

COSNTRUÇÃO DE LINHAS DE CUIDADOS PARA PORTADORES DE TUBERCULOSE - EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE MESTRANDOS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

João Sérgio Araújo Soares¹; Francisco Meykel Amâncio Gomes Francisco²; Maria do Socorro
Teixeira Marques³; Keila Maria Pontes Martins⁴; Rosemiro Guimarães Ximenes Neto⁵;
Israel Rocha Brandão⁶

Resumo

Introdução: A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade, pois obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade. O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS, que representam 80% da carga mundial de TB (WHO, 2009). A TB é a 9.^a causa de internações, sendo importante destacar que anualmente ainda morrem 4.500 pessoas por uma doença curável e evitável. Em 2008 a TB foi a 4.^a causa de morte por doenças infecciosas e a 1.^a causa de morte dos pacientes com AIDS (BRASIL, 2008). Foram notificados em Sobral nos últimos cinco anos muitos casos de tuberculose, fazendo com que o coeficiente de incidência chegasse a 79,14 casos/100mil habitantes no ano de 2011. Esta taxa é superior à média estadual e nacional (VIGEP- SOBRAL, 2012), o que faz Sobral ser considerado um município prioritários para o controle da Tuberculose. **Objetivo:** Elaborar uma proposta de fluxos e rotinas para consolidar linhas de cuidado junto às redes de atenção do município de Sobral para pessoas com diagnóstico de tuberculose. **Metodologia:** Trata-se de um estudos resultante das atividades desenvolvidas no Módulo de Atenção à Saúde do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família RENASF/UVA, cuja proposta foi elaborar e implementar, em conjunto com uma equipe de saúde da família, uma linha de cuidado que contribuísse para a melhoria do atendimento prestado aos pacientes portadores de tuberculose. **Resultados:** Ficou pactuada a realização de visitas domiciliares regulares ao paciente para identificar as suas necessidades e realizar o TDO; elaborado e implementado um PTS, listados os serviços para compor a rede de atenção com enfoque na interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Conclusão:** A identificação de pontos de assistência torna-se fundamental para estabelecer linhas de cuidado aos pacientes com diagnóstico de tuberculose. A rede de atenção à saúde não deve se dá como uma organização hierárquica e verticalizada. Deve obedece a uma dinâmica horizontalizada, onde os pontos de apoio estão

interligados e os pacientes podem transitar livremente pelos diversos pontos dentro da rede com enfoque na interdisciplinaridade/intersetorialidade.

Palavras-chave: Tuberculose, redes de atenção, interdisciplinaridade, intersetorialidade.

Introdução

A tuberculose continua a merecer especial atenção dos profissionais de saúde e da sociedade, pois obedece a todos os critérios de priorização de um agravo em saúde pública, ou seja, grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade.

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS, que representam 80% da carga mundial de TB. Em 2007, o Brasil notificou 72.194 casos novos, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 hab. Destes 41.117 casos novos foram bacilíferos (casos com baciloscopia de escarro positiva), apresentando um coeficiente de incidência de 41/100.000 hab. Estes indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2009).

A distribuição dos casos está concentrada em 315 dos 5.564 municípios do país, correspondendo a 70% da totalidade dos casos. O estado de São Paulo detecta o maior número absoluto de casos e o estado do Rio de Janeiro apresenta o maior coeficiente de incidência (BRASIL, 2008).

A tuberculose é a 9.ª causa de internações, sendo importante destacar que anualmente ainda morrem 4.500 pessoas por uma doença curável e evitável. Em sua maioria, os óbitos ocorrem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares. Em 2008 a TB foi a 4ª causa de morte por doenças infecciosas e a 1ª causa de morte dos pacientes com AIDS (BRASIL, 2008).

No Ceará em 2010, foram notificados à Secretaria de Saúde do Estado 3.430 casos novos de tuberculose, correspondendo a uma taxa de incidência de 40,1/100.000 habitantes, superior à média nacional, cuja taxa neste período foi 37,8/100.000 habitantes (SESA-CE, 2011).

Foram notificados em Sobral, substancial quantidade de casos novos de fazendo com que o coeficiente de incidência chegasse a 79,14 casos/100mil habitantes no ano de 2011, portanto, com taxas superiores à média estadual e nacional. Os homens são os mais acometidos pela doença (VIGEP- SOBRAL, 2012).

Estes dados fazem de Sobral um dos sete municípios prioritários nas ações de controle da Tuberculose no Estado, juntamente com Caucaia, Itapipoca, Crato, Juazeiro do Norte, Fortaleza e Maracanaú.

Diante desta realidade, muitos desafios estão presentes no contexto das Equipes de Saúde da Família no acompanhamento destes casos. Os problemas mais comuns no acompanhamento dos casos de tuberculose é a ocorrência de abandono do tratamento, o óbito por tuberculose e a ocorrência de tuberculose multirresistente.

Todas estas ocorrências influem negativamente nos indicadores epidemiológicos do município, com destaque especial para o abandono do tratamento. Estes casos, além de continuarem como fontes de infecção, contribuem para o desenvolvimento de resistência medicamentosa e para o aumento no número de casos de óbito por tuberculose.

São vários os motivos que influem para que as pessoas diagnosticadas com tuberculose abandonem o tratamento. Atualmente, com o advento da epidemia do crack, evidencia-se uma maior associação entre o uso desta droga e a ocorrência de tuberculose e abandono de tratamento.

