

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
III CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E
SERVIÇOS DE SAÚDE**

JANAINA DA ROCHA PESSÔA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO
PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO
MUNICÍPIO DA ILHA DE ITAMARACÁ – PE, COM ENFÂSE
NAS UNIDADES PRISIONAIS**

RECIFE

2010

JANAÍNA DA ROCHA PESSÔA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE
CONTROLE DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DA ILHA DE ITAMARACÁ – PE
COM ÊNFASE NAS UNIDADES PRISIONAIS**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dr^a Miriam Domingos Cardoso

RECIFE
2010

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

P475p Pessoa, Janaina da Rocha.

Plano de intervenção para implementação do programa de controle da tuberculose no município de da Ilha de Itamaracá – PE com ênfase nas unidades prisionais. / Janaina da Rocha Pessoa. — Recife: J. R. de Pessoa, 2010.

26 f. : il.

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

Orientadora: Miriam Domingos Cardoso.

1. Tuberculose – prevenção e controle. 2. Implementação de plano de saúde. 3. Prisões. I. Cardoso, Miriam Domingos. II. Título.

CDU 616-002.5

JANAÍNA DA ROCHA PESSÔA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLIMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE
CONTROLE DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DA ILHA DE ITAMARACÁ – PE
COM ÊNFASE NAS UNIDADES PRISIONAIS**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Mirian Domingos Cardoso
Faculdade Nossa Senhora das Graças FENSG/ UPE

Prof.^a Dr.^a Maria Sandra Andrade
Faculdade Nossa Senhora das Graças FENSG/ UPE

AGRADECIMENTOS

Agradeço às pessoas que contribuíram para a execução e conclusão deste projeto, sugerindo, incentivando e acreditando, entre as quais se destacam: Miriam Domingos, a orientadora, pelo aprendizado, empenho e pelo privilégio de poder partilhar com ela os conhecimentos que tornaram possível a realização deste projeto; Elizabeth Farias, pelo brilhante trabalho que vem realizando no estado de Pernambuco a respeito da Tuberculose, e por estar sempre ao meu lado, me ajudando e incentivando na elaboração deste trabalho; e a Roberta Urquiza pelo coleguismo.

Ao Professor e Coordenador do Curso Sidney Farias pelo apoio e profissionalismo que conduziu este curso.

Quero registrar ainda meu agradecimento ao meu esposo Wellington Virgínio de Araújo pelo incentivo, cooperação, solidariedade e companheirismo e a minha filha Giovana Pessoa Virgínio de Araújo por estarem sempre me proporcionando momentos de alegria e estar sempre ao meu lado.

Enfim, minha gratidão a todos que se sensibilizaram e viabilizaram a concretização deste trabalho.

“Visão sem ação é só um sonho; ação sem visão é um passatempo; visão e ação juntas podem mudar o mundo”.

(JOEL BAKER)

PESSOA, Janaína da Rocha. **Implementação do Programa de Controle da Tuberculose do município da Ilha de Itamaracá – PE, com ênfase nas unidades prisionais**. 2010. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Embora conhecida desde a antiguidade, a tuberculose continua preocupando as autoridades sanitárias até os dias de hoje. Este estudo descreve um Plano de Intervenção para Implementação do Programa de Controle da Tuberculose no Município da Ilha de Itamaracá-PE com ênfase nas Unidades Prisionais. Em 2008, o Brasil registrava um coeficiente de incidência de 37,1 casos por cem mil habitantes, enquanto que a de Pernambuco foi de 47,7 casos novos por cem mil habitantes. No entanto, o coeficiente de incidência da Ilha de Itamaracá foi de 231,6/100.000 habitantes, seis vezes maior que a taxa do país e quase cinco vezes a do estado de Pernambuco, evidenciando a necessidade de ampliação das ações de controle da doença. Entre os grupos com maior risco de adoecer por tuberculose está a população carcerária, que enfrenta nos presídios as condições favoráveis para a disseminação da doença, ou seja, aglomeração e precárias condições de higiene. Além disso, há o crescente número de infectados pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV, contribuindo para aumento dos casos de tuberculose. Considerando incipientes as medidas de controle da doença nessas instituições e que entre as pessoas privadas de liberdades, a incidência de tuberculose é 34 vezes maior do que na população geral, justifica-se a proposta de Implementação do Programa de Controle da Tuberculose no Município da Ilha de Itamaracá-PE com ênfase nas Unidades Prisionais.

