preto, desde 1995.

Quadro 4: Médicos registrados no CRM/SP*, estado de São Paulo, São José do Rio Preto, Região Administrativa e de Governo de São José do Rio Preto, 1995 e 1998-2002

Médicos Registrados no CRM/SP*						
Ano	1995	1998	1999	2000	2001	2002
Local						
Estado SP	1,96	2,02	2,01	2,04	2,03	2,09
Município	4,23	4,27	4,40	4,40	4,34	4,44
R Admin.	1,91	1,94	1,97	2,00	2,00	2,05
R Governo	2,67	2,68	2,73	2,75	2,71	2,77

*por mil habitantes

Fonte: Fundação SEADE

O coeficiente de médicos para cada mil habitantes é de 4,4 no ano de 2002, duas vezes maior que a do estado. A OMS recomenda a taxa de mais que um médico por mil habitantes. No Brasil, em 1999 era de 1,4 e na região Sudeste de 2,1 por mil habitantes (DATASUS, 2005).

Em 2004, o município contava com um total de 1162 médicos nas mais diversas especialidades, principalmente Cirurgia Geral (95), Ginecologia e Obstetrícia (93), cardiologia (80), Oftalmologia (62) e outras e, apenas 14 médicos com especialização em Medicina Sanitária, o que demonstra o grande potencial do município para a alta complexidade (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

É importante ressaltar que no município a tendência médica a ter um ou dois vínculos com instituições públicas, além do consultório particular, pode ser fator interferente na qualidade da assistência médica à população menos favorecida.

Será apresentado, a seguir, o número de consultas médicas realizadas em atendimentos ambulatoriais nas Unidades Básicas de Saúde (clínica, ginecologia e obstetrícia e pediatria) e no Pronto Atendimento das Unidades 24 horas. A Tabela 1 e o Quadro 5 apontam para o modelo de saúde pública ainda vigente no município centrado no Pronto Atendimento (PA).

Tabela 1. Número de atendimento médico em Clínica Básica, São José do Rio Preto, 2001-2004

Clínica Básica	2001	2002	2003	2004
Clínico	191.165	227.599	208.690	236.236
Ginecologia/Obstetrícia	97.644	120.629	114.682	139.833
Pediatria	132.586	140.573	135.653	149.982
TOTAL	421.325	488.801	459.025	526.051

Fonte: SMSH – São José do Rio Preto

Quadro 5. Número de atendimentos médicos em Pronto Atendimento, São José do Rio Preto, 2001- 2004

2001	2002	2003	2004
405.663	524.915	561.014	594.140

Fonte: SMSH – São José do Rio Preto

O número de enfermeiros no município é um pouco maior que no estado de São Paulo. O nível de oferta de enfermeiros, em princípio, deveria ser maior que a de médicos, mas, a situação é inversa, tanto no país quanto na região Sudeste, que em 1999 apresentava uma taxa de 0,5 enfermeiros por mil habitantes (DATASUS, 2005). O município de São José do Rio Preto vem apresentando ao longo do período um aumento nesta taxa, atingindo em 2002, 1,31 enfermeiro/1000 habitantes. Estes

resultados mostram também o potencial do município com os serviços de saúde, principalmente na atenção secundária e terciária.

Quadro 6. Enfermeiros registrado no COREN/SP*, estado de São Paulo, São José do Rio Preto, Região Administrativa e de Governo de São José do Rio Preto, 1995 e 1998-2002

Enfermeiros registrados no COREN/SP*						
Ano Local	1995	1998	1999	2000	2001	2002
Estado SP	0,52	0,64	-	0,71	0,75	0,80
Município	0,68	0,92	-	1,22	1,20	1,31
R Admin.	0,39	0,52	-	0,67	0,66	0,77
R Governo	0,50	0,64	-	0,85	0,84	0,93

*por mil habitantes

Fonte: Fundação SEADE

O desequilíbrio entre o número de médicos e enfermeiros decorre, provavelmente, do fato de a maior parte do trabalho de enfermagem, realizada nos estabelecimentos de saúde, estar a cargo de técnicos e auxiliares, principalmente alocados na atenção secundária e terciária.

Com relação aos enfermeiros, houve um aumento significativo na contratação desse profissional, para a rede básica, principalmente a partir da década de 90, com a ampliação do número de UBS no município. Cabe destacar aqui a

importância deste profissional no gerenciamento da maior parte das Unidades de Saúde e na execução das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação dos cuidados básicos de saúde.

Apesar das recomendações para que as políticas públicas de saúde sejam voltadas prioritariamente para a Atenção Básica com o intuito de atender aos princípios e diretrizes do SUS, observa-se ainda, no município, um forte modelo hospitalocêntrico com predominância de serviços privados.

Nesse sentido, a rede hospitalar vem diminuindo o oferecimento de leitos SUS/10000 habitantes, como mostra o Quadro 7.

Quadro 7: Leitos SUS*, estado de São Paulo, São José do Rio Preto, Região Administrativa e de Governo de São José do Rio Preto, 1995 e 1998-2002.

Leitos SUS*						
Ano Local	1995	1998	1999	2000	2001	2002
Estado SP	2,53	2,44	2,14	2,10	2,11	2,04
Município	3,79	4,11	4,00	3,90	3,82	2,96
R Admin.	3,62	3,72	3,53	3,47	3,53	3,15
R Governo	3,48	3,72	3,57	3,47	3,45	2,91

*por mil habitantes

Fonte: Fundação SEADE

O município possui sete hospitais que oferecem serviços de média e alta complexidade. A Fundação Faculdade Regional de Medicina – FUNFARME administra o Hospital de Base (HB) de gestão estadual, sendo considerado modelo no Brasil. Atende mais de 500 mil pessoas mensalmente. Oferece 473 leitos gerais SUS e 77

leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI –SUS), sendo responsável pela alta proporção de leitos públicos oferecidos à população, não somente de São José do Rio Preto, mas, da região e do país, sendo que sua área de influência vai além da lógica geográfica e administrativa do município. Por ser um prestador de serviços de alta complexidade, o que se observa é a falta de integração desse serviço com a Atenção Básica, interferindo na resolutividade dos problemas de saúde da população que poderiam ser resolvidos no menor nível de complexidade. não atendendo o princípio da integralidade e a diretriz da hierarquização dos serviços (falta de acompanhamento na referência e contra referência).

Além disto, tem um papel fundamental na formação de recursos humanos, na produção de pesquisa e tecnologia e no compromisso de integrar ensino/serviço. Nesse contexto, o modelo de atenção à saúde centrado na complexidade influencia na formação dos profissionais de saúde, principalmente dos médicos, não atendendo as reais necessidades de saúde da população no que se refere ao entendimento das condições de vida como fatores determinantes do processo saúde-doença.

Retomando o quadro teórico depara Ruffino Netto (2004), recursos humanos adequados e bem preparados nos serviços de saúde (RHSS) têm papel fundamental nas reflexões acerca da carga da TB como problema de saúde pública. Provavelmente as questões acima aventadas estão interferindo na organização dos serviços de saúde e na reestruturação do PCT em São José do Rio Preto e serão discutidas de maneira mais ampla quando da análise da organização dos serviços de saúde e reestruturação do programa no município.

2.2.2.2.3. Financiamento do SUS

O financiamento do SUS no município é realizado por meio da parcela anual progressiva sobre a receita de impostos. O município aplica integralmente os recursos de custeio da esfera federal, destinados à assistência hospitalar e ambulatorial de duas formas: repasse fundo-a-fundo e remuneração dos serviços prestados (SÃO PAULO, 2001).

De acordo com dados obtidos no Sistema de Informações sobre Orçamento Públicos em Saúde (SIOPS), o município vem a cada ano aumentando o percentual de recursos próprios aplicados em saúde, estando acima do estabelecido pela Emenda Constitucional 29 (EC 29), enquanto o repasse federal por habitante/ano vem decrescendo progressivamente.

O aumento no percentual de recursos próprios aplicados na saúde apresentou um considerável aumento, em função do município ter que cumprir a Emenda Constitucional 29 – EC 29, que assegura os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, ou seja, 15% do orçamento para a saúde até o ano 2004 (BRASIL, 2000b).

O Quadro 8 apresenta o percentual de recursos financeiros aplicados pelo município na saúde pública no período de 1999 a 2004.

Quadro 8. Percentual de recursos financeiros aplicados em saúde, São José do Rio Preto, 1998-2004

ANO	POPULAÇÃO	Despesa saúde	% Recursos aplicados na Saúde
1998	343.017	27.571.750,00	9,69
1999	351.942	47.935.916,00	15,96
2000	358.523	50.013.210,75	17,04
2001	367.248	58.115.449,32	16,97
2002	374.745	68.839.000,00	21,90
2003	382.273	74.834.718,81	21,74
2004	389.781	84.472.118,43	23,41

Fonte: SIOPS

A despesa total com saúde no município de São José do Rio Preto cresceu 79% de 1999 a 2004. No mês de maio de 1998 o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, fato que justifica o menor gasto nesse período.

Os dados indicam que as despesas públicas com assistência médica apresentam tendência favorável à expansão nos cuidados básicos e ambulatoriais, embora uma parcela significativa dos incrementos de gastos se deve ao deslocamento dos procedimentos de alta complexidade e alto custo de hospitais para serviços ambulatoriais, reproduzindo o mesmo modelo de saúde vigente no país, no qual os serviços de alta complexidade são mais bem remunerados e por isso mesmo mais incentivado no seu consumo, restando muito pouco para se investir em promoção e prevenção na Atenção Básica.

2.2.3 Indicadores de desenvolvimento econômico

2.2.3.1 Produto Interno Bruto – PIB

O PIB per capita em São José do Rio Preto, em 2002, cresceu 10,6% em relação a 1999 (passou de R\$ 6,2 mil para R\$ 6,9 mil), o que representa uma renda média mensal de R\$ 520,33 em 99 para R\$ 575,50 em 2002, diante de um crescimento populacional de 7,2% (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

O município ocupa a 80^a posição entre os 100 maiores em relação ao PIB nacional. Em relação ao valor adicionado bruto a preço básico dos serviços nacionais, na 41^a posição, possui percentuais relativos de 0,29 e acumulados de 49,9, o que aponta a prestação de serviços como ponto forte para a cidade (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

Apesar dos resultados, o desempenho da economia em São José do Rio Preto (18,5%) ficou abaixo do registrado no estado de São Paulo (28,7%) entre os anos de 1999 e 2002. A esse respeito o secretário de planejamento do município, em matéria publicada no “Diário da Região” (BORTOLETO, 2005), de 4 de maio de 2005, acrescenta

“Rio Preto tem uma economia já consolidada e isso faz com que tenha uma tendência de crescimento menor do que em cidades onde ocorreu um superdesenvolvimento no agro-negócio e exportações, por exemplo...o número representa crescimento econômico e não desenvolvimento”.

2.2.3.2 Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

O IDH é a média aritmética de três indicadores: esperança de vida ao nascer (longevidade), educação e renda. Os valores obtidos são classificados em três categorias estabelecidas pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD):

$0 < \text{IDH} < 0,5$ Baixo desenvolvimento humano

$0,5 < \text{IDH} < 0,8$ Médio desenvolvimento humano

$0,8 < \text{IDH} < 1$ Alto desenvolvimento humano

O IDH do município foi de 0,791 em 1991 e de 0,834 em 2000. A variação percentual 1991 a 2002 foi de 5,42%, sendo que o ranking atingiu a 27ª posição em relação ao Estado de São Paulo (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a). Obtendo em uma década, melhora do índice, com uma variação positiva de mais de cinco por cento, alcançando em 2002, alto desenvolvimento humano segundo a PNUD.

2.2.3.3 Esperança de Vida ao Nascer

A tendência ao aumento da esperança de vida ao nascer de uma população é consequência de transformações relacionadas à urbanização, ao aumento da escolarização da população e à organização dos serviços de saúde, entre outras que, por sua vez, interferem na dinâmica da fecundidade e nos riscos de mortalidade. Em especial, tais transformações afetam a mortalidade precoce evitável, merecendo

destaque, as causas evitáveis da mortalidade infantil, da mortalidade da criança menor de 5 anos de idade e de adultos jovens. Nesse último grupo, destacam-se os óbitos por causas externas. (DUARTE et al., 2002).

Em relação à esperança de vida, o município possui um ótimo índice e, de acordo com a Fundação SEADE (2003) o maior nível de esperança de vida do estado de São Paulo é o da Região Administrativa de São José do Rio Preto, com 73,5 anos. Este indicador é comparado ao de países desenvolvidos, corroborando também com uma das hipóteses apresentadas neste estudo, que o município de São José do Rio Preto possui um excelente padrão de desenvolvimento social e econômico, provavelmente influenciando o comportamento da TB no município, que apresenta, de maneira geral um coeficiente de incidência, menor que o estado e país, sendo compatível aos países desenvolvidos.

2.2.3.4. Potencial de consumo

São José do Rio Preto é a 11^a cidade de São Paulo e 37^a do país em relação ao consumo. O item alimentação no domicílio representa R\$1.250 milhão de consumo pela classe E. A classe A1, com a mesma média de domicílios consome três vezes mais em alimentação. A cidade possui, de maneira geral, um bom nível de alimentação, porém existem ainda 15.000 pessoas vivendo em situação de extrema pobreza, com renda de um dólar/per capita/dia, em condições precárias de alimentação, o que representa um grande desafio para os gestores (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

As reflexões de Ruffino Netto (2004) apontam os níveis de nutrição da população – N(NUT) como um componente importante para se pensar na doença, pois a má nutrição inibe o sistema imunitário, aumentando a possibilidade da infecção evoluir para a doença. Apesar de 4% da população do município viverem abaixo da linha de pobreza, a maioria possui índices privilegiados em relação ao estado e país, o que, possivelmente, tem colaborado com os bons resultados de incidência da doença.

2.2.4. Indicadores de Infra-Estrutura Urbana

O município possui um Plano Diretor do Sistema Viário, baseado em uma visão global da cidade no presente, com projeção à tendência de crescimento para o futuro. A malha viária apresenta um bom quadro em termos de pavimentação asfáltica, com praticamente 100% das vias asfaltadas (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

São José do Rio Preto atualmente, não possui favelas. Em 1982, conforme já comentado anteriormente, a cidade contava com 22 favelas, desde então, os programas habitacionais implantados procuraram atender a população que necessita de moradia de forma preventiva, efetivando o projeto de desfavelização.

O maior problema que o município enfrenta no momento em relação à infra-estrutura urbana está relacionado aos loteamentos clandestinos, em virtude da especulação imobiliária, mesmo com a cidade oferecendo loteamentos populares.

Os programas habitacionais foram implantados na década de 80 com o Programa de Cidades de Porte Médio, que liberou US\$ 50 milhões a fundos perdidos,

para a cidade. Segundo notícia veiculada no “Diário da Região” (GARCIA, 2003b), de 30 de novembro de 2003

“... foi a partir da chegada desse dinheiro que começaram a surgir os loteamentos clandestinos, como forma de especulação imobiliária. O programa previa investimentos em municípios que pudessem se consolidar como alternativas de atração de migrantes e aliviar a situação demográfica dos grandes centros metropolitanos. Os investimentos fortaleceram a economia local, mas, ao mesmo tempo, despertaram as especulações imobiliárias que passa a ocorrer além das fronteiras da cidade oficial, de forma totalmente informal e ilegal”.

A área urbana de São José do Rio Preto dobrou de tamanho entre 1980 e 2000, houve um crescimento de mais de 46,5 milhões de metros quadrados. Desse total, 16,8 milhões (20%) de metros quadrados são ilegais, o que corresponde a aproximadamente 108 loteamentos clandestinos, (5% da população), localizados na zona rural, sem qualquer infraestrutura oficial: sem água tratada, sem coleta de esgoto e iluminação pública. Muitos desses loteamentos fazem rede sanitária clandestina, jogando esgoto direto no córrego. Grande parte está localizada acima da represa de captação do sistema de água da cidade, onde este esgoto é despejado, resultando em degradação do meio ambiente

A prefeitura reconhece os limites financeiros e as dificuldades legais para a regularização destes loteamentos clandestinos, pois, ao contrário da situação regular de expansão do perímetro urbano, em que o município assume o compromisso de oferecer toda infraestrutura no que se refere à saúde, educação e saneamento básico, a clandestinidade impede a assunção legal desse compromisso no planejamento da cidade, por legalmente não existirem.

