

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Dilene Maria Lima Rodrigues dos Santos

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE
CONTROLE DA TUBERCULOSE DO MUNICÍPIO
DE ABREU E LIMA**

RECIFE

2010

Dilene Maria Lima Rodrigues dos Santos

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DO
MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dr^a Miriam Domingos

RECIFE

2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S237i Santos, Dilene Maria Rodrigues dos.

Implementação do programa de controle da tuberculose do município de Abreu Lima / Dilene Maria Rodrigues dos Santos. — Recife: s.n, 2010.

31 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Miriam Domingos.

1. Tuberculose. 2. Vigilância da População. 3. Atenção Primária a Saúde. I. Domingos, Miriam. II. Título.

CDU

Dilene Maria Lima Rodrigues dos Santos

**IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE DO
MUNICÍPIO DE ABREU E LIMA**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Miriam Domingos Cardoso

Programa de Pós-Graduação de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da UFMG.

Dra Maria Beatriz Silva Araújo

Fio Cruz de Rio de Janeiro - RJ

Dedico este trabalho aos meus pais e minhas filhas.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas bênçãos dispensadas, ao longo de toda minha vida que, me alegraram em momentos felizes, e me sustentaram nos momentos de dor.

Aos meus pais, em especial ao meu pai Aducy, pela oportunidade concedida me orientando e vibrando a cada vitória alcançada.

À coordenação do curso pela sua dedicação e empenho.

Aos meus amigos com destaque à Elizabeth Farias Lopes e Rilane Veiga que contribuíram para a concretização deste Plano.

Em especial a minha orientadora Dr^a. Mírian Domingos.

A todos, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

A Tuberculose é um problema de saúde pública, que precisa urgentemente de um novo olhar capaz de enfrentar tabus e preconceitos e trazer novas alternativas de controle. A doença é hoje a maior causa de morbidade e mortalidade entre as doenças infecto-contagiosas no mundo. No Brasil atualmente são notificados cerca de 90 mil casos e 4,5 mil óbitos. Diante da gravidade mundial, foram lançados vários programas, destacando-se o Plano Emergencial (1994), que tem como meta aumentar a efetividade das ações de controle da Tb. Em virtude da situação epidemiológica da tuberculose visualizada no município de Abreu e Lima, foi elaborado um plano de intervenção cujo objetivo é de implementar as ações de controle da Tb, visando a melhoria dos indicadores epidemiológicos, operacionais do programa e tornar as atividades deste, em ações mais efetivas aperfeiçoando as informações registradas e elevando a qualidade da assistência prestada ao paciente. Este estudo se deu no período de 2005 a 2008, apresentando um coeficiente anual de mortalidade de 6,0 óbitos por 100 mil habitantes, uma taxa média de mortalidade infantil de 18,7 óbitos em menores de um ano por 1000 nascidos vivos. Neste mesmo período foram notificados 2700 casos de doenças e agravos de notificação compulsória dos quais 199 foram de Tb. A resolutividade para a problemática aponta mudanças na organização do serviço, integração das atividades da Atenção Básica junto a Coordenação do Programa e na melhoria da alimentação dos dados do sistema de informação. Este plano foi programado para ser implantado a partir de janeiro de 2011.

Palavras-chave: Tuberculose, Vigilância da População, Atenção Primária a Saúde.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1. Tuberculose - Número de casos, segundo sexo, Abreu e Lima, 2005 a 2008 | 17 |
| Tabela 2. Tuberculose - Número de casos, segundo formas clínicas, Abreu e Lima, 2005 a 2008 | 17 |
| Tabela 3. Tuberculose - Número de casos, segundo HIV, Abreu e Lima, 2005 a 2008 . | 18 |
| Tabela 4. Tuberculose - Número de casos, segundo situação de encerramento, Abreu e Lima, 2005 a 2008 | 18 |
| Tabela 5. Tuberculose - Número de casos, por ano diagnóstico e tipo de entrada, Abreu e Lima, 2005 a 2008 | 18 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO | 15 |
| 2.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE..... | 15 |
| 2.2 INDICADORES DE SAÚDE | 15 |
| PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT) | 16 |
| 3 PRINCIPAIS PROBLEMAS | 19 |
| 4 OBJETIVOS | 20 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL | 20 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 20 |
| 5 ATIVIDADES | 21 |
| 6 METAS | 23 |
| 7 INDICADORES DE PROCESSO E RESULTADOS (atividades e metas) | 25 |
| 8 INDICADORES DE IMPACTO (Objetivo geral e específicos) | 27 |
| 9 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES / 2011 | 29 |
| 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 30 |
| 11 ASPÉCTOS ÉTICOS | 31 |
| REFERÊNCIAS | 32 |

1 INTRODUÇÃO

Tuberculose é um problema de saúde tão grave hoje, quanto no início do século passado, que precisa urgentemente de um novo olhar capaz de enfrentar tabus e preconceitos, e trazer novas alternativas de controle e acima de tudo, ser capaz de resgatar profissionais e pacientes de uma cultura estigmatizante (SANTOS, 2007).

Estima-se que um terço da população mundial esteja infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb) resultando em 9 milhões de doentes e 2 milhões de mortes a cada ano, sendo considerada a maior taxa de mortalidade atribuída a uma doença infecciosa isolada (RAVIGLIONE et al., 1995; Organização Pan Americana de Saúde, 2002).