Palavras-Chave: Controle da tuberculose. Tuberculose em presídios. Implementação.

PERSON, Janaina Rocha. **Implementation of the Tuberculosis Control Program of the municipality of Itamaracá - EP, with emphasis on prisons.** 2010. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2010.

ABSTRACT

Although known since antiquity, tuberculosis continues to concern health authorities until the present day. The present study describes an Intervention Plan for Implementation of the Tuberculosis Control Program in the Municipality of Itamaracá - PE with an emphasis on units Prisionais. Em 2008, Brazil registered an incidence of 37.1 cases per hundred thousand inhabitants, while that Pernambuco was 47.7 new cases per hundred thousand inhabitants. However, the incidence rate of Itamaracá was 231.6 per 100,000 inhabitants, is six times the rate in the country and nearly five times that of the state of Pernambuco, highlighting the need for further actions to control the disease. Among the groups most at risk of being infected by TB are the prison population, which faces prison in conditions favorable for the spread of disease, ie, crowding and poor hygiene conditions. Moreover, there is the growing number of patients infected with human immunodeficiency virus, HIV, contributing to increased cases of tuberculosis. Whereas incipient measures of disease control between these institutions and persons deprived of their liberties, the incidence of tuberculosis is 34 times higher than in the general population, justifies the proposed Implementation Programme for the Control of Tuberculosis in the City Island Itamaracá - PE with an emphasis on Prison Units.

Keyword: tuberculosis control, tuberculosis in prisons.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO	9
1.1	A tuberculose como um problema de Saúde Pública	9
1.2	As políticas de controle da tuberculose no Brasil na atualidade	10
1.3	Fatores que dificultam o controle da tuberculose	11
2	ANÁLISE SITUACIONAL	14
2.1	Características Fisiográficas e Sócio Demográfico do Município	14
2.2	Situações de Saúde e do Programa Municipal de Controle de Tuberculose	15
3	PRINCIPAIS PROBLEMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE NAS UNIDADES PRISIONAIS.....	18
4	OBJETIVOS	19
4.1	Objetivo geral	19
4.2	Objetivo específico	19
5	ATIVIDADES/METAS/INDICADORES (Processo/ Resultado) / CÁLCULOS	20
6	INDICADORES DE IMPACTO	22
7	CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES	23
8	VIABILIDADES E CONCLUSÕES	24
	REFERÊNCIAS	25

1. INTRODUÇÃO E REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Tuberculose como um problema de saúde pública

Nos dias atuais, entre os problemas registrados nas mais diferentes áreas do conhecimento humano, destaca-se, no campo da saúde, o da tuberculose, com tamanha expressão que passou a ser visto como emergência mundial e, conseqüentemente, um desafio que exige urgentes medidas (PALHETA, 2002). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que um terço da humanidade seja infectado pelo *Mycobacterium tuberculosis* (Mtb), com mais de oito milhões de casos novos e três milhões de mortes anuais (BRASIL, 2005). Do total de infectados, 79% estão em países pobres e em desenvolvimento, sendo que 75% têm menos de 50 anos, portanto na faixa de maior produtividade social. Dos casos novos e óbitos registrados mundialmente, 95% e 98% ocorrem respectivamente em países em desenvolvimento, confirmando a doença como uma das mais significativas causas de mortalidade dos adultos nos países em desenvolvimento (ROSEMBERG, 2001; MASCARENHAS et al., 2005).

Entre os 22 países que concentram 80% dos casos mundial o Brasil ocupa o 18º posição. A OMS estima que ocorram anualmente 124 mil casos novos da doença por ano, no entanto apenas 85 mil casos são notificados anualmente, representando uma subnotificação de mais de 30% (BRASIL, 2005).

No país, cerca de 6 mil óbitos são registrados anualmente em decorrência da doença, firmando-a como uma das principais causas de morbimortalidade que atinge indistintamente diversas faixas etárias e classes sociais (BRASIL, 2005).

De acordo com os resultados da última avaliação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) do Ministério da Saúde em 2008, a incidência da doença vem se mantendo elevada com 37,1 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2008). No ano de 2008, dentre as 27 unidades Federadas, Pernambuco assume a 3ª colocação com incidência de 47,7 casos novos por cem mil habitantes (BRASIL, 2005).