O processo de periferização da cidade, excluindo os loteamentos clandestinos, tem seguido seu curso normal esperado, segundo estratégias traçadas pelo Plano Diretor do Município, desde 1992. A região que mais cresceu foi a Zona Norte, com uma taxa de crescimento de 4,17% entre 96 e 2000 (DUQUE, 2001). Para a Secretaria de Planejamento, a colocação da Zona Norte no destino do crescimento demográfico serviu como medida de combate às habitações clandestinas e as invasões, evitando-se assim, a recepção e abrigo populacional desordenado.

2.2.4.1 Rede de água e coleta de esgoto

A rede geral de água atende 99% da população e a coleta de esgoto, 95%, com apenas 3% tratado. Os serviços de coleta de lixo são terceirizados e atendem a 100% da área urbana e distritos e, 99% da área rural (condomínios de chácaras). A coleta, transporte e tratamento de resíduos de serviços de saúde atende a 545 unidades públicas e privadas/mensalmente (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005a).

Os indicadores acima, no entanto, não mostram um dos principais problemas: a dificuldade em tratar 97% do esgoto. A esse respeito em notícia publicada no “Diário da Região” (FERNANDJES, 2005d), de 10 de abril de 2005, o prefeito afirma:

“...temos 100% de asfaltamento de esgoto, mas não temos esgoto tratado... é a obra mais cara, de maior investimento... estamos concluindo a licitação do projeto e já temos recursos para isso...”.

Segundo a mesma notícia, mesmo com a conclusão da estação de tratamento de esgoto, a cidade continuará enfrentando o problema, pois serão

necessários cerca de R\$ 1 milhão para adequar a situação de saneamento nos 108 loteamentos irregulares do município.

Os indicadores econômicos e sociais de São José do Rio Preto são altamente satisfatórios quando comparados a outros municípios do mesmo porte do estado de São Paulo e do país. Esses indicadores aliados aos epidemiológicos analisados anteriormente poderiam explicar a baixa carga de TB no município, se retomarmos as reflexões de Ruffino Netto (2004) em relação aos componentes até agora analisados. No entanto, os problemas relacionados às condições de vida de uma parcela da população e o modelo de saúde, curativista e hospitalocêntrico, estariam interferindo ainda, nos coeficientes de incidência da doença que provavelmente tem acometido de maneira diferenciada determinadas classes sociais da população.

A seguir, será feito um retrospecto da organização dos serviços de saúde e da reestruturação do PCT, com o objetivo de se entender melhor a carga da doença como problema de saúde pública em São José do Rio Preto.

Resultados e Discussão

3. Organização dos Serviços de Saúde e Estruturação do Programa de Controle da Tuberculose

Na terceira etapa, de apresentação dos resultados da pesquisa, será feita a análise da evolução dos serviços de saúde, principalmente os públicos e, da estruturação do PCT, em conformidade com as políticas de saúde legalmente implantadas em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Para Ruffino Netto (2004), a disponibilidade e a organização de serviços de saúde e os recursos humanos adequados e bem preparados para atender os princípios e diretrizes dos SUS representam um grande desafio para os profissionais de saúde e sociedade em geral, no sentido de desmistificar a doença como problema do passado e entender a carga da TB como problema de saúde pública, não meramente biológico, mas relacionando às condições de vida da população.

A reformulação do modelo de assistência e práticas sanitárias adotadas no país ocorreram a partir da década de 80, período anterior às reformas no setor saúde, passando pela década de 90 que culmina com a implantação do SUS. Em 2001 ocorreram importantes mudanças no tipo de gestão assumida pelo município, com repercussão no modelo de assistência. Em função disto, será feita a apresentação desta etapa de análise em divisão por períodos a partir de 1980.

Resultados e Discussão

3.1. Período de 1980 a 1988

O período correspondente à década de 80 é marcado por um panorama nacional de assistência à saúde excludente, em que a população de baixa renda não beneficiária da previdência social encontra dificuldades de acesso aos serviços de saúde (RUFFINO NETTO & SOUZA, 1999), porém, com forte pressão da sociedade, representada pelos movimentos populares, no sentido de reivindicar melhores condições à saúde.

Em resposta a esta situação, os municípios começaram a investir no planejamento e na ampliação da rede básica de saúde, além de implantarem as Ações Integradas de Saúde (AIS).

Em São José do Rio Preto, no início dessa década, não houve participação efetiva das instituições organizadas e da sociedade na discussão do planejamento das ações de saúde adequadas à comunidade. O município apenas atendia às normatizações oriundas do nível federal e estadual em detrimento da opinião pública.

Nessa década, como a maioria dos municípios de mesmo porte, os serviços públicos de saúde de São José do Rio Preto se restringiam a duas Unidades do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) – Posto de Assistência Médica (PAM I e II) e dois Centro de Saúde (Centro de Saúde I e Centro de Saúde Escola do Estoril). Os PAM I e II desenvolviam ações essencialmente curativas nos seus postos de atendimento e nos hospitais conveniados, para os que possuíam registro formal em carteira de trabalho. A população que não se enquadrava no perfil utilizava os serviços dos

Resultados e Discussão

postos de saúde (Centros de Saúde) que estavam sob a responsabilidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) e da FUNFARME. A área de Urgência e Emergência contava com um Pronto Socorro Municipal e a Emergência do Hospital de Base (HB) e o Pronto Socorro da Santa Casa de Misericórdia (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1987).

Além desses recursos, a SES-SP mantinha um laboratório de Saúde Pública Regional, o Instituto Adolfo Lutz (IAL), responsável pelos exames laboratoriais como retaguarda aos programas dos Centros de Saúde, entre eles o exame de baciloscopia de escarro (BK) utilizado no diagnóstico da TB.

Os Centros de Saúde tiveram origem a partir das idéias do movimento médico sanitário americano da década de 10 e representavam a possibilidade de instauração de serviços de saúde de caráter público permanente. Até a década de 70, houve uma progressiva expansão da rede com muitas alterações em função, principalmente, da forma política com que os governos nacionais e regionais lidavam com os equipamentos públicos e com as demandas de saúde. O trabalho era caracterizado principalmente pela educação sanitária e no estado de São Paulo o projeto de organização assistencial foi proposto pelo sanitarista Geraldo H. de Paula Souza na década de 20. (NEMES 2000).

Apesar das alterações a rede pública de saúde conservou seu núcleo tecnológico original centrado, principalmente, em atividades de promoção e proteção da saúde e incorporando a assistência médica em modelo basicamente preventivo dirigido especialmente para o grupo “materno-infantil” e para algumas doenças infecciosas, entre elas a TB, que nos Centros de Saúde do estado de São Paulo

Resultados e Discussão

contava com o chamado “Sub-Programa de Controle da Tuberculose” (MENDES-GONÇALVES, 1994).

São José do Rio Preto até o ano de 1983 não possuía estrutura formal administrativa e os serviços de saúde eram organizados por profissionais designados pelo prefeito municipal que se responsabilizavam pelo sistema de saúde e, pela Divisão Regional de Saúde, da SES-SP, que se encarregava da orientação e supervisão técnica dos mesmos.

A partir de 1984, com o desencadeamento do projeto das AIS houve uma primeira estruturação da Secretaria Municipal de Saúde. Foram criadas mais três Unidades Básicas de Saúde (UBS): Eldorado, Anchieta e Vila Toninho, iniciando assim o processo de descentralização do atendimento à saúde (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1985). No período os serviços de saúde oferecidos pelo município eram ainda desarticulados, não havendo integração entre os níveis de atendimento básico e de maior complexidade com ênfase no Pronto Atendimento.

Entre 1985 e 1987, as AIS tinham como proposta a integração dos recursos da saúde do município reforçando o movimento de integração e descentralização. Com a reestruturação da SES-SP e criação dos Escritórios Regionais de Saúde (ERSA) em 1987, a proposta culminou com a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS (URBANO, 2003).

Em 1988, o município, atendendo às orientações da SES-SP e tendo constituído a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), elabora o primeiro Plano Municipal de Saúde, que propunha um avanço progressivo para um sistema de saúde unificado e descentralizado, segundo os princípios da

Resultados e Discussão

universalização e integralidade e diretrizes da regionalização e hierarquização (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1988b). O Plano previa um sistema de saúde, em que a porta de entrada seriam as UBSs, distribuídas segundo critérios populacionais e sociais.

O SUDS estadualizou os serviços do INAMPS e parte do gerenciamento da compra de serviços do setor privado (URBANO, 2003). Houve um incremento nos recursos orçamentários para o setor saúde e também a transferência da gestão da rede básica para o município. O ERS-57 de São José do Rio Preto passou a gerenciar o setor privado conveniado e contratado e os ambulatorios da rede básica de saúde.

A integração das instituições gestoras da saúde nos municípios, no período, não ocorreu de maneira simples. Houve um conflito de interesses, envolvendo o nível federal, representado pelo INAMPS e os prestadores de serviço privado, pois a partir desse momento os primeiros perderiam o poder político com a estadualização e os segundos teriam uma redução no número de leitos e de atendimentos, assim como maior controle dos atendimentos prestados (URBANO, 2003).

Os maiores problemas além da perda de poder político estavam relacionados às diferenças salariais para o exercício da mesma função, as formas diferentes de contrato de trabalho e de carga horária entre os funcionários do nível federal, estadual e municipal, resultando em dificuldades de integração das equipes de saúde no desenvolvimento das ações.

Resultados e Discussão

A estadualização da saúde, propondo o direito aos serviços de saúde para toda população, ampliou de maneira considerável o número de atendimentos no município. Nessa fase ampliou-se a rede básica de saúde com uniformização dos programas e procedimentos. O município passou a contar com mais sete UBS (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1987).

Além da estadualização o SUDS teve outro objetivo, que foi a regionalização e hierarquização dos serviços, com a proposta de sistema de referência e contra-referência em nível ambulatorial e hospitalar (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1988b).

A complementação da estrutura do sistema de saúde no município era realizada pelos hospitais de menor e maior grau de complexidade, a Santa Casa de Misericórdia e o Hospital de Base da Fundação Faculdade Regional de Medicina – FUNFARME, respectivamente. O último considerado hospital de alta complexidade para a macro-região, estado de São Paulo e outros estados.

O Plano Municipal de Saúde (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1988b) previa a reorientação da demanda do hospital no sentido de possibilitar às regiões a responsabilização por seus munícipes, melhorando a resolutividade nos casos encaminhados ao referido serviço, problema que até o atual momento não foi suficientemente resolvido. O atendimento de urgência foi descentralizado para quatro UBSs que passaram a funcionar 24 horas com integração destas e do Pronto Socorro Municipal com a Emergência do Hospital de Base e da Santa Casa de Misericórdia.

Resultados e Discussão

A concretização das diretrizes do novo Sistema Nacional de Saúde em todos os níveis deveria se dar por meio de órgãos colegiados que passam a cumprir o papel que posteriormente seriam desempenhados pelos Conselhos de Saúde (OLIOSA, 1999).

No município o primeiro colegiado, denominado 1º Conselho Municipal de Saúde, foi criado pelo decreto nº 5427 de 23/12/1988 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1988c). Estava ligado diretamente ao Gabinete do Prefeito Municipal e deveria atuar como órgão consultivo da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde - CIMS (ARANTES, 2002). Os membros deste colegiado, foram nomeados por meio do decreto nº 5467 de 29/12/1988 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1988d).

O PCT, na década de 80, contava com a coordenação técnica do nível estadual, a Divisão Regional de Saúde de São José do Rio Preto, da SES-SP. Os doentes de TB eram diagnosticados e tratados no CS I, com regime terapêutico de curta duração e auto-administrado. A equipe contava com pneumologista, enfermeiro e auxiliar/visitador sanitário pertencentes ao quadro de funcionários estaduais. O Centro de Saúde Escola do Estoril também realizava diagnóstico e tratamento, com a equipe do quadro de funcionários da Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME/FAMERP). No período os enfermeiros e visitadores sanitários realizavam visita domiciliar a todos os doentes que eram diagnosticados, até 15 dias após o início do tratamento e também quando o doente deixava de comparecer às consultas médicas.

Os treinamentos específicos das ações do PCT para toda equipe eram desenvolvidos pelos técnicos responsáveis pelo “Sub-Programa de Controle da

Resultados e Discussão

Tuberculose” da Divisão Regional de Saúde de São José do Rio Preto que realizavam também a supervisão do programa nas UBS dos municípios.

Ao se retomarem os indicadores epidemiológicos, especificamente o coeficiente de incidência e as reflexões de Ruffino Netto (2000) a respeito das dificuldades de implantação do PCT nos municípios no Brasil, observa-se que um dos aspectos apontados pelo autor está relacionado às dificuldades de acesso dos doentes aos serviços de saúde, representadas aqui pelas barreiras geográficas, em relação à distância entre os serviços e os domicílios. No intuito de resolver esta questão, município, a partir do ano de 1983, iniciou um processo de ampliação dos serviços de saúde, com a construção de UBS em bairros periféricos. No entanto, não houve capacitação de recursos humanos para atuarem e incorporarem as ações de promoção e prevenção, incluindo as do PCT, mantendo a lógica do Pronto Atendimento.

3.2. Período 1990 a 2000

A década de 90 foi caracterizada pelo processo de implementação do SUS, que em 1990 é promulgado pelas Leis 8080/90 e 8142/90, regulamentando e dando conformidade ao arcabouço jurídico do novo Sistema de Saúde. Essas leis estabeleceram os princípios e diretrizes do SUS em termos de organização, estruturação, gestão e financiamento (RUFFINO NETTO, 1999).

Assim, inicia-se a partir de 1990, em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária no país, um processo de mudanças no setor saúde em São José do Rio Preto. A implantação do SUS passa a constituir a diretriz geral

Resultados e Discussão

da política de saúde, prevista para acontecer a partir de dois eixos principais: municipalização de ações e serviços e construção de um novo modelo de atenção à saúde.

Com o processo acima descrito em andamento, o CS I sob a responsabilidade da SES-SP foi municipalizado e incorporado ao Sistema de Saúde Municipal, juntamente com as demais UBSs, que passaram a ser a “porta de entrada para o sistema de saúde”. Os Postos de Assistência Médica do INAMPS (PAM I e II) foram estadualizados, passando o PAM I a ser denominado Ambulatório Regional de Especialidades (ARE) atendendo em nível secundário todos os casos referenciados pelas UBS do município e das regiões pertencentes à área de influência do extinto Serviço de Medicina Social do INAMPS de São José do Rio Preto e do SUDS-57. O PAM II, também sob gestão estadual, realizava atendimento com demanda espontânea para o município e região nas áreas de Ginecologia e Obstetrícia.

O Ambulatório de Saúde Mental estava sob gestão estadual e atendia os doentes referenciados da macro-região e do município (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1997b). Os serviços hospitalares e de urgência-emergência, continuaram a ser prestados pelas mesmas unidades descritas no período anterior.

O modelo de atenção e o processo de trabalho que anteriormente eram destinados a uma menor parcela da população, as denominadas “populações carentes”, tendo como proposta as práticas ou ações programáticas, resultaram na expansão do acesso à assistência médica individual, o Pronto-Atendimento, cujas características tecnológicas (atendimento organizado pela procura espontânea, centrado na queixa principal, com baixo grau de utilização de técnicas de

Resultados e Discussão

investigação clínico-laboratorial e de referenciação a especialidades médicas e, alto grau de utilização de terapêuticas medicamentosas) permitiram aumentar rapidamente a cobertura populacional da assistência sem investimentos maiores (NEMES, 2000).

Em consonância com a Lei 8142/90, em 1991, o poder Executivo Municipal promulgou a lei Municipal nº 4890 (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1991b) de 07 de outubro de 1991 criando o Conselho Municipal de Saúde (CMS) junto ao SUS, atuando mais como órgão consultivo e não deliberativo. O CMS era presidido pelo Secretario Municipal de Saúde e ao término do mandato do Prefeito os membros eram automaticamente “dispensados”. Desse período não foi localizado nenhum decreto ou nomeação dos conselheiros, registro ou ata de reuniões.

A Lei acima apresentada foi complementada pelas Leis 5225 de 02 de julho de 1993, 6883 de 25 de setembro de 1997 e 6892 de 12 de dezembro de 1997, que, respectivamente, alteravam a composição dos Grupos I e II, tornando paritária a representação e modificava a composição anterior, com mandato de apenas um ano (CARVALHO, 2003).

Em 1994, ocasião em que o município assinou convênio habilitando-se na condição de gestão “Incipiente” (BRASIL, 1993b), as ações de vigilância sanitária e epidemiológica são municipalizadas.