Pessoas idosas, minorias étnicas e imigrantes estrangeiros são os mais atingidos nos países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, o predomínio é da população economicamente ativa (de 15 a 54 anos), pessoas privadas de liberdade (detentos), em situação de rua (moradores de rua), as pessoas mais pobres, as menos escolarizadas, e os homens adoecem duas vezes mais do que as mulheres (Brasil, 2010).

A doença é hoje a maior causa de morbidade e mortalidade entre as doenças infecto-contagiosas no mundo (Brasil, 2010). O sofrimento e a perda econômica causada pela tuberculose é uma afronta à nossa consciência (Organização Mundial de Saúde, 2006), e sua permanência é considerada uma falha científica, médica e política (ZUMLA; MULLAN, 2006).

Nos países em desenvolvimento, a tuberculose mantém-se como uma das mais significantes causas de morte dos adultos, representando 25% do total das mortes evitáveis (ROSEMBERG, 2001). Nesses países ocorrem 98% das mortes por TB e se produz 95% dos casos mundiais, dos quais 75% ocorrem no grupo de idade economicamente produtiva de 15 a 50 anos (Organização Mundial de Saúde, 1997).

O Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. Anualmente, são notificados cerca de 90 mil casos e 4,5 mil óbitos pela doença são registrados (Brasil, 2010). As desigualdades socioeconômicas que atingem vastos segmentos populacionais, a deterioração da

infra-estrutura de saúde agravando as condições de acesso e, ainda, a interface epidemiológica com a epidemia do HIV, especialmente no que esta se expande aos setores de mais baixa renda, abrem uma perspectiva de alarme do problema no país.

No país ocorrem, aproximadamente, 10 novos casos de tuberculose e morrem 15 doentes por dia. A doença acomete principalmente pessoas na faixa etária de 19 a 49 anos correspondente a plenitude da capacidade produtiva, alcançando os setores de mais baixa renda em quase 90% dos casos registrados, a localização da doença é a pulmonar (HIJJAR, 1997).

Frente à gravidade da situação mundial, o Brasil há muito vem tomando apropriadas iniciativas para combater a doença. Dentre os Programas lançados, destacaram-se: o lançamento do Plano Emergencial, em 1994, que tinha como objetivo aumentar a efetividade das ações de controle em 230 municípios considerados prioritários, porque juntos concentravam 90% do problema tuberculoso nacional (RUFFINO-NETTO, 1999).

Entretanto, diante do quadro de persistência da Tuberculose em vários municípios do país, em 6 de agosto de 1998, o Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde resolveu destacar a tuberculose como um problema prioritário de saúde no Brasil, estabelecendo o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) (RUFFINO-NETTO, 1999).

O PNCT objetivava aumentar a cobertura para 100% dos municípios do país em três anos (2001), e diagnosticar pelo menos 92% dos casos esperados. Além disso, ter pelo menos 85% dos casos diagnosticados tratados com sucesso, e, em nove anos reduzir a incidência em 50% e a mortalidade em dois terços (BRASIL, 1999). Esse Plano introduziu o tratamento supervisionado chamado de estratégia DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*) recomendada pela Organização Mundial da Saúde (RUFFINO-NETTO, 1999).

A estratégia DOTS foi proposta pela Organização Mundial da Saúde em 1993, após a declaração da situação emergencial da tuberculose no mundo. Envolve cinco componentes considerados essenciais para o controle da doença: comprometimento político com o programa, detecção de casos por baciloscopia, tratamento de curta duração e diretamente observado (TDO), regularidade na manutenção de

medicamentos e sistema de informações que permita um monitoramento dos resultados (Organização Mundial de Saúde, 1999).

A estratégia é definida como uma das prioridades para o controle da TB, principalmente, para os 22 países responsáveis por 80% do total de casos notificados no mundo. Propõe a integração do cuidado de saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor saúde (Organização Mundial de Saúde, 2002B).

Os princípios organizacionais em que a estratégia DOTS se baseia são os seguintes (Organização Mundial de Saúde, 1997):

a) Estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento baseada em serviços de saúde existentes e integradas na atenção primária em saúde;

b) Boa gerência do programa fundamentada na responsabilidade e na supervisão do pessoal de saúde;

c) Emprego de um sistema interno de avaliação para a busca de casos novos e de recaídas e para realização de análises detalhadas por cortes de resultados terapêuticos.

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) formalizou a implantação da estratégia do tratamento supervisionado (TS-DOTS), porém diante das mudanças no setor saúde, houve dificuldades para sua implantação (RUFFINO-NETTO, 2001).

Visando um salto de qualidade na atenção ao problema da tuberculose, foi lançado o Plano Estratégico para a Implementação do Controle da Tuberculose no Brasil no período de 2000/2005. Este plano foi destinado a possibilitar aos profissionais de saúde com atuação na área da atenção básica, a elaboração de novos instrumentos de trabalho, capazes de atingir o controle da doença em nível local e, mais que isso, estabelecer mecanismos permanentes de vigilância e avaliação do processo de trabalho. A humanização das práticas de saúde junto à família e seu espaço social, utilizando as equipes de profissionais atuantes no Programa de Saúde da Família (PSF) passaram a ser o referencial desta nova estratégia de enfrentamento (RUFFINO-NETTO, 2001).