Deste modo, estratégias que favoreçam o vínculo entre profissionais, serviços de saúde e pacientes necessitam ser desenvolvidas e implementadas para promover a integralidade da atenção, contribuindo para queda dos índices de abandono ao tratamento, aumento dos índices de cura, melhoria da condição geral da comunidade e para o controle da tuberculose enquanto problema de saúde pública. A criação e implementação de linhas de cuidado podem contribuir para o controle da tuberculose.

Linhas do cuidado constituem-se em “políticas de saúde matriciais que integram ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou às necessidades individuais, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstica e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida” (BRASIL, 2008).

Este estudo teve como objetivo elaborar uma proposta de fluxos e rotinas para consolidar linhas de cuidado junto às redes de atenção do município de Sobral para pessoas com diagnóstico de tuberculose.

Metodologia

Este estudo é resultado de uma das atividades desenvolvidas no Módulo de Atenção à Saúde do Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família RENASF/UVA.

Trata-se de um estudo de intervenção na comunidade cuja proposta era elaborar e implementar, em conjunto com uma equipe de saúde da família, uma linha de cuidado que contribuísse para a melhoria do atendimento prestado pelas Equipes de Saúde da Família de aos pacientes portadores de tuberculose.

Inicialmente identificou-se um caso de tuberculose cujo paciente era usuário de drogas ilícitas (Crack) que apresentava dificuldade de adesão ao tratamento. Posteriormente, foi realizada uma roda de conversa com a Equipe de Saúde da Família e Residentes em Saúde da Família para análise e discussão do problema destacado.

A Roda de Conversas é um meio profícuo de coletar informações, esclarecer ideias e posições. Caracteriza-se como uma oportunidade de aprendizagem e de exploração de argumentos, sem a exigência de elaborações conclusivas (SILVA, 2007).

Resultados e Discussão

Como resultado ficou pactuada a realização de visitas domiciliares ao paciente para identificar as suas necessidades. Segundo Da Silva (2009) “as visitas domiciliares permitem ao visitador (re)conhecer, a cada rua e domicílio visitado, as necessidades reais e as possíveis soluções que a comunidade coberta pela ESF oferece”, sendo, deste modo, fundamental para conhecer a realidade da comunidade, configurando-se num grande instrumento de aproximação entre profissionais e a comunidade.

Para o tipo de situação estudada, ficou evidente que para que ocorra a formação da rede assistencial os seguintes serviços devem ser mobilizados e articulados: Equipe de Saúde da Família / Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) do bairro, Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Sociedade de Apoio a Família Sobralense (SAFS), Centro de Referência em Assistência social (CRAS), Rede da Atenção Integral em Saúde Mental, Centro de Referência em Infectologia, Santa Casa de Misericórdia de Sobral, Hospital de Messejana, Igreja Católica, Conselhos de Saúde, Igrejas Evangélicas do bairro, Federação das Associações Comunitárias de Sobral, Grupo de Alcoólicos Anônimos, Escola do bairro.

Como medida emergencial foi elaborado um plano terapêutico singular (PTS) em conjunto com a ESF, NASF e residentes para prestar cuidados iniciais ao caso de forma a possibilitar a prática da clínica ampliada.

Conclusão

A identificação de pontos de assistência é fundamental para estabelecer linhas de cuidado de maneira a garantir uma assistência integral, não só aos pacientes com diagnóstico de tuberculose, mais também a todos os sujeitos ou grupos que necessitam de cuidados de saúde. Os equipamentos sociais e de saúde são fundamentais para dar suporte no acompanhamento dos pacientes. A rede de atenção à saúde não deve ser uma organização hierárquica e verticalizada. Antes, deve obedecer a uma dinâmica horizontalizada, onde os pontos de apoio estão interligados para os pacientes transitarem livremente pelos diversos pontos dentro da rede, a fim de receber o atendimento do qual necessita. Quanto aos profissionais que prestam cuidado de saúde, estes devem ser cientes também da necessidade de práticas interdisciplinares e articuladas visando a integralidade.

Agradecimentos

Aos profissionais do CSF COELCE, ao Psicólogo, a Nutricionista e a Assistente Social da Residência Multiprofissional em Saúde da Familiar da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 262 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global Tuberculosis Control 2009: epidemiology, strategy, financing. Geneva: WHO Report; 2009.

PREFEITURA DE SOBRAL. **Secretaria da Saúde e Ação Social**. Núcleo de Vigilância Epidemiológica, agosto, 2011.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, **Secretaria da Saúde**. **Informe Epidemiológico Tuberculose**, março 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade**. Brasília, DF, 2008.

SILVA, R.O.L. A Visita Domiciliar como ação para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações do Enfermeiro. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu – Mestrado Em Enfermagem, 2009.

SILVA, P.B.G. Roda de conversas – Excelência acadêmica e a diversidade. Porto Alegre/RS, ano XXX, n. 1 (61), p. 53-92, jan./abr. 2007.

¹ Enfermeiro, discente do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família. RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail; joaosergioaraujo@gmail.com.

² Enfermeiro, discente do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família. RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail; meykelgomes@yahoo.com.br.

³ Enfermeira, discente do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família. RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail; socorrinhoteixeira@yahoo.com.br).

⁴ Enfermeira, discente do Curso de Pós-graduação Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família. RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail; keilammc@hotmail.com.

⁵ Enfermeiro, Prof. Ms. Curso de Pós-graduação Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família. RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E- E-mail; rosemironeto@gmail.com.

⁶ Psicólogo, Prof. Dr. Curso de Pós-graduação Mestrado Profissionalizante em Saúde da Família. RENASF/Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. E-mail: israelbrandao@ig.com.br.