Em 1995, a SES-SP sofreu nova estruturação e os Escritórios Regionais de Saúde (ERSA) passaram a ser denominados Departamento Regional de Saúde (DIR), com isto, o ARE foi transformado em Núcleo de Gestão Assistencial (NGA) que no município passou a ser denominado NGA-60.

Resultados e Discussão

A ampliação da rede básica no período baseou-se em um levantamento das necessidades da população, a qual, obedecendo ao princípio da equidade proposto pelo SUS, priorizou a população residente na periferia. Segundo o Plano Municipal de Saúde (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1997b) o município contava com 15 UBS sendo que, quatro dessas prestavam assistência 24 horas em sistema de Pronto Atendimento. Passou a contar também com duas Unidades de Saúde da Família - USF (Gonzaga de Campos e Talhados), cujos profissionais não foram capacitados adequadamente, em função da política de saúde no período não ter como objetivo a incorporação da estratégia como meio de mudança no modelo de saúde. A cobertura da Saúde da Família - SF era de aproximadamente 1% da população.

O mesmo documento classificou o modelo de assistência à saúde em São José em Rio Preto como Clínico-Assistencial com tendência a especialização, medicalização e sofisticação tecnológica, seja em nível municipal, estadual, conveniado ou privado. O atendimento despersonalizado, sem vínculo paciente-profissional, comprometia a resolutividade e estimulava a rotatividade dos doentes pelos diferentes serviços.

Assim após a análise desta situação, o município assumiu a Gestão Plena do Sistema Municipal, propondo um planejamento do setor baseado em análise das condições sócio-econômicas da população, bem como dos dados epidemiológicos, caracterizando e diferenciando os diversos segmentos sociais e grupos etários nas diferentes regiões da cidade.

A decisão do ponto de vista político-histórico de municípios do mesmo porte, demorou demasiadamente para acontecer em São José do Rio Preto. A

Resultados e Discussão

Secretaria Municipal de Saúde, nesse período, ainda possuía uma organização mínima tanto estrutural e organizacional, como em relação aos técnicos habilitados para reforma e reestruturação que exigia a habilitação neste tipo de Gestão.

Historicamente os responsáveis pela saúde do município, nomeados em cargos de confiança pelos gestores municipais, não possuíam formação em Saúde Pública. Praticamente todos os secretários municipais eram médicos cirurgiões do setor privado. Provavelmente este fato retardou a habilitação do município na Gestão Plena do Sistema Municipal e concorreu para a precária organização e estruturação do serviço de saúde até o final da década de 90.

Em maio de 1998 o município é habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (BRASIL, 1996b) passando a receber, auditar e aprovar os recursos financeiros das contas ambulatoriais e hospitalares de todos os prestadores locais, referentes a serviços prestados à população de São José do Rio Preto e das localidades que compuseram o Teto Global do Município, responsabilizando -se, portanto, por parte das ações de nível secundário da micro região, composta por 33 municípios e de alguns municípios da macro região (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 1998b). O Hospital de Base – Hospital Universitário continuou sob Gestão Estadual.

Ao assumir a condição de Gestor Pleno do Sistema Municipal observou-se um grande avanço na busca do entendimento dos preceitos contidos na Constituição e na NOB/96 e na captação de recursos humanos caracterizada pela contratação de profissionais classificados em concurso anterior para ocupar funções no NGA-60 e outros setores.

Resultados e Discussão

A partir de 1999 o CMS sofreu uma evolução significativa na construção do SUS, adquirindo sede própria por meio do repasse de 0,25% dos recursos que compõe o Fundo Municipal de Saúde; os conselheiros passaram a ser eleitos entre os pares e nomeados por decreto do Executivo; o Presidente era eleito a cada dois anos, pelos seus pares; iniciou-se participação política efetiva na elaboração do Plano Municipal de Saúde, do Quadro de Metas Municipal de Saúde e do Relatório de Gestão; foi implantada a fiscalização dos recursos financeiros e execução das políticas de saúde; o serviço Disque Saúde foi implantado, recebendo denúncias apuradas junto ao setor de Ouvidoria (ARANTES, 2002). O atual presidente do CMS, representante dos usuários, reeleito pelo segundo mandato, acrescenta os avanços ocorridos no período em relação ao Controle Social:

“A partir de 1998 é eleito o novo CMS com um papel mais deliberativo, com o Fundo Municipal de Saúde em funcionamento. Fui eleito pelo segmento de Patologia e iniciamos o processo de capacitação dos conselheiros. Começa-se então a articular para que o Conselho tenha uma estrutura física... passando a elaborar as políticas de saúde, a fiscalização dos programas e recursos financeiros e na execução destas políticas. O grupo de Conselheiros, os usuários passam a ter mais visibilidade nas suas ações, o que tornou o fato histórico no Conselho de Rio Preto (Presidente do Conselho Municipal de Saúde, 2000-2005).

Esse período foi marcado por mudanças importantes no Controle Social da saúde: a participação efetiva dos usuários tendo um dos seus membros eleito como presidente do CMS nos dois últimos mandatos e a criação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), com o intuito de estabelecer as políticas de saúde de sua área de abrangência.

Apesar de todos os avanços relacionados à evolução do Controle Social do SUS em São José do Rio Preto, observa-se a necessidade de investimentos que garantam maior participação da sociedade civil organizada, uma

Resultados e Discussão

vez que o município não possui tradição histórica relacionada a movimentos sociais atuantes.

A respeito da participação efetiva dos usuários como forma de organizar o Controle Social e, a implantação e implementação do CMS, o Presidente tem a seguinte opinião:

“O CMS de Rio Preto tem este diferencial, o presidente do Conselho é usuário que está na liderança, no comando de um órgão deliberativo que formula política pública de saúde, com composição do governo, dos prestadores. Mas ele passa a ter o usuário nesta frente de trabalho, no comando e junto com os trabalhadores da saúde, segmento fundamental e importante. Para se obter maior participação da população uma das ações implantadas foi à descentralização do Controle Social para as Unidades de Saúde com a criação de mais de vinte Conselhos Locais de Saúde” (Presidente do Conselho Municipal de Saúde, 2000-2005).

O CMS em São José do Rio Preto, com as mudanças, reorganização e maior participação do segmento dos usuários, passa a cobrar um melhor planejamento das ações de saúde do gestor municipal, assim como, investimentos na questão de reestruturação da rede básica de saúde, das questões dos trabalhadores e da humanização do atendimento. Essas ações melhoraram significativamente as ações de saúde desenvolvidas, apesar de todos os entraves, principalmente os políticos.

Segundo o presidente do CMS, o avanço na sua reformulação e na participação mais efetiva do segmento dos usuários, favoreceu a questão não só da TB, mas, também de outros programas prioritários representados pelos grupos menos favorecidos da sociedade, principalmente o segmento dos representantes ligados a ONG's vinculadas à AIDS:

“A partir de 2004 o PCT passa a ter mais visibilidade como política de saúde no município. Não que ele não existisse... mas a **dengue** era

Resultados e Discussão

prioridade. Passamos a cobrar nas audiências públicas e nas prestações de contas que o gestor preste conta de determinados programas que não tem visibilidade e que no ponto de vista da saúde pública tem prioridade. Então isto foi de fundamental importância, porque ele passa, dentro daquela lista de programas que ele apresenta e ele acha que é prioritário, citando a dengue, a AIDS, que tem um movimento muito bem organizado e que cobra, a questão do atendimento na Atenção Básica (Presidente do Conselho Municipal de Saúde, 2000-2005).

A respeito da efetiva participação da população no Controle Social da saúde, prevista nas diretrizes do SUS, Ruffino Netto (2004), aponta que o grau de participação política da população (GPP) está diretamente relacionado aos resultados do entendimento da carga de TB como problema de saúde pública. A esse respeito, percebe-se, que o município avançou consideravelmente. Apesar das dificuldades acima apontadas, efetivamente a questão da participação política da população colaborou para que o município fosse apontado como exemplo de organização e implementação dessa diretriz do SUS no país.

O atendimento ao doente de TB, a partir da década de 90, com a municipalização da saúde continuava sendo realizado por meio do “Sub-Programa de Controle da Tuberculose”, no entanto, com as transformações decorrentes do novo sistema de saúde implantado no país, o atendimento do PCT passou do CS I para o então recém-criado Ambulatório Regional de Especialidades – ARE, sendo considerado nível secundário de atenção na qualidade de referência regional.

As demais UBS do município, com exceção do CS Escola do Estoril e do Castelinho que diagnosticavam e tratavam os casos de TB, foram incorporadas à rede, agora municipalizadas, passando a realizar somente busca ativa. Os doentes diagnosticados eram encaminhados para tratamento no ARE. A reorganização no processo de trabalho fortaleceu a cultura existente entre os profissionais da saúde

Resultados e Discussão

que a TB é uma doença que deve ser acompanhada por especialistas em pneumologia em Serviços de Referência.

No final da década de 90, o município passou a ter um alto coeficiente de incidência de casos de coinfecção TB/HIV. Inicialmente os casos de AIDS, os HIV+ e co-infectados eram atendidos no Hospital de Base, e tratados por uma pneumologista no ambulatório do hospital. Por falta de adequação da estrutura física que não oferecia proteção aos profissionais, aumentando o risco de transmissão da doença no ambiente de saúde, o serviço foi extinto.

A situação epidemiológica acima descrita possibilitou ao município desenvolvimento de um projeto em parceria com o MS. A UBS do Solo Sagrado cedeu espaço físico para implantação do serviço de atendimento aos doentes de DST/AIDS e aos co-infectados TB/HIV, inclusive realizando visita domiciliar.

O tratamento de TB na criança, no período, era realizado no ambulatório de Pediatria do Hospital de Base (HB), sob a responsabilidade de um pediatra com especialização em Pneumologia.

Outra questão importante relacionada ao PCT no município foi a implantação do TS em 1998, inicialmente para os doentes co-infectados TB/HIV, pois o Plano Emergencial de Controle da TB de 1994, implementado apenas em 1996, selecionou 230 municípios prioritários, entre eles São José do Rio Preto. Mas foi somente a partir da resolução nº 284 do Conselho Nacional de Saúde, de 06/08/98, que considerou a situação da TB como “descalabro consentido”, que o novo PNCT

Resultados e Discussão

trouxo a inovação da instituição de bônus de R\$ 150,00 para os municípios que realizassem TS e de R\$ 100,00 para cada caso de doente de TB tratado e curado.

A legislação vigente, o apoio da SES-SP e o interesse no recebimento do bônus impulsionaram o gestor a implantar o DOTS no município. Foi contratado um funcionário por meio de um convenio com a OPS, que realizava visitas a estes doentes, de maneira irregular.

No final do ano 2000 o Ambulatório de DST/AIDS, que funcionava no prédio da UBS do Solo Sagrado foi transformado em Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis (SAE), passando a realizar também o tratamento aos doentes coinfectados TB/HIV e, o funcionário que realizava o trabalho no NGA-60, incluindo o TS, passou a fazê-lo no SAE. Outro funcionário foi remanejado do serviço administrativo e passou a realizar o TS para os doentes em tratamento no NGA-60.

A reorganização do PCT teve início então no município, primeiramente com a vontade política de introduzir o DOTS e também com a implantação do TS. Estas ações ocasionaram importantes mudanças nos indicadores epidemiológicos da TB, principalmente em relação à diminuição do abandono e melhora nos percentuais de cura, como visto anteriormente quando da discussão dos indicadores epidemiológicos.

O sistema de informação, outro pilar importante da estratégia DOTS no período anterior ao ano de 1998, era praticamente todo processado na DIR XXII, somente algumas informações permaneciam na SMSH, que não avaliava de maneira sistemática o programa. Em 1998, a Coordenação do PCT em nível

Resultados e Discussão

estadual cria o EPITB e o descentraliza para todos os municípios, inclusive para São José do Rio Preto. No entanto, na SMSH-SJRP, havia apenas um micro computador para toda Vigilância Epidemiológica (VE). As fichas eram enviadas ao nível central da VE e não conferidas, sendo muitas vezes digitadas com graves erros, pois o serviço não contava com profissionais devidamente qualificados para tal função.

Nesse período o IAL e o Laboratório de Microbiologia do HB realizavam praticamente todos os exames de escarro (BAAR) no diagnóstico e controle da doença. A SMSH-SJRP não possuía aparelhos de Raios-X instalado no NGA-60 e os doentes eram encaminhados aos hospitais conveniados para realização do exame.

O maior problema ainda encontrado pelos responsáveis pelo PCT no município nesse período, estava relacionado a outro pilar da estratégia DOTS que é a detecção de casos: o Hospital de Base continuava realizando a maioria dos diagnósticos de TB, apesar da expansão da rede básica de saúde.

Nesse período ocorreu um aumento no coeficiente de incidência da TB em São José do Rio Preto, provavelmente em consequência da reorganização do PCT motivado pela implantação do Ambulatório de Especialidades, no atendimento ao doente de AIDS e aos coinfectados TB/HIV e a implantação do TS para todos os doentes de TB.

3.3. Período de 2001 a 2004

O ano de 2001 representou para o município o início de um período de reestruturação e reorganização do modelo de atenção à saúde, com a eleição de um

Resultados e Discussão

governo com representantes da coligação que contava com a participação de partido de esquerda, com concepção democrática e compromisso de gestão participativa, permitindo a participação dos munícipes nos processos de planejamento das ações de saúde por meio do CMS , do CLS e do Orçamento Participativo.

Pela primeira vez o gestor municipal nomeia um médico, com doutorado em Saúde Pública e docente do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva da FAMERP para gerenciar o Sistema de Saúde Municipal. Esta nomeação trouxe importantes avanços na reorganização dos serviços de saúde, uma vez, que um dos maiores entraves estava relacionado à questão de falta de recursos humanos, principalmente, número de profissionais com experiência e conhecimento na área. Foi necessário, no entanto, a contratação de mais técnicos especializados, pois, a SMSH não contava com quadro suficiente de pessoal qualificado assumir a coordenação dos vários setores e iniciar o trabalho de reorganização do Sistema de Saúde.

Na visão do Coordenador da Atenção Básica, a situação no período era a seguinte:

“Existia no município uma visão muito reduzida, que o administrador hospitalar seria o profissional que daria conta do gerenciamento das Unidades... Na verdade em Rio Preto, o modelo prevalente, defendido da organização de pronto atendimento, do consumo de tecnologia. Então é esse inclusive, o modelo incorporado e reivindicado pela população. E acho que a história da instituição, Secretaria de Saúde, caminhou por aí” (Coordenador da Atenção Básica, 2001-2005).

Na tentativa de reorganizar os serviços de saúde, foram criados Departamentos e Coordenações para os programas. Foram realizados investimentos significativos na VE com total reformulação, hoje totalmente

Resultados e Discussão

informatizada, utilizando a TECNOLOGIA DE GEOPROCESSAMENTO (SANTOS et al., 2004a; SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2001b) com o intuito de instrumentalizar, planejar e avaliar todas as ações, principalmente as doenças de notificação compulsória, entre elas a TB, permitindo a agilização dos serviços.

A prática hegemônica da atenção médica incorporada pelo município ao longo das décadas e referida pelo Coordenador da Atenção Básica é a mesma descrita por Mendes (1999) em relação ao país, na qual se oferece à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, reduzida a serviços médicos, ofertados individualmente e destinada a tratar as doenças ou reabilitar doentes com seqüelas, por meio da clínica e com uso crescente de tecnologias.

Outros investimentos importantes na reorganização do serviço de saúde e desenvolvidos nessa gestão estão relacionados à capacitação dos recursos humanos com criação da função de Gerente nas UBS e Ambulatórios de Referência, capacitados por meio do Curso de Especialização em Gerenciamento de Unidade de Saúde (GERUS) do MS em parceria com a FAMERP e DIR XXII. Os demais técnicos da rede básica tiveram a oportunidade de capacitação por meio de Cursos de Especialização em Saúde Pública custeados pela SMSH.

A mudança de modelo de atenção à saúde com a divisão do município em Pólos de Saúde e definição das áreas de abrangência de cada UBS foi outro investimento importante para o município, como aponta o Secretário Municipal e o Coordenador da Atenção Básica:

“Hoje avançamos muito em vários segmentos: bancamos mais de cem pessoas em cursos de Especialização em Saúde Coletiva; fizemos todo um processo junto ao MS, na implantação do GERUS. Conseguimos em um processo de discussão, colocar Rio Preto no calendário e criar aqui o Pólo de Educação Permanente (PEP)... incrementamos do ponto de vista

Resultados e Discussão

do pessoal e da rede de Atenção Básica, estamos nos esforçando na tentativa de **mudança do modelo** que eu acho que é o grande furo que temos. Porque historicamente a Secretaria foi organizada dentro do modelo de pronto atendimento nas UBS (Secretario Municipal de Saúde, 2001-2005)".