Em 2003, a tuberculose foi priorizada na agenda das políticas públicas do Brasil. O Ministério da Saúde pactuou o fortalecimento do TS-DOTS com as demais

esferas de gestão, para alcançar como metas internacionais de detecção de 70% dos casos bacilíferos estimados e de curar 85% dos casos tratados (RUFFINO-NETTO, 2001).

As pessoas tratadas com TDO (Tratamento Diretamente Observado) têm maior probabilidade de curar a tuberculose ou de não desenvolver resistência medicamentosa em relação aquelas que não têm acesso a esta estratégia (THORN, 2008). O emprego do TDO aproxima os profissionais do contexto social dos indivíduos, ao mesmo tempo impossibilita os efeitos do estigma ao identificar grupos de risco para a não adesão ao tratamento por meio de um método de baixo custo, e, estabelece vínculos entre serviço de saúde-doente-família (RUFFINO-NETTO, 2000). É o momento ímpar em que o profissional de saúde cria a oportunidade para empoderar o paciente em relação ao processo do tratamento, com linguagem acessível, de fácil entendimento, propiciando uma educação individual e dialogada.

Atualmente, as metas do milênio para Tuberculose pactuadas pela Organização das Nações Unidas visam reduzir as taxas de incidência e de mortalidade em 50% até 2015.

Pernambuco é o terceiro estado em incidência de tuberculose do Brasil e ocupa o segundo lugar em número de mortes causadas pela doença. Anualmente, são registrados cerca de 4,2 mil casos novos da doença e 370 óbitos em sua decorrência, representando um coeficiente de incidência e mortalidade respectivamente de 48,2 e 3,7/100.000 habitantes. Dos casos diagnosticados anualmente, apenas 70,2% curam e em média 10% dos casos abandonam o tratamento.

Segundo Santos-Filho e Gomes (2007), a definição da TB como prioridade na agenda pública de saúde em nível municipal perpassa por obstáculos operacionais e políticos, como a distribuição de recursos, priorizando outras situações como atenção às urgências/emergências e dengue. Existe uma lacuna na política de financiamento para a TB e um padrão de gestão municipal pouco comprometido com o controle da doença, sendo fundamental o envolvimento do gestor no sentido de incorporar, investir e apoiar o gerenciamento das ações de controle da TB, assumindo a doença como prioridade na agenda de saúde do município.

O município de Abreu e Lima é considerado prioritário devido à elevada incidência do coeficiente de risco a saúde para implementação das ações de

controle da TB no estado de Pernambuco. A Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) está inserida na Diretoria de Vigilância em Saúde que, além de gerenciar as atividades do programa, funciona também como referência secundária e laboratório de saúde pública.

No município, as ações do PCT foram descentralizadas para todas as unidades básicas de saúde desde 1993, no entanto, não existe um monitoramento eficaz destas ações, necessitando de sérias intervenções, destacando-se a necessidade de implementar a busca ativa de casos entre sintomáticos respiratórios, tratamento supervisionado nos casos diagnosticados e a implementação do sistema de informação, visando uma maior completitude das fichas de investigação e manutenção do livro de registro atualizado, para garantir o acompanhamento do tratamento no processo organizacional do trabalho, além de promover uma maior integração dos profissionais envolvidos no programa.

Este projeto de intervenção evidencia ações e atividades às quais tem por finalidade otimizar e melhorar os indicadores epidemiológicos e operacionais necessários ao Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do município de Abreu e Lima, Pernambuco.

2 ANÁLISE DA SITUAÇÃO

2.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E REDE ASSISTENCIAL DE SAÚDE

Abreu e Lima está localizado na Região Metropolitana do Recife, a 20 km da capital de Pernambuco, pertencente a I Gerência Regional de Saúde, entre as coordenadas de 7°54'42" de latitude sul e de 34°54'10" de longitude oeste de Gr e possui acesso pela BR-101 Norte, PE-15 e BR-408, com limites ao Norte: Igarassu e Araçoiaba; ao Sul: Paulista; ao Leste: Paulista e ao Oeste: Paudalho.

O município possui uma área de 138 km², correspondente a 0,13% do território estadual e segundo estimativa do IBGE em 2009 a população residente era de 96.265 habitantes com uma taxa de crescimento anual de 2,4%. A densidade demográfica do município corresponde a 697 hab/km², e, embora, 13% da área municipal corresponde a zona rural, 87% dos seus habitantes residem na zona urbana.

Entre os anos de 2005 a 2008 a gestão do sistema de saúde municipal era Plena de Atenção Básica. A partir de 2009 com a homologação do termo de compromisso de gestão, Abreu e Lima assumiu o Pacto pela Saúde, que tem a tuberculose como uma de suas prioridades.

A rede assistencial de saúde do município é formada por uma Maternidade, 25 Equipes de Saúde da Família, dois Laboratórios públicos (01 de Análises Clínicas e 01 de Saúde Pública), dois Centros de Especialidades Médicas, um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) adulto, duas Residências Terapêuticas e um CAPS infantil, em fase de implantação.