"Acho que foi feito um investimento importante, no sentido de criar esta cultura gerencial, de capacitar em articulação com o GERUS... e o outro que além de montar e estruturar minimamente a Secretaria foi assim, de estar buscando uma **mudança de modelo**, de aprofundar o diagnóstico de situação, organizar informações, partir de uma perspectiva de hierarquizar o sistema, então se pegou os pronto-atendimentos, mas caminhando para a Unidade, você criar Unidades de Referência, que foram chamadas Policlínicas e começar a definir **sistemas locais de saúde** (Coordenador da Atenção Básica, 2001-2004)".

O município foi desenhado de maneira a contemplar cinco Sistemas Locais de Saúde ou Distritos Sanitários de Saúde, em São José do Rio Preto chamados de Pólos de Saúde, em virtude da denominação já adotada pela Secretaria de Planejamento e Gestão Estratégica.

Os objetivos da reestruturação foram definir áreas específicas de atuação com realidades próximas e que englobassem determinado número de UBSs e a partir da compatibilização das áreas dos Pólos com os setores censitários do IBGE, disponibilizar para os profissionais de saúde, informações demográficas que permitissem a obtenção de indicadores epidemiológicos específicos para estas áreas, possibilitando análise mais próxima da realidade local.

Na tentativa de hierarquizar o sistema do ponto de vista local, a Policlínica passa ser referência, não somente do atendimento vinte e quatro horas, mas de outros procedimentos para apoio às Unidades de entorno. As ações relacionadas ao processo de hierarquização e organização dos serviços de referência, com o intuito mínimo de monitoramento das atividades culminaram com a

Resultados e Discussão

publicação do Manual de Referência e Contra-Referência utilizado por todas as Unidades de Saúde do município (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005b).

Os cinco Pólos de referência na saúde foram organizados segundo as Unidades de Saúde e Serviços da SMSH, conforme demonstrado na Figura 18.

Figura 18. Distribuição dos Pólos de Saúde em São José do Rio Preto

Resultados e Discussão

PÓLO I: Núcleo de Diagnóstico e Hospital Dia; Ambulatório de Especialidades – NGA-60; Núcleo de Reabilitação Municipal; Pronto Socorro Central; Central de Ambulâncias; Ambulatório de Saúde Mental; Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (S.A.E.); Centro Municipal de Controle e Prevenção em DST/AIDS (COAS); Centro de Especialidades Odontológicas (C.E.O); Unidade Básica de Saúde Central; Unidade Básica de Saúde Vila Elvira; Unidade Básica de Saúde Jardim Americano; Unidade Básica de Saúde Parque Industrial; Unidade Básica de Saúde Anchieta.

PÓLO II: Policlínica Santo Antônio; Policlínica Ipê Branco (Solo Sagrado); Policlínica Vetorazzo; Unidade de Saúde da Família Parque da Cidadania; Unidade de Saúde da Família Renascer; Unidade de Saúde da Família Gonzaga de Campos; Unidade Básica de Saúde Vila Mayor; Unidade Básica de Saúde Eldorado; Unidade de Saúde da Família do Jardim Maria Lúcia; Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (CAPS-CRIA).

PÓLO III: Centro de Saúde Escola do Parque Estoril; Unidade Básica de Saúde São Francisco.

PÓLO IV: Policlínica Vila Toninho; Unidade Básica de Saúde Engenheiro Schimidt.

Resultados e Discussão

PÓLO V: Policlínica Jaguaré; Unidade Básica de Saúde São Deocleciano; Unidade de Saúde da Família de Talhado; Unidade de Saúde da Família Residencial Rio Preto I; Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD).

Atualmente a rede básica ambulatorial é composta por 22 Unidades Básicas de Saúde, sendo 16 UBS e 6 USF (Figura 19).

Outra questão importante trabalhada nessa gestão foi a parceria com a FAMERP no desenvolvimento do Boletim Epidemiológico, para que os dados voltassem à Unidade com um mínimo de informação elaborada e pudessem ser discutidos e remetidos para o planejamento das ações em cada área de abrangência já delimitadas (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004c).

Resultados e Discussão

O município, além da implantação e implementação das ações acima descritas na mudança de modelo, avançou na perspectiva de que as UBS, após a delimitação das áreas de abrangência, iniciassem o processo de assumir e **definir territórios**, fazer diagnósticos destes territórios, definir a responsabilidade de cada unidade e investir no gerenciamento. Além destas questões o município iniciou o trabalho de **intersectorialidade**, inicialmente com as Equipes de Saúde da Família (ESF) e no momento a discussão abrange toda rede básica de saúde. O Coordenador da Atenção Básica chama atenção para estas questões:

“O processo de territorialização está em fase de concretização, de se perceber uma nova forma de atuar, de todas as UBS’s ...organizar as informações, já que todo este trabalho se fez compatibilizando as áreas censitárias, e com isto, descentralizando o planejamento para as UBS e cada uma determinando suas prioridades. É um trabalho importante, onde algumas questões, inclusive da tuberculose vai ficar mais realçada, para as Unidades perceberem as ações que deverão ser desenvolvidas. E ao definir os territórios, articular com os outros setores... entender que a saúde vai acontecer se estiver articulada com outros setores: educação, cultura, esporte, ONG’s, as Associações. Então estamos em um momento intenso desse trabalho de **intersectorial**, de articulação, de aprofundar o diagnóstico para enfrentar as situações prioritárias (Coordenador da Atenção Básica, 2001-2005).

O Secretário Municipal de Saúde compartilha da mesma opinião a respeito da intersectorialidade, mostrando coesão no trabalho desenvolvido pela equipe técnica de Coordenação:

“E outra coisa também é que nestes Pólos, iniciamos há uns dois meses atrás um processo de **intersectorialidade**, integrando com os outros equipamentos públicos: educação, bem estar social e as associações da comunidade que ali existem para você também discutir os problemas. Com isto vamos facilitar um pouco este diálogo que é fundamental se trazer para a comunidade e aí com certeza a gente vai avançar nestes espaços mostrando a importância da promoção junto à comunidade” (Secretário Municipal de Saúde, 2001-2005).

Resultados e Discussão

A expansão e consolidação das ESF proporcionou não só uma ampliação física passando de duas para seis equipes, mas também toda uma discussão a respeito do processo de trabalho que a Saúde da Família desenvolve, na tentativa de reverter o modelo de atenção à saúde em São José do Rio Preto. Assim na fala da Coordenadora da Saúde da Família:

“E toda esta organização e discussão em relação à estratégia, aos poucos vai sendo também incorporada pela equipe técnica e a Secretária como um todo tem se voltado para uma estruturação dentro da estratégia de SF, de tal forma que hoje temos o município todo dividido em Pólos de Saúde, que correspondem aos Distritos Sanitários e todas as Unidades Básicas tem sua área de abrangência definida. E a partir desta definição de área de abrangência, mesmo que você não tenha todos os dados atualizados em processo dinâmico, como é o caso da SF, você consegue trabalhar com um conhecimento do perfil epidemiológico, pelos dados do IBGE. Então a gente tem dados populacionais, a morbi-mortalidade por área de abrangência...” (Coordenadora da Saúde da Família, 2001-2005).

As duas ESF (que correspondia a 1% de cobertura do município) que atuavam anteriormente, provavelmente por falta de capacitação técnica e coordenação própria e, também pelo número reduzido de cobertura em termos de população, não desenvolviam o processo de trabalho como preconizado pelo MS, na tentativa de reverter o modelo de assistência à saúde. Assim entende a atual coordenadora da SF:

“De maneira geral as duas USF anteriores realizavam o atendimento ao doente de TB em esquema de pronto atendimento, sem que as equipes fizessem uma apropriação do que acontecia no seu território, dentro de sua área de abrangência. E desta forma, eles até tentavam se organizar, mas não tinham muito quem trocar, não tinham uma orientação em relação à organização do processo de trabalho dentro das Unidades de Saúde. Começamos então a fazer esta discussão de tal forma que as equipes foram de fato introduzindo algumas noções novas dentro do planejamento das atividades da Unidade, que vem permitindo aí um atendimento integral, uma co-responsabilidade de todos os profissionais com o que acontece com o usuário do território. Por isso houve um incentivo muito grande para realização de reuniões de equipe diária, semanal e mensal, cada uma destas reuniões com objetivo específico, também para educação continuada interna e externa, de melhorar o conhecimento, o entendimento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para que eles possam com

Resultados e Discussão

mais conteúdo, desempenhar melhor suas atribuições no momento da visita” (Coordenadora da Saúde da Família, 2001-2005).

As seis USF contam atualmente com nove equipes, o que corresponde a uma expansão da cobertura para aproximadamente 7,5% da população. Em 2004 São José do Rio Preto assinou Carta de Compromisso com o MS no Projeto de Expansão e Consolidação de Equipes de Saúde da Família (PROESF) para municípios de grande porte na tentativa de reorganização no processo de trabalho para todas as UBS até o ano de 2009, ampliando esta cobertura para 70% da população. Até o final de 2005 a cobertura prevista é de 20% com a criação de 23 ESF (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004d).

A reorganização da Atenção Básica, principalmente em relação ao processo de trabalho interno, prevê a incorporação da estratégia da SF por todas UBS. Motivos financeiros, burocráticos e relacionados à forma de contratação do serviço público, dificultam a implantação nos moldes exatos recomendados pela estratégia da SF. Assim, o município encontrou uma forma de adaptar-se a este modelo de atenção, como explica o Coordenador da Atenção Básica:

“Se organizou todo um trabalho com os agentes da Dengue, um trabalho de ação na comunidade, ele tem um trabalho, não só no controle do Aedes, mas um agente que também possa auxiliar no trabalho de visita domiciliar articulado com as Unidades de Saúde. Eles vão se transformar em ACS... todas as UBS's terão os ACS, com integração com o trabalho da UBS, não mais um trabalho centralizado e em paralelo. Acho que este é um processo transformador interessante, com toda a dificuldade de sair de um trabalho centralizado, da unidade assumir, de ter um espaço físico para este pessoal. Então conseguimos depois de um tempo de planejamento todas estas ações: você **territorializa, faz um profundo diagnóstico de cada território, aponta para uma articulação intersetorial, descentraliza com os agentes para compor esta equipe**”(Coordenador da Atenção Básica, 2001-2005)

Resultados e Discussão

Na Atenção Básica, a Secretaria Municipal de Saúde desenvolve, segundo as diretrizes do MS e da SES-SP, todos os programas: Criança e Adolescentes, Assistência Integral à Saúde da Mulher, Saúde Mental, Hipertensão Arterial, Diabetes, DST/AIDS, Saúde Bucal e, também conta com o Programa Saúde em Movimento que tem como objetivo, por meio de técnicas da Medicina Chinesa Tradicional (*"Lian Gong"*) estimular o auto-cuidado e a responsabilidade sobre a situação da saúde individual e coletiva (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2001b).

O NGA-60 e o Ambulatório de Saúde Mental e o SAE continuam sendo Serviços de Referência, como descrito anteriormente. No ano de 2005, foi inaugurado o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador que atende além dos trabalhadores do município a região da DIR XXII (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005c).

Segundo Silva (2003), é no atendimento do NGA-60 e dos prestadores que está o maior problema do município, pois com a descentralização da marcação das consultas para as UBS's, a demanda é muito grande, muitas consultas não são agendadas e o usuário está insatisfeito, pois nem todos os doentes que são referenciados necessitam realmente dos procedimentos, muitas vezes os casos poderiam ser resolvidos nas próprias Unidades de Saúde.

Os doentes de TB, apesar de, na sua grande maioria realizarem consulta médica e tratamento no NGA-60 não necessitam de agendamento anterior, podendo procurar diretamente o PCT no prédio anexo. No entanto, observa-se que muitos doentes, mesmo já diagnosticados pelas UBS ou, principalmente, pelo Hospital de Base, acabam não sendo informados corretamente a respeito do

Resultados e Discussão

processo de trabalho do programa e ficam muitas vezes horas na fila até obterem informação correta.

Nesse período, agora analisado, houve uma reestruturação e readequação física de todas as Unidades de Referência acima descritas. E apesar de todos os problemas relacionados ao nível secundário de atendimentos no NGA-60, vários setores foram reorganizados: foi criado o Hospital Dia como um serviço de apoio e diagnóstico. Os serviços de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia adquiriram locais próprios para funcionamento e se transformaram em Núcleo de Reabilitação Municipal. Foram criados outros serviços e as Policlínicas foram reformadas, reorganizadas em termos de organização de atividade e de equipamentos.

O serviço de Urgência e Emergência na rede básica é realizado por cinco Unidades de Saúde que contam com Pronto Atendimento 24 horas, em conjunto com o Pronto Socorro Central, sendo que em três destas Unidades existe também o Pronto Atendimento Infantil (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2001b). Estes serviços possuem retaguarda do Resgate do 13º Grupamento de Incêndios, viaturas da Polícia Militar e da Central de Ambulâncias, que a partir no ano de 2004 foi reestruturada, transformando-se no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005c).

A DIR XXII tem sob sua gerência uma central de regulação de vagas em Urgência/Emergência a qual está equipada com uma UTI móvel que faz atendimento inter hospitalar para os municípios de sua área de abrangência, exceção feita a São José do Rio Preto. Um dos problemas enfrentado pelo município

Resultados e Discussão

em relação ao oferecimento de internações hospitalares é a falta de central de vagas na distribuição de Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Os principais problemas em relação ao nível mais complexo dos serviços de saúde em São José do Rio Preto, de acordo com Silva (2003) estão relacionados à falta de uma Unidade de Queimados e insuficiência de leitos em UTI Neonatal.

O Serviço de Referência (NGA-60) continuava responsável pelas ações do PCT que eram realizadas apenas no período da manhã, absorvendo todos os doentes para tratamento e acompanhamento encaminhados pelas UBS, que realizavam busca ativa de forma precária e ineficaz.

O PCT no município, nesse período, sofreu uma das mais importantes mudanças, de maneira a atender as diretrizes do novo Plano de controle da TB no Brasil, para o período de 2001-2005 (BRASIL, 2000a) introduzindo novas possibilidades de intervenção no processo de trabalho com a incorporação das estratégias de SF e ACS, sugerindo, então, uma parceria visando a expansão das ações do PCT. Outro incentivo importante foi à instituição, pela portaria 147/GM de agosto de 2002, garantindo o repasse do bônus para os casos diagnosticados e curados.

Ainda com toda a iniciativa de reestruturação do programa, existe uma forte resistência das UBS, com exceção da SF, em assumir as ações do PCT. Na opinião do Coordenador da Vigilância em Saúde, os motivos são diversos:

“Sempre soube pelos responsáveis anteriores, gerentes pelos serviços de saúde que Rio Preto não tinha tuberculose e era muito forte e, por isso não tinha que se investir muito no programa... ainda existe um preconceito por parte dos gerentes dos serviços, das unidades de saúde, ao mesmo tempo

Resultados e Discussão

eles têm medo das dificuldades que vão encontrar, no atendimento” (Coordenador da VE, 2001-2005).

Outra questão está relacionada ao modelo de atenção, curativista e hospitalocêntrico, que necessita de um tempo na sua reversão, como explica o Secretário de Saúde e o Coordenador da Atenção Básica:

“Existe uma cultura formada na rede de saúde, dos próprios profissionais e da população do ponto de vista da saúde na lógica do pronto-atendimento, que vai um tempo para você mudar isto... Você não muda modelo se você não mudar cultura dos profissionais, se você não formar lideranças, pessoas com capacidade gerencial de pensar, de planejar e implementar coisas. Acho que estamos em um processo que daqui há uns 10, 15 anos vamos ter muita gente com capacidade de pegar a coisa na mão e levar adiante” (Secretário Municipal de Saúde, 2001-2005).

“As pessoas cada vez mais consomem, tecnologia médica, que é mais cara e mais incentivada no seu uso e, isto precisa ter envolvimento dos profissionais precisa ter a questão do aparelho formador, que aos poucos, aparentemente está se mudando, mas, que continua formando profissionais para uma realidade que não é esta, não é a realidade atual em nível municipal, em nível da rede básica para atuar em nível hospitalar” (Coordenador da Atenção Básica, 2001-2005).