2.2 INDICADORES DE SAÚDE

No período de 2005 a 2008, o município apresentou um coeficiente médio anual de mortalidade de 6,0 óbitos por 1000 habitantes. Nesse mesmo período a

taxa média de mortalidade infantil foi de 18,7 óbitos em menores de 1 ano por 1000 nascidos vivos.

Dentre as causas de óbito, as maiores proporções são as doenças do aparelho circulatório (28,8%), as externas (15,2%) as do aparelho respiratório (10,1%) as neoplasias (12,3%), as doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (7,9%) e as doenças infecciosas e parasitárias (5,4%).

No mesmo período foram notificados 2700 casos de doenças e agravos de notificação compulsória dos quais 199 (7,4% eram casos de tuberculose).

2.3 PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE (PCT)

Desde 1993 o município realiza ações de controle de Tuberculose (TB), porém até o ano de 2007 essas ações eram centralizados em apenas uma unidade de saúde. As consultas eram limitadas e os exames de diagnósticos terceirizados, dificultando o acesso dos usuários e o monitoramento da qualidade destes por parte do nível municipal.

Com a construção do laboratório de saúde pública em 2008, houve um salto de qualidade no PCT municipal, com a implantação de serviços de diagnóstico como baciloscopia, teste de Mantoux e sorologia para HIV. A partir daí as ações do PCT, foram descentralizadas para todas as 25 unidades de saúde da família adscrita ao município e na sua unidade de referência secundária, instalada na Diretoria de Vigilância à Saúde de Abreu e Lima.

Apesar da ampliação da rede assistencial a tuberculose no município, as dificuldades de operacionalização do PCT são visíveis com alta rotatividade dos profissionais das USFs, gerando desmotivação das equipes e refletindo na insatisfação do usuário. Além disso, o estigma da doença por parte da população ainda é um grande problema.

Os dados do SINAN/DATASUS (BRASIL, 2010) demonstrados nas tabelas 1 a 5 mostram que no período de 2005 a 2008, foram notificados 199 casos de tuberculose entre residentes no município, dos quais 84,5% eram casos novos, representando uma incidência média anual de 51,92/100.000 habitantes.

Dos casos diagnosticados, 69,3% eram do sexo masculino, 31,65% do sexo feminino (Tabela 1) e 90,6% apresentavam a localização pulmonar da doença (Tabela 2). Quanto ao diagnóstico, 80,4% não realizaram testagem sorológica para HIV. Dos casos em que foi solicitado o teste HIV (39), 4 (10,2%) são positivos, 9 (23,1%) foram negativo e 26 (66,7%) estão com resultado da sorologia em andamento (Tabela 3).

Com relação ao acompanhamento do tratamento e desfecho de seguimento, dos 199 casos diagnosticados, 100% estavam em tratamento auto-administrados, dos quais apenas 78,3% saíram do sistema de vigilância com situações de encerramento por cura e 13,6% abandonaram o tratamento (Tabela 4).

Observa-se que do total de casos diagnosticados, 80,4% equivalem ao total de casos novos, com aumento gradativo a cada ano (Tabela 5).

No município não existe rotina bem estabelecida de busca de sintomáticos respiratórios e de busca de faltosos. Além disso, o sistema de informação mostra-se deficiente no que diz respeito à completude da Ficha Individual de Investigação de Tuberculose e do Boletim Mensal de Acompanhamento dos Casos.

Tabela 1. Tuberculose - Número de casos, segundo sexo, Abreu e Lima, 2005 a 2008

| Ano/Diagnóstico | Feminino | Masculino | Total |
|-----------------|------------|-------------|------------|
| 2005 | 14 (31,1%) | 31 (68,9%) | 45 |
| 2006 | 23 (41,8%) | 32 (58,2%) | 55 |
| 2007 | 14 (37,8%) | 23 (62,2%) | 37 |
| 2008 | 12 (19,4%) | 50 (80,6%) | 62 |
| Total | 63 (31,7%) | 138 (69,3%) | 199 |

Fonte: SINAN/DATASUS MS

Tabela 2. Tuberculose - Número de casos, segundo formas clínicas, Abreu e Lima, 2005 a 2008

| Ano/Diagnóstico | Pulmonar | Extra-pulmonar | Pulmonar + Extra-pulmonar | Total |
|-----------------|-------------|----------------|---------------------------|-----------|
| 2005 | 42 (93,3%) | 3 (6,7%) | - | 45 |
| 2006 | 54 (98,2%) | 1 (1,8%) | - | 55 |
| 2007 | 27 (73,0%) | 10 (27,0%) | - | 37 |
| 2008 | 57 (92,0%) | 5 (8,1%) | - | 62 |
| Total | 180 (90,5%) | 19 (9,5%) | - | 19 |

Fonte: SINAN/DATASUS-MS

Tabela 3. Tuberculose - Número de casos, segundo HIV, Abreu e Lima, 2005 a 2008

| Ano Diagnóstico | Positivo | Negativo | Em Andamento | Não Realizado | Total |
|-----------------|----------|----------|--------------|---------------|------------|
| 2005 | 0 | 2 (4,4%) | 10 (22,2%) | 33 (73,3%) | 45 |
| 2006 | 1 (1,8%) | 1 (1,8%) | 3 (5,4%) | 50 (9%) | 55 |
| 2007 | 0 | 3 (8,1%) | 6 (16,2%) | 28 (75,6%) | 37 |
| 2008 | 3 (4,8%) | 3 (4,8%) | 7 (11,3%) | 49 (79%) | 62 |
| Total | 4 (2 %) | 9 (4,5%) | 26 (13%) | 160 (80,4%) | 199 |