A respeito da formação dos profissionais de saúde, em São José do Rio Preto, a FAMERP, desde de 2002, em consonância com as recomendações da LDB da Educação de 1996, elaborou a proposta pedagógica de modificação dos currículos dos Cursos de Enfermagem e Medicina, com ênfase na formação de um profissional generalista, preparado para atender de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, baseado no paradigma clínico-epidemiológico, em que o processo saúde-doença é visto em um contexto dinâmico e contraditório, que leva em conta fatores sócio-econômicos, culturais, entre outros. Apesar das mudanças propostas pela lei e pelo novo currículo, observa-se ainda, dificuldade por parte dos docentes e discentes em abrirem-se a novas abordagens pedagógicas, às tecnologias da

Resultados e Discussão

informação e da comunicação, exigidas pelas mudanças no ensino dos profissionais de saúde.

A partir da análise acima apresentada, continuam as indagações: O que está havendo com a questão da organização dos serviços de saúde no atendimento a TB no município? Por que a maioria das descobertas dos casos tem sido realizada pela rede hospitalar? A rede básica de atenção à saúde piorou no período analisado?

Os dados até aqui apresentados, em relação aos serviços de saúde e a estruturação do PCT, nos permitem inferir que a rede básica foi ampliada e implementada por ações importantes, permeadas por decisão política dos gestores em mudança do modelo de atenção a saúde, não corroborando com a hipótese que houve piora nos serviços de saúde.

Em relação à reestruturação do PCT, nesse período, a primeira medida tomada pela coordenação do programa em 2000 foi à instalação de um Aparelho de Raios-X no NGA-60, que estava comprado e ainda não fora instalado.

As baciloscopias de escarro (BAAR) continuaram sendo realizadas pelo IAL, Laboratório de Microbiologia do HB e também por Laboratórios clínicos e anátomo-patológicos privados, que a partir de 2002, com a reestruturação da atual coordenação do programa passaram a notificar mensalmente a VE sobre o número de SR analisados e, os positivos encontrados. Os dados laboratoriais foram incorporados ao Sistema de Informação Laboratorial de Tuberculose de São Paulo - LAB-TB (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2004c).

Resultados e Discussão

A Campanha Estadual de Busca de Tuberculose em 2000 (SÃO PAULO, 2000b) impulsionou de maneira considerável o projeto de reestruturação do PCT em São José do Rio Preto. Outra iniciativa importante foi à expansão do TS, como explica a Coordenadora:

“E nós procuramos verificar a possibilidade de aumentarmos o TS... a partir de 2001 fizemos uma seleção com a ajuda do MS e contratamos uma funcionária. E antes de assumir as atividades, nós fizemos com que participasse do Treinamento Básico em Tuberculose – TBVE-TB e quando entrou no programa já tinha bastante conhecimento acumulado e desenvolveu com facilidade e aumentando muito o atendimento nesta forma de tratamento” (Coordenadora da VE e do PCT, 2000-2005).

A contratação de uma agente de saúde para realização do TS foi importante, mas não suficiente para que todos os doentes do município fossem supervisionados na tomada da medicação. Foi necessária a organização de uma estratégia, na tentativa de solucionar o problema, como relata a enfermeira responsável pelo programa:

“Naquele momento o nosso maior problema era que tudo estava centralizado aqui, todos os pacientes vinham fazer atendimento no NGA. O DOTS era feito pela agente de saúde, no período da manhã, ela tinha 60 pacientes e não conseguia fazer esse DOTS como manda a norma, três vezes por semana e depois duas. Não tínhamos viatura, o motorista criava problemas, então praticamente estávamos fazendo de conta. Não era feito o que estava sendo proposto por São Paulo” (Enfermeira do PCT, 2002-2005).

A primeira estratégia utilizada pela enfermeira, no sentido de solucionar o problema por ela descrito, foi informar todos os Gerentes das UBS a respeito das rotinas do PCT. A continuidade da proposta tinha agora como objetivo, iniciar um processo de descentralização para as a UBS, primeiramente do TS:

“O próximo passo foi entrar em contato com quem tinha encaminhado paciente... para estarmos resolvendo a situação. Mesmo quando o paciente não tinha condições de estar se deslocando para vir até o serviço

Resultados e Discussão

que era distante o problema seria solucionado com o vale transporte” (Enfermeira o PCT, 2002-2005).

O número de doentes em TS foi levantado em função da Área de Abrangência de cada Unidade de Saúde, sendo que essa modalidade de tratamento no momento da implantação encontrou barreiras por parte das equipes de saúde locais, conforme relato da enfermeira:

“O local com mais pacientes em tratamento era a UBS do Santo Antônio, então toda equipe do PCT foi até a Unidade falar sobre o programa e pedir que fizessem o DOTS. Conversamos e quando perguntamos se poderíamos mandar os doentes a resposta foi não. Eles alegaram não ter espaço, funcionários. Argumentos que os pacientes já iam à Unidade, que não iria diferenciar nada, mas negaram e foram até a coordenação geral da secretaria reclamar que nós estávamos querendo levar mais trabalho para eles. A secretaria municipal de saúde mandou que suspendêssemos a iniciativa da descentralização” (Enfermeira o PCT, 2002-2005).

Parece que a resistência dos profissionais da rede de saúde não está em aceitar a descentralização das ações do PCT, mas sim na maneira como tem sido conduzido este processo, conforme esclarece a coordenadora da SF no município:

“Eu acho que é um mito que os profissionais da rede, sejam resistentes à descentralização do PCT. Tivemos uma reunião a semana passada em que os gerentes questionaram a forma como está sendo feita a descentralização da TB. Eles não são contra a descentralização, acham ótimo... mas também querem conversar sobre o processo de descentralização: como ele vai acontecer, qual a melhor forma para chegar lá e conversar com o profissional? Os gerentes estão reivindicando uma participação conjunta na descentralização e isto não tem acontecido. (Coordenadora da SF, 2001-2005).

Apesar das dificuldades encontradas a equipe do PCT continuou com o trabalho de sensibilização nas Unidades de Saúde, entendendo que primeiramente

Resultados e Discussão

era necessário descentralizar o TS, pois o risco de iniciar a descentralização total do programa era muito grande, segundo o ponto de vista da enfermeira:

“Quando a gerente do NGA entrou disse que tinha uma proposta do MS para descentralizar a tuberculose e a hanseníase, eu disse a ela que para descentralizar o tratamento temos que ir com muita calma, pois já sabia da dificuldade que havia e que não iria ser uma coisa tão fácil assim, pois, anteriormente houve resistência das UBS. A minha preocupação com esta proposta é que esta tomada de decisão possa destruir o que tem, que está funcionando...” (Enfermeira do PCT, 2002-2005).

A continuidade do trabalho de sensibilização na descentralização do TS ocorreu agora com as enfermeiras das UBS, com as quais a enfermeira do programa tinha mais afinidade. Houve uma resposta positiva a esta proposta, haja vista que algumas UBS iniciaram o TS na própria Unidade com doentes da sua área de abrangência.

Com essas ações, no período, aumentou o número de TS, havendo a necessidade de outro funcionário que realizasse a supervisão, agora não somente dos doentes, mas também das Unidades que assumiram o TS. Foi criado pela equipe do PCT um questionário com o intuito de identificar as dificuldades que as Unidades estavam enfrentando na realização do TS. O resultado de inquérito foi assim percebido pela equipe:

“... percebemos que o que acontecia muitas vezes era que apenas um ou dois funcionários da Unidade de Saúde ficavam responsáveis, então o paciente não tinha liberdade, de, por exemplo, ter marcado de ir às oito horas, ele chegar às nove e meia e ser atendido rápido. Às vezes como ele ia para o serviço e chegava às sete horas da manhã porque às oito ele iniciava o trabalho, então tinha que ficar esperando porque aquelas pessoas não chegavam no horário” (Enfermeira do PCT, 2002-2005).

Resultados e Discussão

Essa situação começou a mudar a partir dos Treinamentos Básicos em Vigilância Epidemiológica em Tuberculose (TBVE-TB), como relata a Coordenadora do PCT.

“Fizemos muitos TBVE-TB e contemplamos com isto muitos funcionários da rede pública do município... mobilizamos os funcionários no sentido de estarem produzindo mais diagnósticos de TB. A partir de 2002 estávamos interessados em fazer um grande treinamento para médicos e enfermeiros de todas as unidades de uma vez só, tipo TBVE, e como não era prioridade municipal e tínhamos o dengue com muita intensidade, não foi aceito pela coordenação. Passamos a fazer então treinamentos em cada UBS”. (Coordenadora do PCT, 2000-2005).

Outro passo importante na reestruturação do PCT no município foi a incorporação mais efetiva das ações do programa pelas USF. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) já faziam o TS nas residências, no entanto, tanto o diagnóstico quanto o tratamento e acompanhamento era centralizado no NGA-60. A partir do ano de 2001, com a criação de mais ESF e por reivindicação dos profissionais que se julgavam preparados para atender o doente de TB de forma integral, essas ações foram também incorporadas ao processo de trabalho das equipes.

Segundo depoimento da coordenadora da SF sobre o processo de reorganização do PCT nas ESF:

“Posso dizer que foi praticamente tranqüila esta descentralização com os profissionais que estão nas USF, não teve resistência. Hoje observamos que eles fazem o DOTS, tanto o ACS, outras situações em que o doente é chamado a estar vindo a USF mesmo, pelo conhecimento que a equipe tem da história de vida, da referencia. Não temos tido problemas com desistência, faltosos, o que começa termina. Ainda com relação a tuberculose, nas educações continuadas internas, houve um incentivo muito grande para que os técnicos capacitassem os ACS para que fizessem esta abordagem no domicílio... ele identifica no momento da visita, por exemplo: uma pessoa tossindo muito, com escarro, então assim tem toda orientação e quando ele identifica a situação já faz o encaminhamento, orienta para que a pessoa procure a Unidade de Saúde para fazer a coleta de escarro. É um trabalho em esquema de vigilância constante (Coordenação da SF, 2001-2005).

Resultados e Discussão

A coordenação do PCT na SMSH-SJRP tem a mesma opinião a respeito da responsabilização da SF com a TB no município e acrescenta que o processo de trabalho, principalmente em relação à educação permanente das ESF, permite uma maior adesão dos doentes.

O problema apresentado pela coordenação do PCT nos remete ao processo de trabalho, que na estratégia da SF, privilegia e mantém espaço determinado na agenda da equipe para a educação continuada interna e externa, fato este, que não é priorizado pelo modelo tradicional de atenção à saúde, conforme observado na fala da coordenadora do PCT.

“O que observo é que para os PSF foi dada a chance de fazer o TBVE-TB. Os funcionários foram retirados do local de serviço, colocados somente para o treinamento e estudo de TB... e os outros funcionários das UBS's não tiveram esta chance, então, quando você está em uma Unidade fazendo treinamento o funcionário está saindo para atender doente tumultuando a reunião...e tempo de permanência é muito curto ficando o treinamento e conhecimento muito fracionado e uma frequência de funcionários também. No PSF foi diferente, todos eles foram treinados para assumirem todos os programas e, não foi diferente com a tuberculose. Todos fizeram TBVE-TB, médicos, enfermeiros, auxiliares e com isto e foram os que mais se sobressairam durante este período e tenho plena confiança no trabalho que os PSF's fazem e, a resposta que a gente tem quando é solicitada alguma coisa a eles é completamente diferente, eles estão prontos a atender, a visão é diferente da UBS. As UBS têm uma área de abrangência muito grande, o local de referência deles é muito maior que o do PSF e número de recursos humanos é pequeno”(Coordenação do PCT, 2000-2005).

Os profissionais que atuam no modelo tradicional de saúde principalmente os médicos não possuem relação de vínculo com a população e encontram dificuldades em participar dos treinamentos oferecidos pela rede, principalmente pela maneira como é organizado o processo de trabalho nas UBS, centrado na demanda espontânea, não valorizando a capacitação profissional. Outro

Resultados e Discussão

problema está relacionado à dificuldade dos profissionais que trabalham em regime de 20 horas em conciliar os horários de capacitação com os outros empregos. Como consequência, as ações do PCT não são incorporadas pelos serviços, dificultando o comprometimento com as ações do programa.

No final de 2004, a TB foi considerada prioridade no trabalho de Vigilância em Saúde. Foram traçadas as metas de descentralização gradual do PCT, visando localizar a UBS na área de abrangência do domicílio do doente. A equipe do PCT assumiu uma relação mais próxima com as equipes das UBS para que as mesmas assumissem todas as ações de controle do programa.

O relato da enfermeira do PCT esclarece mais detalhes a respeito das ações programadas pela equipe do PCT.

“O médico que solicitou a baciloscopia é procurado para iniciar o tratamento no doente que ele diagnosticou... estamos visitando as Unidades, passando as informações sobre a TB, como se fosse um TBVE - TB. Fazendo uma conversa com todos os funcionários da Unidade, mas eles já estão sabendo que a nossa intenção é a proposta da descentralização. Ligamos para a gerente explicamos o que vai ser feito e agendamos....geralmente participam da reunião, o enfermeiro, auxiliar, a recepcionista, o pessoal da faxina e o pessoal da farmácia e o médico. Os que têm um melhor perfil geralmente são os médicos de ambulatório...estamos também realizando uma avaliação trimestral com as Unidades, para discutirmos casos e levantarmos os problemas...o doente que não aceita realizar o tratamento na UBS, pode fazê-lo no NGA”. (Enfermeira do PCT, 2002-2005).

Para a Coordenação da SF existe a necessidade de se repensar a estratégia que tem sido utilizada na capacitação dos profissionais das UBS para as ações que estão sendo descentralizadas.

“A estratégia e, esta palavra tem sido muito usada, tem que ser repensada antes: qual a melhor forma, como trazer os profissionais? Mesmo assim encontramos muitas dificuldades, a gente acaba tendo que rever, tomar outro direcionamento” (Coordenação da SF, 2001-2005).

Resultados e Discussão

Os incentivos e benefícios específicos, como alimentos, vale transporte e outros, e também a disponibilidade de profissionais que oferecem orientações a respeito de auxílio-doença, seguro-desemprego e a visita domiciliária permitem uma maior aproximação dos trabalhadores da saúde junto aos doentes de TB e familiares, favorecendo os resultados como os encontrados em São José do Rio Preto, permitindo maior adesão ao tratamento, reduzindo o número de casos de abandono e crescendo o número de casos curados. A coordenadora do programa compartilha dessa opinião e relata:

“Desde 2002 oferecemos cestas básicas, passe de ônibus, temos pessoas que nos auxiliam com vegetais e ovos para complementação da cesta básica. Encaminhamos os pacientes para tratamento em Centros de Referência quando necessário, temos a disposição o transporte na prefeitura e temos o TS que vai até a casa. Toda a rede possui, dentro dos 5 Pólos hoje, pelo menos um psicólogo e 1 assistente social que quando solicitados prestam serviços a estes pacientes mas, a miúdo o trabalho é feito junto à Assistente Social do NGA-60 e na Saúde Mental” (Coordenadora do PCT, 2000-2005).

A descentralização do PCT, os incentivos oferecidos aos doentes de TB e a capacitação de pessoal são aspectos importantes para o controle da doença. Porém, isto não basta, sendo necessária também uma equipe com perfil adequado para desenvolver assistência neste âmbito, como constata várias pesquisas feitas no país.

Gil (2005); Brasil (1993b) e Brasil (1986b) afirmam que o perfil dos profissionais de saúde formados não é adequado o suficiente para atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Para os autores, os processos

Resultados e Discussão

relacionados ao modelo de atenção à saúde e recursos humanos são difíceis de discutir separadamente, pois, se de imprescindível importância é a discussão a respeito da formação de recursos humanos para o SUS, não menos, a importância de encontrar melhores alternativas para enfrentar a situação dos profissionais já inseridos no sistema, de maneira a diminuir os efeitos da formação inadequada, buscando meios de garantir que suas práticas atendam os desafios que se colocam para a implementação dos novos modelos de saúde, principalmente em nível municipal.

O município de São José do Rio Preto, possivelmente, apresenta a situação acima mencionada, o que tem interferido nos resultados do PCT em nível local, pois, apesar da reestruturação dos serviços de saúde e investimento na contratação e capacitação de recursos humanos não foi possível manter um balanço adequado entre integração e especificidades do programa, entre a descentralização e as funções que precisam se manter centralizadas (RUFFINO NETTO & SOUZA, 1999).

A seguir, será feita a última etapa da análise do PCT em São José do Rio Preto, agora relacionando as condições de vida da população à carga de TB, representada pelos coeficientes de incidência da doença em dois períodos distintos.

Resultados e Discussão

Resultados e Discussão

4. Tuberculose e condições de vida em São José do Rio Preto

Esta etapa da pesquisa teve como pressuposto verificar a existência de associação entre incidência de TB e condições de vida da população de São José do Rio Preto, em dois períodos distintos: 1998 -1999 e 2003 - 2004.

Por meio do mapeamento dos casos novos da doença por todas as formas ocorridas na área urbana, é possível uma reflexão mais ampla sobre os indicadores anteriormente analisados. A utilização desta abordagem propicia uma visão antecipada do risco coletivo de adoecer coerente com o entendimento de que as conseqüências dos processos endêmicos e das intervenções em saúde pública nos vários grupos sociais devem ser analisadas a partir de uma perspectiva ecológica, que considere a dinâmica evolutiva dos processos sociais, buscando identificar causas da incidência de doenças em grupos populacionais e não as causas da doença no indivíduo (ROSE, 2001)

A construção de um sistema de vigilância da saúde, segundo Santos (1996), orientado por um modelo de análise de situações de risco em substituição ao modelo de risco individual, utiliza o espaço como referência e tem potencialmente um maior poder explicativo por expressar diferentes acessos aos bens e serviços de infra-estrutura urbana. Esse enfoque evidencia a desigualdade existente no interior das cidades, possibilitando o planejamento de intervenções e monitoramentos seletivos conforme as reais necessidades de pequenas áreas.

Resultados e Discussão

Alguns estudos foram realizados em capitais brasileiras, procurando associar indicadores sócio-econômicos à ocorrência de agravos à saúde através de diferenciais intra-urbanos SANTOS (2004b); SILVA, PAIM & COSTA (1999); XIMENES (1999); AKERMAN et al (1994), sendo que, a maioria destes, tem demonstrado que populações socialmente desfavorecidas apresentam índices mais altos para diversas causas de morbidade ou mortalidade, sejam elas doenças crônicas, infecciosas ou externas.

O município, a partir do ano de 2001, conforme já comentado anteriormente, implantou, na SMSH-SJRP, a tecnologia de Geoprocessamento por meio de mapas temáticos, importante ferramenta auxiliar no processo de tomada de decisões em nível estratégico, com possibilidade de aferir as novas necessidades e tendências do município e nos casos críticos de focos de doenças e epidemias (SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2001b).

Estudos, utilizando técnicas de análise espacial no município, têm sido realizados a partir de um convênio firmado entre a SMSH-SJRP e a FAMERP, para realização do Boletim Epidemiológico), que desde 2002, vem publicando esses resultados enfocando: mortalidade (Causas Externas, Mortalidade Infantil e Doenças do Aparelho Circulatório) Tuberculose, Hanseníase, Saúde da Mulher, Dengue e Saúde Mental. Essas pesquisas têm reiterado a importância do estudo das doenças relacionadas às condições de vida da população do município onde, para a maioria dos agravos, o risco de adoecer ou morrer é maior nas áreas correspondentes ao grupo de setores com os piores níveis sócio-econômicos em relação ao grupo com melhores níveis.

Resultados e Discussão

A relação entre os lugares e a produção de doenças resulta de um acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais. Para o diagnóstico das condições de vida é necessária a construção de indicadores que detectem os diferenciais de risco à saúde oriundos da diversidade social e ambiental (AKERMAN et al., 1994). Estes indicadores devem permitir a identificação de diferentes situações de risco, possibilitando o direcionamento das ações de saúde, de modo mais específico, aos eventos que se pretende prevenir e controlar.

O crescimento e o desenvolvimento do município de São José do Rio Preto, como analisado anteriormente, quando da discussão a respeito dos indicadores sociais e econômicos, da década de 1980 a 2004, mostram, de maneira geral, padrões urbanos e de condições de vida relativamente melhores que cidades do mesmo porte no país e mesmo na América Latina. Não se encontram grandes disparidades de fatores sócio-econômicos e de saúde, como as apresentadas nas grandes metrópoles.

No entanto, a distribuição da população no espaço urbano segue praticamente os mesmos padrões de desigualdade observados nos grandes centros. A periferia da cidade possui infra-estrutura urbana básica, é ocupada por grupos menos privilegiados, de baixa renda e piores condições de saúde, onde se observa pelos estudos realizados, que os coeficientes de morbidade e mortalidade em alguns agravos, como a MI, atingem até sete vezes mais essa população. Porém, as áreas com acesso total às facilidades urbanas, ocupadas por grupos de alta renda, vivem em moradias satisfatórias e com melhores padrões de saúde, apresentando coeficientes compatíveis a países desenvolvidos.

Resultados e Discussão

O estudo a respeito da TB relacionado às condições de vida em São José do Rio Preto utilizou o Fator 1, que representou o nível sócio-econômico. Quanto maior o seu valor, melhor é o nível de determinado setor censitário. Os 432 setores censitários foram ordenados pelos respectivos valores do Fator 1 e a área correspondente ao primeiro quartil foi denominada classe sócio-econômica I (nível mais baixo), a do segundo como classe sócio-econômica II, a do terceiro como classe sócio-econômica III e a do quarto, como classe sócio-econômica IV (nível mais alto). Nas Figuras 20 e 21, temos o resultado desta análise.

Resultados e Discussão

Figura 20. Mapa da cidade de São José do Rio Preto, segundo áreas sócio- econômicas e coeficiente de incidência de tuberculose, 1998-1999

Figura 20. Mapa da cidade de São José do Rio Preto, segundo áreas sócio- econômicas e coeficiente de incidência de tuberculose, 1998-1999

Resultados e Discussão

Figura 21. Mapa da cidade de São José do Rio Preto, segundo áreas sócio- econômicas e coeficiente de incidência de tuberculose, 2003-2004

Do total de 551 registros constantes do banco de dados (EPITB) referentes aos anos de 1998, 1999, 2003 e 2004, 19 foram excluídos por diversos motivos como endereços incompletos e registros de pessoas "sem residência fixa", restando 532 casos georreferenciados (96,6%). Destes, foram excluídos 60 casos

Resultados e Discussão

que estavam localizados fora da área urbana relativa aos setores censitários, a do IBGE para o município, a maioria, na periferia, zona rural e nos denominados “loteamentos clandestinos”, restando então, 472 casos (88,3%) que possibilitaram o cálculo dos coeficientes de incidência disponibilizados no mapa.

Na Figura 20, que corresponde ao período de 1998 a 1999, verifica-se que o risco de adoecer por TB é duas vezes maior na área com piores níveis sócio-econômicos em relação aquela com melhores níveis. Na Figura 21, que corresponde ao período compreendido entre 2003 e 2004, observa-se uma melhora nos indicadores de incidência e uma diminuição na diferença do risco de adoecer nas áreas com piores níveis sócio-econômicos em relação àquelas com os melhores níveis.

Não foram identificadas diferenças entre os riscos de adoecer por TB entre os grupamentos correspondentes, nos dois períodos analisados, às classes sócio-econômicas II, III e IV.

Apesar do estudo utilizar-se da malha de setores censitários do mesmo Censo Demográfico (2000), pode-se observar que os mapas temáticos representando as incidências médias da TB nos períodos 1998-1999 e 2003-2004, não apresentam a mesma similaridade, indicando melhora do problema nos locais, pois a distribuição da incidência entre a Classe IV e a Classe I diminuiu ao longo dos períodos analisados. No entanto, o fato de ter-se excluído 60 casos georeferenciados durante os dois períodos, por não se incluírem nos setores censitários, provavelmente, influenciou o valor dos coeficientes de incidência, indicando que a diferença entre as classes sociais poderia estar subestimada.

Resultados e Discussão

Os achados deste estudo confirmam a hipótese anteriormente levantada da participação das condições de vida na determinação do padrão de morbidade por TB da população de São José do Rio Preto. Os resultados também estão em consonância com os estudos anteriormente realizados que discutem a participação das desigualdades sociais nos desfechos de saúde dessa população (VENDRAMINI et al., 2005, SÃO JOSÉ DO RIO PRETO, 2005d, 2004b, 2004e, 2003b, 2003c).

Eles também evidenciam que, apesar dos indicadores econômicos e sociais de São José do Rio Preto serem altamente satisfatórios quando comparados a outros municípios do mesmo porte do estado de São Paulo e do país, existe ainda a necessidade de redirecionamento das políticas públicas, buscando maior adequação dos investimentos municipais nas áreas mais carentes de infra-estrutura urbana por meio da melhoria da oferta de serviços públicos e implementação de programas sociais específicos.

Estas questões têm sido contempladas com as ações de reorganização dos serviços de saúde e a criação dos Pólos de Saúde, delimitando as áreas de abrangência com definição e responsabilização do território a partir da identificação e construção do perfil epidemiológico. Também a implantação de medidas intersetoriais de promoção e vigilância à saúde e a expansão da estratégia da SF tem como proposta a mudança no modelo de saúde ora vigente.

Conclusões

Com vistas ao alcance dos objetivos, os resultados e análises deste estudo concluem que:

- o Programa de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto, no período compreendido entre 1985 e 2004 foi reestruturado ao longo das décadas, principalmente pela vontade política dos gestores. Seguiu as orientações sugeridas pelos consecutivos Planos de controle da doença, acompanhando as mudanças no sistema de saúde do país e;
- no período compreendido entre 1985 e 2004, a população de São José do Rio Preto manteve relativamente estáveis os coeficientes de incidência compatíveis aos de países desenvolvidos, apresentando sempre menores riscos de adoecer por TB em relação ao estado de São Paulo e Brasil. Quanto à mortalidade por TB, os valores totais e segundo sexo foram sempre menores que os outros níveis, com valores duas a três vezes maiores nos homens, porém, com elevação significativa nas pessoas de maior idade;
- a taxa de detecção de casos apresentou durante todo período resultados menores que os esperados pelas metas nacionais e internacionais. A partir de 2000, observa-se aumento do número de baciloscopias realizadas em SR, no entanto, o percentual de detecção de casos continuou apresentando as mesmas taxas;

Conclusões

- no período compreendido entre 1998 e 2004, o coeficiente de incidência por faixa etária e sexo apresentou deslocamento da frequência da doença para o grupo etário de idosos, redução das taxas para o grupo etário de meia-idade e manutenção em torno 2 a 3 casos por ano nas crianças; a incidência nos homens foi duas a três vezes maior do que nas mulheres, valores estes comparáveis a países desenvolvidos;
- houve predominância da forma pulmonar da doença, no entanto, a partir do ano 2000, observa-se diminuição na razão Pulmonar/Extrapulmonar em função do aumento da forma extrapulmonar, provavelmente devido à alta taxa de coinfeção TB/HIV em São José do Rio Preto;
- o município apresenta alta taxa de coinfeção TB/HIV, que no ano de 2004 chegou a 40%, sendo, por esta razão classificado como prioritário pelo PCT;
- as taxas de cura e abandono, de 1998 a 2004, apresentaram melhoras significativas durante todo o período analisado. As taxas de cura, apesar da melhora, ainda não atingiram as metas estabelecidas pelos organismos internacionais e nacionais. O abandono, no entanto, obteve resultados satisfatórios, abaixo do máximo preconizado pelo MS;
- a implantação do TS a partir de 1998 possibilitou a reestruturação do PCT e melhoras significativas nas taxas de cura de abandono;

Conclusões

- os casos são descobertos mais freqüentemente pelos serviços hospitalares, que em 2003 diagnosticou 80% de todos os casos;
- os indicadores políticos apontam para mudanças no perfil municipal, voltados para o social, a partir de 1983, com a criação de Conjuntos Habitacionais para a população menos favorecida e, maior investimento no setor saúde com a criação de UBS na periferia da cidade;
- o município adotou como plano de desenvolvimento o Planejamento Estratégico de Cidades, em que uma das macroestratégias é o Desenvolvimento Social que estabelece estratégias e ações que promovam a inclusão social e a distribuição de renda.;
- São José do Rio Preto apresenta alto IDH de 0,834; Esperança de Vida ao Nascer de 0,772; PIB de 6,9 mil/per capita com crescimento de 10,6% de 2000 para 2002; diminuição progressiva da taxa de crescimento, sendo que o fator migração não tem influenciado de maneira significativa essa taxa;
- como qualquer outra cidade de grande porte, apresenta problemas focalizados, principalmente na periferia, aqui representado pelos “loteamentos clandestinos”. As famílias que vivem em condições de extrema pobreza (um dólar/dia/percapita) correspondem a aproximadamente 15.000 pessoas, o que significa 4% da população;

Conclusões

- em relação aos indicadores sociais de saúde temos: A taxa de MI de 13,23/1000 nascidos vivos; o número de médicos/1000 habitantes é três vezes maior que o parâmetro recomendado pela OMS, representado principalmente por especialistas, com reduzido número de médicos sanitaristas; o modelo de saúde pública ainda vigente no município é centrado no Pronto Atendimento (PA); o número de leitos SUS está acima da média do país; o financiamento da saúde pelo município com aplicação crescente de recursos próprios a partir de 1998 a 23% do orçamento municipal;
- os serviços de saúde no município, a partir da década de 1980 foram reformulados em conformidade com o modelo de assistência e práticas sanitárias adotadas no país; a estadualização da saúde, em 1988 ampliou de maneira considerável o número de atendimentos com ampliação da rede básica de saúde e uniformização dos programas e procedimentos; em 1998, ainda que tardiamente em relação a municípios do mesmo porte, São José do Rio Preto assumiu a Gestão Plena da Assistência à Saúde, contudo, não se observou neste período uma completa ruptura na rede básica, com o modelo de atenção tradicional e historicamente hegemônico, centrado na doença e na assistência médico-hospitalar individual, fato este, que concorreu para a precária organização e estruturação do Sistema de Saúde até o final da década de 90;

Conclusões

- uma das conquistas importantes, ainda no final da década de 1990, está relacionada à reestruturação do Conselho Municipal de Saúde, que adquiriu sede própria por meio do repasse de 0,25% dos recursos que compõe o Fundo Municipal de Saúde e seus conselheiros passaram a ser eleitos entre os pares e nomeados por decreto do Executivo; o Presidente do CMS passou a ser eleito a cada dois anos, pelos seus pares; iniciou-se uma participação política efetiva na elaboração do Plano Municipal de Saúde, do Quadro de Metas Municipal de Saúde e do Relatório de Gestão; implantação do Disque Saúde e a fiscalização dos recursos financeiros na execução das políticas de saúde;
- a partir do ano de 2001, foram criados Departamentos e Coordenações para todos os programas. O município foi dividido em Pólos de Saúde a partir da definição das áreas e abrangência de cada UBS. Foi criada a Tecnologia de Geoprocessamento e desenvolvimento do Boletim Epidemiológico como instrumento de avaliação e planejamento das ações de cada área de abrangência. Houve desenvolvimento nas medidas intersetoriais de promoção e vigilância à saúde;
- a expansão e consolidação das ESF proporcionaram maior cobertura de atendimento a população e a oportunidade de discussão e reflexão sobre a necessidade de mudança no modelo de atenção à saúde em São José do Rio Preto;

Conclusões

- o PCT, a partir da municipalização da saúde, em 1998, foi centralizado no Ambulatório Regional de Especialidades (ARE), sendo considerado nível secundário de atenção na qualidade de referência regional, esse fato, contribuiu no fortalecimento da cultura já existente entre os profissionais da saúde que a TB é uma doença que deve ser acompanhada por especialistas em Serviços de Referência;
- nesse mesmo ano foi implantado o TS o que propiciou a reorganização do PCT, que passa a obter melhora nos indicadores de cura e abandono; a partir de 2000 o TS é descentralizado para as UBS. Após 2002 acontece a descentralização de todas as ações do programa para as USF que em função do processo de trabalho, adere de forma integral ao PCT;
- o PCT de São José do Rio Preto apresenta insuficiência na busca ativa de casos pela Atenção Básica representado pela alta taxa de descoberta de casos pelos Hospitais e resistência dos profissionais das UBS assumirem as ações de controle da doença nas suas respectivas áreas de abrangência;
- os órgãos formadores e a academia, tem se mobilizado no sentido de reformular os currículos, adequando-os à nova proposta e preparando melhor os alunos para o mercado de trabalho, ainda que os resultados não sejam perceptíveis;

Conclusões

- os dados geoprocessados dos casos de TB, relacionados às condições de vida da população, apontam que risco de adoecer por TB no município é duas vezes maior nas áreas com piores níveis sócio-econômicos em relação àquelas com melhores níveis. No período compreendido entre 2003 e 2004, observa-se uma melhora nos indicadores de incidência com diminuição na diferença do risco de adoecer nas áreas com piores níveis sócio-econômicos em relação à área com os melhores níveis;

Os achados deste estudo confirmam a hipótese anteriormente levantada da participação das condições de vida na determinação do padrão de morbidade por TB da população de São José do Rio Preto, fortalecendo as proposições de que investigações de cunho sociológico são importantes para a compreensão dos condicionantes sociais do processo saúde-doença da TB e, conseqüentemente transformar o cenário preocupante em que está inserida.