Fonte: SINAN/DATASUS-MS

Tabela 4. Tuberculose - Número de casos, segundo situação de encerramento, Abreu e Lima, 2005 a 2008

| Ano/Diagnóstico | IGN | Cura | Abandono | Óbito por outras causas | Transferência | Total |
|-----------------|----------|------------|-----------|-------------------------|---------------|------------|
| 2005 | - | 38(84,4%) | 7(15,5%) | - | - | 45 |
| 2006 | 1 | 45(81,8%) | 6(10,9%) | 3(5,5%) | - | 55 |
| 2007 | 1 | 30(81,1%) | 2(5,4%) | 1(2,7%) | 3(8,1%) | 37 |
| 2008 | 5 | 43(69,4%) | 12(19,4%) | - | 2(3,2%) | 62 |
| Total | 7 | 156(78,4%) | 27(13,6%) | 4(2,0%) | 5(2,5%) | 199 |

Fonte: SINAN/DATASUS-MS

Tabela 5. Tuberculose - Número de casos, por ano diagnóstico e tipo de entrada, Abreu e Lima, 2005 a 2008

| Ano Diagnóstico | Caso novo | Recidiva | Reingresso | Transferência | Total |
|-----------------|-------------|-----------|------------|---------------|------------|
| 2005 | 38 (84,4%) | 3 (6,7%) | 0 | 3 (6,7%) | 45 |
| 2006 | 46 (83,6%) | 2 (3,6%) | 4 (7,3%) | 2 (3,6%) | 55 |
| 2007 | 34 (91,9%) | 2 (5,4%) | 1 (2,7%) | 0 | 37 |
| 2008 | 50 (80,6%) | 5 (8,1%) | 5 (8,1%) | 2 (3,2%) | 62 |
| Total | 168 (84,4%) | 12 (6,0%) | 10 (5,0%) | 7 (3,5%) | 199 |

Fonte: SINAN/DATASUS-MS

3 PRINCIPAIS PROBLEMAS

- a) Baixa cobertura de busca de sintomáticos respiratórios esperados nos serviços e na comunidade;
- b) Baixa cobertura de realização de sorologia para HIV entre os casos diagnosticados;
- c) Não realiza o TDO entre os casos diagnosticados;
- d) Baixo percentual de cura;
- e) Alta proporção de abandono;
- f) Deficiente completitude das fichas de notificação.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Implementar as ações de controle de tuberculose no município de Abreu e Lima a partir do ano de 2011, visando a melhoria dos indicadores epidemiológicos e operacionais do programa.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Aumentar em 50% a detecção precoce dos casos de TB através da busca de sintomáticos respiratórios na demanda dos serviços e domicílios;
- b) Ampliar em 80% a cobertura de testagem para HIV, visando identificar com precocidade a co-infecção TB/HIV e reduzir a alta proporção de testes de HIV com resultados em andamento;
- c) Implantar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) em 100% das Unidades de Saúde na Família, visando aumentar o percentual de cura;
- d) Detectar precocemente a falência do tratamento de TB através de realização mensal de baciloscopia de controle;
- e) Reduzir em 75% o abandono de tratamento através da prevenção e busca de faltosos;
- f) Implementar o sistema de informação da Tuberculose no Município, visando reduzir em 80% a incompletude das informações de diagnóstico e de acompanhamento.

5 ATIVIDADES

- a) Sensibilizar todos os profissionais de saúde e técnicos administrativos para detecção de sintomáticos respiratórios na demanda das UBS.
- b) Divulgar os sinais e sintomas da TB na população através de campanha educativa e mobilização nos serviços.
- c) Realizar baciloscopia de diagnóstico em todos os sintomáticos respiratórios detectados.
- d) Capacitar a equipe multidisciplinar para desenvolver o aconselhamento pré e pós teste.
- e) Prover insumos necessários para realização de testagem.
- f) Realizar palestras educativas sobre co-infecção TB/HIV para pacientes e população nas Unidades de Saúde da Família.
- g) Capacitar as equipes de Saúde da Família para o TODO
- h) Confeccionar cartão de supervisão da tomada diária da medicação e planilha de acompanhamento mensal dos casos
- i) Implementar a monitorização do TDO através dos cartões e planilhas em todas as USFs.
- j) Prover todos os insumos (medicamento, copo descartável, água) necessários a execução do TDO).
- k) Realizar TDO em todos os casos pulmonares bacilíferos.
- l) Realizar baciloscopia mensal de controle em todos os casos de TB em seguimento.
- m) Prover os insumos para realização de baciloscopia no laboratório de referência.
- n) Estabelecer procedimentos e fluxos entre laboratório e USF para realização e resultado da baciloscopia.
- o) Capacitar os ACS para prevenção e busca de faltosos nos domicílios.
- p) Monitorar a busca e retorno de faltosos através de relatórios mensais das USF.

q) Capacitar e sensibilizar os profissionais que trabalham com o PCT para o preenchimento da ficha individual de investigação, livro e boletim de acompanhamento de casos.

r) Monitorar a qualidade do preenchimento das fichas epidemiológicas e do boletim de acompanhamento dos casos.