Espera-se que este estudo tenha proporcionado essa compreensão e que os dados obtidos possam fornecer subsídios para a tarefa de traçar estratégias adequadas às ações de controle da TB, propiciando o estabelecimento de colaboração da academia com o serviço.

Referências Bibliográficas

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, A.F.R, & BOAS, A.V. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose no Brasil**. Trabalho apresentado no IX Congresso Nacional de Tuberculose, 1956. Mimeografado.

ALMA ATA, 1979. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArg/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2005.

AKERMAN, M. et al. Saúde e meio ambiente: uma análise de diferenciais intra-urbanos enfocando o Município de São Paulo, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 320-325, 1994.

ARANTES, M. I. S. **Controle social no SUS – São José do Rio Preto**. 2002. Monografia. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, 2002.

ARCINFO. Geographic Information Systems. United States. Esri* Gis and mapping software. 2004. Disponível em: <<http://www.esri.com/software/arcgis/arcinfo/>>. Acesso em 28 mar. 2005.

BANERJI, D.; ANDERSEN, S. A sociological study of awareness of symptoms among persons whit pulmonary tuberculosis. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 29, p. 665-683, 1963.

BANERJI, D. Tuberculosis programme as an integral component of the general health services. **Journal of the Indian Medical Association**, Calcutta, v. 54, n.1, p. 36-39, 1970.

BAYER, R.; WILKINSON, D. Directly observed therapy for tuberculosis: history of an idea. **Lancet**, London, v. 345, n. 8964, p. 1545-1548, 1995.

BERTOLOZZI, M. R. **Adesão ao programa de controle da tuberculose no Distrito Sanitário do Butantã**. 1998. 211 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

BEYER, D. A. et al. Signals the regulate host response to Mycobacterium tuberculosis. **Novartis Foundation Symposium**, Chichester, v. 717, p.145-157, 1998.

BIER, O. G. **Microbiologia e imunologia**. 24. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1985.

BORTOLETO, G. PIB rio-pretense cresce menos que paulista. **Diário da Região**, São José do Rio Preto, 04 maio. 2005. Economia & Negócios, p. 4B.

BRADFORD, H. **Principles of medical statistics**. 7. ed. New York: Oxford University Press, 1961. p. 614.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas para controle da tuberculose**. (Série A: Normas e Manuais Técnicos 13). Brasília, DF, 1984.

_____. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de controle da tuberculose: avaliação das atividades realizadas em 1985**. Brasília, DF, 1986a. 57 p. Mimeografado.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. **I Conferencia Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório final**. Brasília, DF, 1986b.

_____. Ministério da Saúde. Centro de Documentação. **Procedimentos para atividades de controle da tuberculose: normas e manuais técnicos**. (Série A: Normas e Manuais Técnicos, 14), 3. ed. Brasília, DF, 1989.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 545 de 20/05/91993. **Norma operacional básica – NOB/01/93**. Brasília, DF, 1993a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS. **II Conferencia Nacional de Recursos Humanos em Saúde. Relatório final**. Brasília, DF, 1993b.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do plano de ação emergencial para o controle da tuberculose no Brasil 1996/1998**. Brasília, DF, 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203 de 05/11/1996. **Norma Operacional Básica – NOB/01/96**. Brasília, DF, 1996b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. **Controle da tuberculose: diretrizes do plano de ação emergencial para municípios prioritários**. Brasília, DF, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Pneumologia Sanitária. Centro de Referência Hélio Fraga. **Plano nacional de controle da tuberculose**. Brasília, DF, 1999a, 184p.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Boletim Epidemiológico**, Brasília, Ed. Esp., 1999b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano estratégico para implementação do plano de controle da tuberculose no Brasil de 2001-2005: resumo executivo**. Brasília, DF, 2000a.

Referências Bibliográficas

_____. Emenda Constitucional nº 29 de 13/09/2000. **Altera os artigos 34, 35, 156, 167, e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.** Brasília, DF, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica.** Brasília, DF, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico pra o controle da tuberculose: cadernos de atenção básica.** 6. ed. Brasília, DF, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço.** 5. ed. Rio de Janeiro, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília, DF, v. 16, n. 1, abr./dez. 2002d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. Área Técnica de Pneumologia Sanitária. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico AIDS e DST**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, jan./jun. 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2405, 5 de novembro de 2004. Portaria 2646, 16 de dezembro de 2004d, Brasília, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 2646, 16 de dezembro de 2004, Brasília, 2004d.

BULLA, A. Review of the morbidity and mortality of tuberculosis based on data officially reported throughout He world (1967-1971-1977). **Bulletin of the International Union Against Tuberculosis**, Paris, v. 56, n. 3-4, p. 122-128, 1981.

CAMARGOS, P.A.M. **BCG intradérmico e meningite tuberculosa: risco de adoecimento em crianças não vacinadas verificado através de um estudo epidemiológico.** 1985. 185 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1985.

CAMINERO, J. A. et al. The epidemiology of tuberculosis in Gran Canaria, Canary

Referências Bibliográficas

Islands, 1988-92: effectiveness of control measures. **Tubercle and Lung Disease**, Edinburgh, v. 76, n. 5, p. 387-393, 1995.

CARVALHO, D. M. J de. **Financiamento do Sistema Único de Saúde em São José do Rio Preto/SP**. 2003. Monografia. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, 2003.

CHAIMOWICZ, F. Age transition of tuberculosis incidence and mortality in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 81-87, 2001.

COMSTOCK G. W.; LIVESAY, V. T.; WOOLPERT, S. F. The prognosis of a positive tuberculin reaction in childhood and adolescence. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, v. 99, n. 2, p. 131-138, 1974.

CORBETT, E. L. et al. The growing burden of tuberculosis: global trends y interactions with the HIV epidemic. **Archives of Internal Medicine**, Chicago, v. 163, n. 9, p. 1009-1021, 2003.

CRUZ, R. **Vigilância epidemiológica, estratégia de prevención y control**. Ministério de Salud de Nicaragua. Seminário Internacional de enfermedades transmisibles. Manágua, 1993, p.168-9.

DATASUS. Ministério da Saúde. Informações em Saúde. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>>. Acesso em: 03 fev. 2005.

DAWSON, J. J. Y. et al. A 5-year study of patients with pulmonary tuberculosis in a concurrent comparison of home and sanatorium treatment for one year with isoniazid plus PAS. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 34, n. 4, p. 533-551, 1966.

II Diretrizes Brasileiras para Tuberculose. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 30, supl. 1, jun. 2004.

DUARTE, E. C. et al. **Epidemiologia das desigualdades em saúde no Brasil: um estudo exploratório**. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde, 2002. 123 p.

DUQUE, K. S. N. **Loteamento clandestino “uma abordagem sistêmica”**. 2001. Monografia. Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas (IBILCE). Universidade Estadual Paulista, São José do Rio Preto, 2001.

DYE, C. et al. What is the limit to case detection under the DOTS strategy for tuberculosis control? **Tuberculosis (Edinburgh, Scotland)**, Edinburgh, v. 83, n. 1-3, p. 35-43, 2003.

_____. **Publicação eletrônica** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida <tite@eerp.usp.br> em 25 out. 2004.

Referências Bibliográficas

ENARSON, D. A. et al. The challenge of tuberculosis: statements on global control and prevention. **The Lancet**, London, v. 346, n. 8978, p. 809-819, 1995.

ENARSON, D. A.; MURRAY, J. F. Global epidemiology of tuberculosis. In: **Tuberculosis**. USA: Little Brown, 1996. p. 58.

FARMER, P. Social inequalities and emerging infectious diseases. **Emerging Infectious Diseases**, Atlanta, v. 2, n. 4, p. 259-269, 1996.

FARMER, P.; BECERRA, M.; KIM, J. Y. **Global impact of drug-resistant tuberculosis**. Boston: Harvard Medical School, 1999.

FERNANDJES, R. Rumor às metas do milênio. **Diário da Região**, São José do Rio Preto, 10 abr. 2005a. Cidades, p. 1B.

FERNANDJES, R. Cidade tem 3 mil famílias em extrema pobreza. **Diário da Região**, São José do Rio Preto, 17 abr. 2005b. Cidades, p. 4B.

FERNANDJES, R. Educação em Rio Preto ainda é um desafio. **Diário da Região**, São José do Rio Preto, 15 abr. 2005c. Cidades, p. 5B.

FERNANDJES, R. Faltam recursos para saneamento e educação. **Diário da Região**, São José do Rio Preto, 10 abr. 2005d. Cidades, p. 2B.

GARCIA, J. C. 3º mundo: as duas faces de Rio Preto. **Diário da Região**, São José do Rio Preto, 30 nov. 2003a. Cidades, p. 1B.

GARCIA, J. C. Loteamento ilegal surge na década de 80. **Diário da Região**, São José do Rio Preto, 30 nov. 2003b. Cidades, p.1B.

GAZETTA, C. E. **Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto-SP, de 1993 a 1998, a partir das notificações da doença em um hospital-escola**. 1999. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

GAZETTA, C. E. et al. Aspectos epidemiológicos da tuberculose em São José do Rio Preto - SP, a partir das notificações da doença em um Hospital - Escola (1993-1998). **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 155-162, jul./set. 2003.

GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, p. 490-98, mar/abr, 2005.

GOMES, A. A. **Avaliação epidemiológica da implantação da estratégia do tratamento supervisionado (TS) da tuberculose na rotina dos serviços de**

Referências Bibliográficas

saúde dos municípios prioritários da região centro oeste, incluindo o estado do Tocantins (1998-2001). 2004. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2004.

GONZALES, R. I. C. **O tratamento supervisionado no domicílio para o controle da tuberculose no município de Ribeirão Preto. SP – Brasil:** avaliação do desempenho. 2005. 100 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GROSSET, J. **The role of laboratory in the identification of the sources of tuberculosis infectiona**, 1976. Mimeografado.

HOLM, J. Tuberculosis control in the developing world: it's time for a change. **World Health Forum**, Switzerland, v. 5, p.103-119, 1984.

HOLMES, C. B.; HAUSLER, H.; NUNN, P. A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 2, n. 2, p. 96-104, 1998.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos 1991. **Resultados do universo relativo às características da população e dos domicílios.** Rio de Janeiro, 1993.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2001. **Censos Demográficos.** Novembro 2001<<http://www.ibge.gov.br/censos>>. Acesso em 24 mai, 2001.

IBGE. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas das populações residentes segundo municípios.** Julho 2005<<http://www1.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/default.shtm>>. Acesso em 14 ago, 2005.

KOCHI, A. The global tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization. **Tubercle**, London, v. 72, n. 1, p. 1-6, 1991.

KUSANO, M. S. E. **40 anos de tuberculose no Distrito Federal. Brasil.** 2000.167 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

LEVIN, M. L.; MOODIE, A. S. Isoniazid prophylaxis and deaths in Baltimore, Maryland 1972. **Bulletin of the International Union Against Tuberculosis**, Paris, v. 51, n. 1, p. 213-223, 1976.

MAHER, D. et al. **Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes.** 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 1997.

MAHLER, H. **Discurso del Dr. H. Mahler, Director general de la Organización**

Referências Bibliográficas

Mundial de la Salud. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL SOBRE TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES DEL TÓRAX, 25., 1982. Buenos Aires, 1982. Mimeografado.

MCMICHAEL, A. J. The urban environment and health in a world of increasing globalization: issues for developing countries. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 78, n. 9, p. 1117-1126, 2000.

MEIRELLES, E. B. **Capacitacion en diagnostico precoce de tuberculosis en los profissionais de las equipes de salud en São José do Rio Preto.** 2003. Dissertação (Mestrado em Educação Médica) - Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Escuela Nacional de Salud Publica de Havana, Havana, 2003.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MOTA, F. F. et al. Distribuição espacial da mortalidade por tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 915-922, jul./ago. 2003.

MUNIZ, J. N. **O Programa de agentes comunitários de saúde na identificação de sintomáticos respiratórios no controle da tuberculose em Ribeirão Preto-SP: um desafio para a atenção primária.** 2004. 137 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MURRAY, C. J.; STYBLO, K.; ROUILLON, A. Tuberculosis en los países en desarrollo: magnitud, intervenciones y costos. **Boletín de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias**, v.65, n.1, p.220-26, 1990.

MURRAY C.J.L. Investigación económica, social y operacional sobre la tuberculosis: estudios recientes y algunas cuestiones prioritarias. **Bol Union Int Tuberc Enf Resp**, v.66, p.163-71, 1991.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde. In: SCHARAIBER, L. B; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (Org.). **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000, p. 48-65.

OLIOSA, D. M. S. **Municipalização da saúde em Vitória-ES: uma experiência participativa?** 1999. 142 f. Dissertação (Mestrado) - Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1999.

OLIVEIRA, H. B.; MARIN-LEÓN, L.; GARDINALI, J. Análise do programa de controle

Referências Bibliográficas

da tuberculose em relação ao tratamento, em Campinas – SP. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 133-138, 2005.

OLVERA, J. P. **Análise do programa de prevenção e controle da tuberculose na jurisdição Tlalneplanta – México, 2000 a 2002**. 2004. 190 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE LA SALUD. **Comité de expertos de la OMS en tuberculosis – noveno informe**. Geneve, 1974. (Serie Informes Técnicos, 552).

_____. **Magnitude of tuberculosis problem in the word**. Ginebra, 1981.

_____. **Lucha antituberculosa: Informe de un grupo mixto de estudo UICT/OMS**. Geneve, 1982. (Serie Informes Técnicos 671).

_____. **La lucha antituberculosa en el mundo: analisis de la situación – Informe del Director General sobre la marcha de las actividades (EB71/7)**. Geneve, 1983.

_____. **Tratamiento de la tuberculosis: directrices para los programas nacionai**. Ginebra, 1997.

_____. **Um marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis enfermedades transmisibles**. Genebra, 2002a.

_____. **STOP/TB e HIV/SIDA. Quadro geral estratégico para reduzir o peso da TB/HIV**. Geneva, 2002b.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD. **Manual de norma y procedimientos para programas integrados de control de tuberculosis en America Latina**. Washington: OPS, 1977. (DC/DCD – AMOR – 0400). Mimeografado.

_____. **Las condições de salud en las Américas. Publicación Científica**, Washington, v. 1, n. 524, p.186-188, 1990.

_____. **Manual plan de acción para el control de la tuberculosis en America Latina**. P.N.S.P/93. Washington: OPS, 1993.

_____. **Oficina Regional de la Organizacion Mundial de la Salud. Informe de la 2^{da} Reunión Stop TB en las Américas**. Brasília, DF, 2001.

_____. **Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organizacion Mundial de Salud. Desafios y oportunidades del control de la tuberculosis en grandes ciudades: la experiencia del área metropolitana Lima/Callao**. OPS/HCT/146/99. 1999.

Referências Bibliográficas

_____. Departamento Panamericano de Salubridad, Oficina Regional de la Organización Mundial de Salud. **Construyendo paso a paso: guía sobre atención integral de personas que viven con la coinfección de TB/VIH en América Latina y el Caribe**, jun. 2003a.

_____. Programa Regional de Tuberculosis de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS). **Avances en el controle de la tuberculosis en la Región de las Américas: 1995-2003. Tuberculosis**, v. 7, n. 1, mar. 2004.

OTT, P. W.; GUTIERREZ, R. S. Vigilância epidemiológica do programa. In: PICON, P. D.; RIZZON, C. F.; OTT, W. P. **Tuberculose: epidemiologia, diagnóstico e tratamento em clínica e saúde pública**. Porto Alegre: Medsi, 1993. p.159-224.

PABLOS-MENDEZ, A. et al. Global surveillance for antituberculosis-drug resistance, 1994-1997. World Health Organization-International Union against tuberculosis and lung disease working group on anti-tuberculosis drug resistance surveillance. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 338, n. 23, p. 1641-1649, 1998.

PENNA, M. L. F. **Dinâmica epidemiológica da tuberculose um modelo matemático para simulação da efetividade do diagnóstico e tratamento dos casos**. 1988. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1988.

PENNA, M. L. F. **Tuberculose: assistência ou controle? Discussão sobre a efetividade epidemiológica dos programas de controle baseados nos diagnósticos e tratamento dos casos**. 1994. 210 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

PEREIRA, J. C. **A explicação sociológica na medicina social**. 1983. 258 f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 598 p.

PIO, A. El futuro de la lucha antituberculosa: problemas y perspectivas. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 96, n. 2, p. 108-118, 1984.

PRETTI, L. O caminho da droga. **Diário da Região**. São José do Rio Preto, 10 jul. 2005, Caderno Cidades, p. 4B.

RIEDER, H. L. **Bases epidemiológicas do controlo da tuberculose**. Tradução da 1. ed. 1999. Lisboa: Direcção Regional de Saúde, 2001. 168 p.

Referências Bibliográficas

ROSE, G. Sick individuals and sick populations. **International Journal of Epidemiology**, London, v. 30, n. 3, p. 427-432, 2001.

ROUILLON, A. et al. **Métodos de control de la tuberculosis**. Washington: OPS/OMS, 1997. (Publicación Científica 346).

RUFFINO NETTO, A; PEREIRA, J. C. Mortalidade por tuberculose e condições de vida: o caso do Rio de Janeiro. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 12, p. 27-34, 1981.

_____. O processo saúde-doença e suas interpretações. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 15, n. 1-2, p. 5-11, 1982.

RUFFINO NETTO, A. Tuberculose. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 4, p. 225-240, out./dez. 1991.

RUFFINO NETTO, A.; SOUZA, A.M.A.F. Reforma no setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v.8, n.4, p.35-51, out/dez, 1999.

RUFFINO NETTO, A. Controle da tuberculose no Brasil: dificuldades na implantação do programa. Editorial. **Jornal de Pneumologia**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 159-162, 2000.

_____. Programa de controle da tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 129-138, 2001.

_____. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 51-58, jan./fev. 2002. OK

_____. Carga da tuberculose: reflexões sobre o tema. Editorial. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, n. 4, p. 307-309, 2004. OK

RUFFINO NETTO, A.; VILLA, T. C. S. Rede brasileira de pesquisa em tuberculose (REDE-TB). Área de estudos epidemiológicos e operacionais. **Situação da implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil**: histórico e peculiaridades de acordo com características regionais. Ribeirão Preto, 2005. No prelo.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SANTOS, L. A. R.; ARAUJO, L. B. Sistema informatizado para análise e gerenciamento em tuberculose: O EPI-TB. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EPIDEMIOLOGIA, 4., 1998, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro, 1998. p.163.

SANTOS, C. B. et al. Utilização de um sistema de Informação Geográfica para descrição dos casos de tuberculose. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 7-12, 2004a.

Referências Bibliográficas

SANTOS, M. R. **Vítimas do trânsito em São José do Rio Preto, São Paulo.** 2004b. 259 f. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2004b.

SANTOS, J. (Coord). O Programa Nacional de Controle da Tuberculose. In: 2004. CONGRESSO BRASILEIRO DE INFECTOLOGIA PEDIÁTRICA, 16., 2004c. diapositivos, color

SÃO JOSÉ DO RIO PRETO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1985.** São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1985.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1986.** São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1986.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1987.** São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1987.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1988.** São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1988a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Plano de Saúde para São José do Rio Preto.** São José do Rio Preto, 1988b.

_____. Prefeitura Municipal. Decreto nº 5427, de 23 de dezembro de 1988. São José do Rio Preto, 1988c.

_____. Prefeitura Municipal. Decreto nº 5427, de 29 de dezembro de 1988. São José do Rio Preto, 1988d.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1989.** São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1989.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1990.** São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1990.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1991.** São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1991a.

_____. Prefeitura Municipal. Decreto nº 4890, de 07 de outubro de 1991. São José

Referências Bibliográficas

do Rio Preto, 1991b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1992**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1992.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1993**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1993.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1994**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1994.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1995**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1995.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1996**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1996.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1997**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1997a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Plano Municipal de Saúde, biênio 97/98**. São José do Rio Preto, 1997b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1998**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1998a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Relatório de Gestão – 1998**. São José do Rio Preto, 1998b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 1999**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 1999.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2000**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 2000.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2001**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 2001a.

Referências Bibliográficas

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Plano Municipal de Saúde, 2001-2005**. São José do Rio Preto, 2001b.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2002**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 2002a

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2003**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 2003a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Departamento Epidemiologia e Saúde Coletiva. Mortalidade por causas externas em São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico**, São José do Rio Preto, n. 4, 2003b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Departamento Epidemiologia e Saúde Coletiva. Mortalidade infantil em São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico**, São José do Rio Preto, n. 2, 2003c.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2004**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 2004a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Departamento Epidemiologia e Saúde Coletiva. A tuberculose em São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico**, São José do Rio Preto, n. 6, 2004b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Relatório de Gestão 2002-2003**. São José do Rio Preto, 2004c. OK

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Projeto Expansão da Saúde da Família – PROESF**. São José do Rio Preto, 2004d.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Departamento Epidemiologia e Saúde Coletiva. Hanseníase em São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico**, São José do Rio Preto, n. 7, 2004e.

_____. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Planejamento e Gestão Estratégica. **Conjuntura Econômica 2005**. São José do Rio Preto: Secretaria Municipal de Planejamento, 2005a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Sistema de Referência e Contra-Referência**: guia de serviços e especialidades. São José do Rio Preto, 2005b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. **Audiência Pública de**

Referências Bibliográficas

Prestação de Contas, julho a dezembro de 2004 – janeiro a março de 2005. 16 de junho de 2005. São José do Rio Preto, 2005c. diapositivos, color

_____. Secretaria Municipal de Saúde e Higiene. Departamento Epidemiologia e Saúde Coletiva. Mortalidade por doenças do aparelho circulatório em São José do Rio Preto. **Boletim Epidemiológico**, São José do Rio Preto, n. 9, 2005d.

SÃO PAULO. Direção Regional de Saúde – DIR XXII. São José do Rio Preto. Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE. **Coeficiente de incidência de tuberculose: DIR XXII e Município de São José do Rio Preto – 1987 a 1998.** São José do Rio Preto, 1989.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Saúde do Interior. DIR XXII de São José do Rio Preto. **Relação nominal dos pacientes positivos da campanha de tuberculose no município de São José do Rio Preto.** São José do Rio Preto, 2000a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias. Informe Técnico. **Campanha Estadual de Busca de Tuberculose. Orientações Operacionais 2000.** São Paulo, out. 2000b.

_____. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. TCE. **Financiamento das ações e serviços de saúde.** Manual Básico. Aditamento nº 01/01 às instruções especiais e instruções 01/01, 2001.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias. **Tratamento supervisionado nos municípios prioritários do Estado de São Paulo - 2002.** 2002. diapositivos, color. OK

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. **Manual tratamento supervisionado tuberculose.** 2003.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica “Prof. Alexandre Vranjac”. **Tuberculose.** Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/tb/tb_num/tb_cn04.htm>. Acesso em: 15 dez. 2004a.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Tuberculose e outras Pneumopatias. **Fórum Estadual de tuberculose.** 2004b. diapositivos, color. OK

SASSAKI, C. M. **Tempo de tratamento da tuberculose de pacientes inscritos em um serviço de saúde do município de Ribeirão Preto-SP (1998 a 1999).** 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Índice paulista de responsabilidade social.** Disponível em:

Referências Bibliográficas

<http://www.al.sp.gov.br/web/forum/iprs03/index_iprs.htm>. Acesso em: 14 nov. 2003.

_____. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Estatísticas vitais do Estado de São Paulo**. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/spdemog/index.php>>. Acesso em: 22 jan. 2005a.

_____. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Índice Paulista de Responsabilidade Social** – versão 2004. Disponível em: <www.seade.gov.br/produtos/iprs/analise/Sao_Jose_do_Rio_Preto.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2005b.

_____. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Negócios**. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/negocios/snpci_32-v2.html>. Acesso em: 27 jul. 2005c.

SELIG, L. et al. Óbitos atribuídos à tuberculose no Estado do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, Brasília, v. 30, n. 4, jul./ago. 2004.

SILVA, E. H. S. **Estudo da situação de saúde da população e dos serviços de saúde do município de São José do Rio Preto**. 2003. Monografia. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, 2003.

SILVA, L. M. V.; PAIM, J. S.; COSTA, M. C. N. Desigualdades na mortalidade, espaço e estratos sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 187-197, abr. 1999.

SIM. Sistema Informação em Mortalidade. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 jan. 2005.

SINAN. Sistema Nacional de Agravos e Notificação. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 22 jan. 2005.

SOUZA, W. V de. **A epidemiologia da tuberculose em uma cidade brasileira na última década do século XX**: uma abordagem espacial. 2003. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003.

STEAD, W. W.; LOFGREN J. P. Does risk of tuberculosis increase in old age? **The Journal of Infectious Diseases**, Chicago, v. 147, n. 5, p. 951-955, 1983.

STYBLO, K. Recent advances in epidemiological research in tuberculosis. **Advances in Tuberculosis Research**, Basel, v. 20, p.1-63, 1980.

_____. Epidemiology of tuberculosis. **Selected Papers**, v. 24, p. 9-88, 1991.

SUTHERLAND L. The epidemiology of tuberculosis and AIDS. **British Communicable Disease Report.**, v. 90, n. 10, p. 3-4, 1990.

SZWARCWALD, C. L. et al. Spaticon-temporal modeling: dynamics of the AIDS

Referências Bibliográficas

epidemic int the municipality of Rio de Janeiro, Brazil, 1988-1996. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1123-1140. 2001.

TEIXEIRA, I. A. **Tendência da incidência de tuberculose em Belo Horizonte, apresentada na década de 1990 a 1999 e sua projeção para os anos de 2000 a 2009**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

The global challenge of tuberculosis. Editorial. **The Lancet**, London, v. 344, n. 8918, p. 277-279, 1994. OK

THORSON, A.; DIWAN, V.K. Background to gender and tuberculosis workshop: tuberculosis a global public health problem. In: Gender and tuberculosis. **NHV Report**, v. 3, p. 9-16, 1998.

Tuberculosis control in the era of the HIV epidemic: risk of tuberculosis infection in Tanzania, 1983-1998. **The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, Paris, v. 5, n. 2, p. 103-112, 2001.

UNICEF. **The State of the Word's Children**. New York: Oxford University Press, 1998.

URBANO, L. A. **A privatização da saúde e a implantação do SUS: cenários de uma cidade**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2003.

VENDRAMINI, S. H. F. **O tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto sob a percepção do doente**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em uma unidade de saúde de Ribeirão Preto: a percepção do doente. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 5-12. 2002.

VENDRAMINI, S. H. F.; VILLA, T. C. S.; CARDOSO-GONZALES, R.; MONROE, A. A. Tuberculose no idoso: análise do conceito. **Revista Latino América de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 96-103, jan./fev. 2003.

VENDRAMINI, S. H. F. et al. Tuberculose em município de grande porte do sudeste do Brasil: indicadores de morbidade e mortalidade, de 1985 a 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. v.31, n.3, p.237-43, mai/jun 2005.

VILLA, T. C. S. et al. A prática da vigilância epidemiológica: entre o geral e o específico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 2, p. 169-173, mar./abr. 2002.

XIMENES, R. A. A. Vigilância de doenças endêmicas em áreas urbanas: interface

Referências Bibliográficas

entre mapas de setores censitários e indicadores de morbidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 53-61, jan./mar. 1999.

WAALER, H. T. Tuberculosis y desarrollo socio-economico. **Bulletin of the International Union Against Tuberculosis**, Paris, v. 57, n. 3-4, p. 207-211, 1982.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Resolution WHA 44.9. Geneva, 1991.

_____. **Global Tuberculosis Control**. WHO Report 2001. Geneva, 2001.

_____. **Tuberculosis control surveillance, planning, financing**. WHO Report 2003. Communicable diseases. Geneva, 2003.

_____. **Tuberculosis control surveillance, Planning, Financing**. WHO Report 2004. Communicable diseases. Geneva, 2004.

_____. **Tuberculosis control surveillance, Planning, Financing**. WHO Report 2005. Communicable diseases. Geneva, 2005.

WOODWARD, A.et al. Protecting human health in changing world: the role of social and economic development. **Bulletin of the World Health Organization**, Geneva, v. 78, n. 9, p. 1148-1155. 2000.

WATSON, J. Situación epidemiológica vigilancia de la tuberculosis en Inglaterra y Pais de Gales. **Boletim de la Unión Internacional contra de la Tuberculosis y Enfermedades Respiratórias**, v. 65, n.2-3, p. 45-47, jul./set. 1990.

Anexos

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PRINCIPAIS ATORES ENVOLVIDOS NO PROCESSO DE REORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.

- 1. Formação.**
- 2. Cargo que ocupava ou ocupa.**
- 3. Período de Gestão.**

Questões orientadoras:

- 1. O Sr. (a) poderia descrever como estava ou está organizado os serviços de saúde no município de São José do Rio Preto, no período que ocupa (va) este cargo?**
- 2. Avaliação do período.**

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS PRINCIPAIS ATORES ENVOLVIDOS NA ESTRUTURAÇÃO DO PCT

1. Formação.
2. Cargo que ocupava ou ocupa.
3. Período que ocupava ou ocupa o cargo.
4. Local de trabalho.

Questão orientadora

1. O Sr.(a) poderia descrever como era (é) realizado o atendimento ao doente de tuberculose neste período.
5. E o seu trabalho no atendimento ao doente, como era realizado?
6. Avaliação do PCT no período.

ANEXO III

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do trabalho: pesquisa “O Programa de Controle da Tuberculose em São José do Rio Preto-SP, 1985-2004: do contexto epidemiológico à dimensão social”

Responsável: Silvia Helena Figueiredo Vendramini

Informações sobre a pesquisa:

Estamos realizando um estudo sobre o Programa de Controle de Tuberculose (PCT). Pretende-se conhecer de uma forma mais aprofundada, aspectos relacionados à organização do programa nos últimos vinte anos. Nesse sentido, solicitamos a sua colaboração respondendo algumas questões sobre este assunto. O estudo tem por finalidade conhecer e analisar as questões epidemiológicas, sociais e econômicas, de organização do serviço de saúde e estruturação do programa. A sua participação é importante, pois, você estará contribuindo para que possamos conhecer, analisar e divulgar ações no PCT, assim como, a construção de elementos operacionais de fácil utilização no serviço para identificar problemas e possíveis soluções da prática do PCT.

Em caso de desconforto ou prejuízo pessoal, no desenvolvimento do trabalho, você pode abandonar o estudo no momento que considere apropriado.

Assinatura: _____

Pesquisadora Responsável –Silvia Helena Figueiredo Vendramini
Rua Jorge Tabachi, 329, Centro – Tanabi – SP – CEP: 15170-000
Fone: (0xx17) 274-2503

Anexos

Data: _____

Eu, _____,

portador de RG: _____, abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos abaixo relacionados, concordo em participar.

1. A garantia de receber todos os esclarecimentos sobre as perguntas do questionário antes e durante o transcurso da pesquisa, podendo afastar-me em qualquer momento de assim o desejar, bem como está assegurado o absoluto sigilo das informações obtidas.
2. A segurança plena de que não serei identificada mantendo o caráter oficial da informação, assim como, está assegurada que a pesquisa não acarretará nenhum prejuízo individual ou coletivo.
3. A segurança de que não terei nenhum tipo de despesa material ou financeira durante o desenvolvimento da pesquisa, bem como, esta pesquisa não causará nenhum tipo de risco, dano físico ou mesmo constrangimento moral e ético ao entrevistado.
4. A garantia de que toda e qualquer responsabilidade nas diferentes fases da pesquisa é dos pesquisadores, bem como, sendo assegurado divulgação dos resultados finais nos órgãos de divulgação científica em que a mesma seja aceita.
5. A garantia de que todo o material resultante será utilizado exclusivamente para a construção da pesquisa e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitado pelo entrevistado a qualquer momento.

Tenho ciência do exposto acima e desejo participar da pesquisa.

São José do Rio Preto, ____, de _____ de _____.

Assinatura do entrevistado