6 METAS

- a) Realizar semestralmente 01 palestra de sensibilização para os profissionais de saúde e técnicos administrativos de todas as USF, visando à identificação precoce de sintomáticos respiratórios na demanda do serviço até dezembro de 2011.
- b) Realizar três campanhas de divulgação de sinais e sintomas de TB para a população até dezembro de 2011.
- c) Realizar baciloscopia de diagnóstico em 100% dos SR detectados até dezembro de 2011.
- d) Realizar 02 capacitações anuais nas Unidades de Saúde da Família até dezembro de 2011.
- e) Adquirir 100% dos insumos necessários para a testagem durante o decorrer do ano de 2011.
- f) Realizar 01 palestra educativa em cada Unidade de Saúde da Família, a cada três meses até dezembro de 2011.
- g) Realizar 02 capacitações sobre o TDO para os profissionais de saúde das USF até dezembro de 2011.
- h) Confeccionar 1000 cartões de supervisão de TDO e 100 planilhas de acompanhamento até dezembro de 2011.
- i) Implementar a monitorização do TDO através dos cartões e planilhas em 100% das USFs até julho de 2011.
- j) Realizar o TDO para 100% dos casos diagnosticados até dezembro de 2011.
- k) Realizar TDO em 100% dos casos pulmonares bacilíferos até dezembro de 2011.
- l) Realizar baciloscopia mensal de controle em 100% dos casos em seguimento até dezembro de 2011.
- m) Prover mensalmente os insumos necessários para realização de baciloscopia no laboratório de referência durante o ano de 2011.

- n) Implantação de procedimentos e fluxos no laboratório e em 100% da USF até maio de 2011.
- o) Realizar duas (02) oficinas de capacitação para ACS, dando ênfase a prevenção e busca de faltosos até julho de 2011.
- p) Monitorar a busca e retorno de 100% dos casos faltosos através de relatórios mensais das USFs até dezembro de 2011.
- q) Realizar 02 capacitações anuais em sistema de informação de tuberculose para 100% dos profissionais de saúde envolvidos no sistema de informação e notificação de agravos (SINANNET) até dezembro de 2011.
- r) Monitorar mensalmente a qualidade do preenchimento das fichas epidemiológicas e do boletim de acompanhamento dos casos notificados até dezembro de 2011.

7 INDICADORES DE PROCESSO E RESULTADOS (atividades e metas)

| Metas | Indicadores de monitoramento | Cálculo |
|---|--|--|
| a) Realizar semestralmente uma palestra de sensibilização para os profissionais de saúde e técnicos administrativos de todas as USFs, visando à identificação precoce de sintomáticos respiratórios na demanda do serviço até dezembro de 2011. | % de palestras realizadas % profissionais de saúde das USFs treinados | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de palestras realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de palestras programadas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de profissionais de saúde das USFs treinados}}{\text{N}^\circ \text{ de profissionais de saúde das USFs existentes}} \times 100$ |
| b) Realizar três campanhas de divulgação de sinais e sintomas de TB para população até dezembro de 2011. | % de campanhas realizadas | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de campanhas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de campanhas programadas}} \times 100$ |
| c) Realizar baciloscopia de diagnóstico em 100% dos SR detectados até dezembro de 2011 | % de baciloscopias realizadas nos SR | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de baciloscopias realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de SR detectados}} \times 100$ |
| d) Realizar duas capacitações anuais nas Unidades de Saúde da Família até dezembro de 2011. | % capacitações realizadas % de pessoas treinadas | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de capacitações realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de capacitações programadas}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pessoas treinadas}}{\text{N}^\circ \text{ de pessoas programadas}} \times 100$ |
| e) Adquirir 100% dos insumos necessários para a testagem até dezembro de 2011 | % de insumos providos | $\frac{\text{N}^\circ \text{ insumos adquiridos}}{\text{N}^\circ \text{ de insumos programados}} \times 100$ |
| f) Realizar uma palestra educativa em cada Unidade de Saúde da Família, a cada três meses até dezembro de 2011. | % de palestra educativa realizada | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de palestra educativa realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de palestra programada de TB}} \times 100$ |
| g) Realizar duas capacitações sobre o TDO para os profissionais de saúde das USF até dezembro de 2011. | % de capacitações realizadas em TDO | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de capacitações realizadas em TDO}}{\text{N}^\circ \text{ de capacitações programada de TB em TODO}} \times 100$ |

| | | |
|---|--|--|
| h) Confeccionar 1000 cartões de supervisão de TDO e 100 planilhas de acompanhamento até dezembro de 2011 | % de cartões confeccionados % de planilhas confeccionadas | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cartões confeccionados}}{\text{N}^\circ \text{ de cartões programados}} \times 100$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de planilhas confeccionadas}}{\text{N}^\circ \text{ de planilhas programadas}} \times 100$ |
| i) Implementar a monitorização do TDO através dos cartões e planilhas em 100% das USFs até julho de 2011. | % USF monitorado em uso de TDO | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de USF com planilha de monitoramento de pacientes em uso de TDO}}{\text{N}^\circ \text{ de USF existentes com PCT}} \times 100$ |
| j) Realizar o TDO para 100% dos casos diagnosticados | % de casos de TB em TDO | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de TB em TDO}}{\text{N}^\circ \text{ total de casos diagnosticados de TB}} \times 100$ |
| k) Realizar TDO em 100% dos casos pulmonares bacilíferos que iniciaram no ano de 2010, mas estão em tratamento até 2011. | % de casos de TB em TDO | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de TB em TDO}}{\text{N}^\circ \text{ de casos pulmonares bacilíferos}} \times 100$ |
| l) Realizar baciloscopia mensal de controle em 100% dos casos em seguimento até dezembro de 2011. | % baciloscopia realizada | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de baciloscopia mensais realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ total de casos diagnosticados}} \times 100$ |
| m) Prover mensalmente os insumos necessários para realização de baciloscopia, tanto para o laboratório de referência como para 100% das USF até dezembro de 2011. | % de insumos providos | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de insumos adquiridos mensalmente}}{\text{N}^\circ \text{ de insumos programados}} \times 100$ |
| n) Implantação de procedimentos e fluxos no laboratório e em 100% da USF até maio de 2011. | % de USF com fluxo/procedimento implantado | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de USF com fluxo/procedimento implantado}}{\text{N}^\circ \text{ USF existentes}} \times 100$ |
| o) Realizar duas oficinas de capacitação para ACS dando ênfase a prevenção e busca de faltosos até julho de 2011. | % de oficinas de capacitações realizadas para ACSs | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de oficinas realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de oficinas programadas}} \times 100$ |
| p) Monitorar a busca e retorno de 100% dos casos faltosos através de relatórios mensais das USFs até dezembro de 2011. | % de casos faltosos recuperados | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos faltosos recuperados}}{\text{N}^\circ \text{ total de faltosos}} \times 100$ |
| q) Realizar duas capacitações anuais em sistema de informação de tuberculose para 100% dos profissionais de saúde até dezembro de 2011 | % de capacitações realizadas em sistema de informação de Tb | $\frac{\text{N}^\circ \text{ de capacitações realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de capacitações programadas}} \times 100$ |
| r) Monitorar mensalmente a qualidade do preenchimento das | % de fichas recuperadas quanto às inconsistências | Nº de fichas com inconsistências recuperadas |

| | | |
|---|--|--|
| fichas epidemiológicas e do boletim de acompanhamento dos casos notificados até dezembro de 2011. | | $\frac{\text{N}^\circ \text{ total de fichas com inconsistências}}{\text{N}^\circ \text{ total de fichas}} \times 100$ |
|---|--|--|

8 INDICADORES DE IMPACTO (Objetivo geral e específicos)

| Objetivo Geral | Indicadores de Impacto | Cálculo |
|---|--|---|
| Implementar as ações de controle da tuberculose no município de Abreu e Lima a partir do ano de 2011, visando a melhoria dos indicadores epidemiológicos e operacionais do programa. | Taxa de Incidência S.R. detectados Taxa de Mortalidade | $\frac{\text{Número de casos novos}}{\text{Número total da população}} \times 100.000$ $\frac{\text{Número de S.R. detectados}}{\text{Número total da população}} \times 100.000$ $\frac{\text{Número de óbitos de TB}}{\text{Número total de casos de TB}} \times 100.000$ |
| Objetivos Específicos | Indicadores de Impacto | Cálculo |
| a) Aumentar em 50% a detecção precoce dos casos de TB através da busca de sintomáticos respiratórios na demanda dos serviços e domicílios. | Taxa Incidência de TB bacilífera % de casos de TB pulmonar positivo | $\frac{\text{Número de casos novos de TB bacilífera}}{\text{Número total de TB}} \times 100$ $\frac{\text{Número de casos TB pulmonar positivo}}{\text{Número de casos de sintomas respiratórios}} \times 100$ |
| b) Ampliar em 80% a cobertura de testagem para HIV, visando identificar com precocidade a co-infecção TB/HIV e reduzir a alta proporção de testes de HIV com resultados em andamento. | Taxa de Incidência de Co-infecção TB/HIV Redução de exames HIV sem resultados | $\frac{\text{Número de casos de HIV positivo}}{\text{Número de casos de TB}} \times 100$ $\frac{\text{Número de exames HIV com resultados}}{\text{Número de exames HIV realizados}} \times 100$ |
| c) Implantar o Tratamento Diretamente Observado (TDO) em 100% das Unidades de | % cura % Pacientes em TDO | $\frac{\text{Número de casos curados}}{\text{Número total de casos}} \times 100$ $\frac{\text{Número de pacientes em TDO}}{\text{Número de pacientes em TDO}} \times 100$ |

| | | |
|---|--|--|
| Saúde na Família, visando aumentar o percentual de cura. | | total de pacientes x 100 |
| d) Detectar precocemente a falência do tratamento de TB através de realização mensal de baciloscopia de controle. | % Abandono | Número de baciloscopia realizada mensalmente/Número de baciloscopia diagnosticada x 100 |
| e) Reduzir em 75% o abandono de tratamento através da prevenção e busca de faltosos. | % Abandono | Número de casos em abandono/ Número total de casos x 100 |
| f) Implementar o sistema de informação da Tuberculose no Município, visando reduzir em 80% a incompletude das informações de diagnóstico e de acompanhamento. | % Sistema de informação % de fichas completas | Sistema de informação implementado/Sistema de informação implantado x 100 Número de fichas preenchidas completas/Número de fichas notificadas x 100 |

9 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES / 2011

| ATIVIDADES | J | F | M | A | M | J | J | A | S | O | N | D |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitar a equipe multidisciplinar para desenvolver o aconselhamento pré e pós teste. | | X | | | | | | X | | | | |
| Sensibilização dos pacientes para realização da testagem para HIV e a implicação da co-infecção TB/HIV, práticas de risco e vulnerabilidade. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Capacitar as equipes de Saúde da família para o tratamento supervisionado | X | | | | | | | X | | | | |
| Realizar visita domiciliar dos casos de TB em tratamento. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Monitorar o tratamento supervisionado nos 100% dos casos BK + | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Avaliar a cura, aferindo os que estão em TDO | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Realizar reuniões para instruir o uso da ficha de busca de faltosos para 100% das Unidades de Saúde com o PCT | X | | | | | | X | | | | | |
| Capacitar sobre o fluxo e uso das fichas de busca de faltosos para 100% das Unidades de Saúde. | X | | | | | | X | | | | | |
| Realizar a busca ativa em 100% dos faltosos através dos ACS. | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Avaliar a recuperação dos faltosos em 100% das Unidades de Saúde com PCT pelos técnicos do programa. | | | | X | | | X | | | | X | |
| Capacitar e Sensibilizar 100% dos profissionais que trabalham com o PCT. | | X | | | | | | | X | | | |
| Avaliação do preenchimento das fichas epidemiológicas dos casos notificados/ investigados do banco de dados. | | X | | | | X | | X | | X | | |

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Tuberculose é um importante e prioritário problema de Saúde Pública no Brasil.

Diante da problemática visualizada através da situação epidemiológica do município de Abreu e Lima faz-se necessário tornar as atividades do PCT em ações mais efetivas fazendo com que os profissionais envolvidos contribuam para o aperfeiçoamento das informações registradas, das atividades programadas e de uma eficácia técnica, elevando a própria qualidade da assistência prestada ao paciente.

A resolução para o problema está inserida nas mudanças da organização dos serviços, na integração das atividades de Atenção Básica, junto à Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose, na melhoria da alimentação dos dados no sistema de informação e na implantação do TDO a ser trabalhado para atingir os índices preconizados pelo PCT.

11 ASPECTOS ÉTICOS

Essa pesquisa não tem implicações éticas, pois foram utilizados dados de domínio público.

REFERÊNCIAS

HIJJAR, M. A. Controle da tuberculose no Brasil - a estratégia do Plano Emergencial. Boletim de Pneumologia Sanitária, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 98-99, 1997.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Situação Epidemiológica. Disponível : <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31115 >. Acesso em: 12 de out. de 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. La salud en las Américas. Edición de 2002. Washington, DC, 2002. (Publicación científica y técnica 587; 2 vol).

RAVIGLIONE, M. C.; SNIDER, D. E.; KOCHI, A. Global Epidemiology of Tuberculosis. JAMA, Chicago. v. 273, p. 220-226, 1995.

ROSEMBERG, J. Tuberculose. Panorama global. Óbices para seu controle. São Paulo: Secretária de Saúde, 2001.

RUFFINO-NETTO, A. Modelos matemáticos em tuberculose. In: MORRONE, N.; FIUZA, M. A. Tuberculose. São Paulo: Atheneu, 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, DF, v. 10, n. 3, p. 129-38, 2001.

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, supl.1, p. 89-94, 2007.

SANTOS-FILHO, E. T.; GOMES, Z. M. S. Estratégias de controle da Tuberculose do Brasil: articulação e participação da sociedade civil. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 41, supl.1, p. 111-116, 2007.

THORN, P. La Tuberculosis : Información y consejos para vencer la enfermedad. [s.l.:s.n.], 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control. Geneva, 2002, (WHO/CDS/TB/2002.297).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. Genebra, 2006. (WHO/HTM/TB/2006.371).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Status of tuberculosis in the 22 high-burden countries. Genebra, 1999. (Unpublished document WHO/CDS/TB/99.271).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Treatment of tuberculosis. Guidelines for national programmes. Genebra, 1997.

XAVIER, M. I. M; BARRETO, M. I. Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: O perfil na década de 1990. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 445-453, 2007.

ZUMLA, A. e MULLAN, Z. Lancet commentary: Turning the tide against Tuberculosis. The Lancet, London, v. 367, p. 877, 2006.

Bibliografia Consultada

ABREU E LIMA. Prefeitura. Secretaria de Saúde. Diretoria de Vigilância à Saúde. Sistema Nacional de Notificação Compulsória versão NET (SINANNET), 2005/2008: acesso em abril de 2010.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Censo Demográfico 2000: Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2000/default.shtm>>. Acesso: 12 de março 2010.

LOPES, E. F. Plano de Ação para Implantação do Programa de Controle da Tuberculose no Município de Igarassu, 2005.

SECRETARIA DE SAÚDE ESTADUAL. Informe epidemiológico, Recife 2010. TUBERCULOSE. Guia de Vigilância Epidemiológica – FUNASA, Ministério da Saúde, 2002.