A Ilha de Itamaracá é considerada um município prioritário para o PCT Estadual, por alocar três unidades prisionais em seu território e apresentar uma das mais altas incidências de tuberculose do estado. No ano de 2009, a taxa de

incidência foi de 231,6/100.000 habitantes, sendo seis vezes maior que a taxa do país e quase cinco vezes a do estado de Pernambuco (BRASIL, 2005).

1.2 As políticas de controle da tuberculose no Brasil na atualidade

Devido ao quadro alarmante da tuberculose no país, em 1999, o governo brasileiro definiu a doença como prioridade entre as políticas públicas de saúde. Criou o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), estabelecendo diretrizes para as ações descentralizadas entre as três esferas de governo (federal, estadual e município) e fixou metas para diagnosticar 70% dos casos esperados e curar pelo menos 85% desses casos (COELHO et al, 2010). O PNCT introduziu o tratamento supervisionado chamado de estratégia DOTS (Directly Observed Treatment Shortcourse), recomendado pela OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999).

Proposta pela OMS em 1993, após a declaração da situação emergencial da tuberculose no mundo, a estratégia DOTS envolve cinco componentes considerados essenciais para o controle da tuberculose: comprometimento político com o programa; detecção de casos por baciloscopia; tratamento de curta duração e diretamente observado; regularidade na manutenção de medicamentos; sistema de informações que permita um monitoramento dos resultados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999).

A estratégia DOTS foi 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, e propõe a integração do cuidado de saúde primária e adaptação contínua de reformas dentro do setor saúde. Organização Mundial da Saúde se firmando nos seguintes princípios organizacionais: estabelecimento de uma rede descentralizada de diagnóstico e tratamento baseada em serviços de saúde existentes e integradas na atenção primária em saúde; boa gerência do programa fundamentada na responsabilidade e na supervisão do pessoal de saúde; emprego de um sistema interno de avaliação para a busca de casos novos e de recaídas e para realização de análises detalhadas por coortes de resultados terapêuticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999 apud ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Em 2000, visando um salto de qualidade na atenção ao problema da tuberculose, o país lançou 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. O referencial desta nova estratégia de enfrentamento passou a ser 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) (BRASIL, 2005).

1.3 Fatores que dificultam o controle da tuberculose

A despeito do redirecionamento das políticas de controle da tuberculose no país, é sabido que muitos dos fatores determinantes da endemia residem nas condições sociais e econômicas da população, cuja modificação ocorre lentamente, justificando as altas taxas de incidência.

Embora a comprovada eficácia dos meios disponíveis para o diagnóstico e o tratamento, as perspectivas futuras para a manutenção da tuberculose como problema de saúde pública no mundo, são alimentadas por diversos fatores como: a epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e o aparecimento de cepas resistentes aos quimioterápicos, esses últimos produzidos em grande parte pela não adesão ao tratamento e pela desestruturação dos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1999).

Diversos estudos comprovam que as dificuldades para controlar a tuberculose aumentaram com o advento da síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. A infecção pelo (HIV) aumenta em média 5 a 10 vezes o desenvolvimento de tuberculose doença na população (MASCARENHAS et al., 2005).

Nos países desenvolvidos, aonde a tuberculose vinha apresentando uma tendência ao declínio observa-se o recrudescimento de sua morbimortalidade a partir da década de 80 devido, em grande parte, à associação com a infecção pelo HIV. Porém, é nos países do terceiro mundo onde, em geral, a prevalência da doença mantém-se alta, que o impacto da co-infecção TB/HIV se faz sentir com

maior intensidade. Nesses países a OMS estima que 30% a 60% da população adulta, com idade abaixo de 50 anos está infectada pelo Mtb (DALCOMO; KRITSKI, 1993).

Considerando que a maioria dos infectados pelo HIV situa-se entre 15 e 49 anos (RUFFINO NETTO, 2002) havendo, portanto, uma superposição dos grupos populacionais acometidos por ambas as infecções, compreende-se a seriedade do problema atual e o seu potencial de agravamento.

Outro fator determinante da manutenção do problema tuberculoso no país é a baixa adesão ao tratamento. Campos (1996) citam que a queda progressiva da atenção médica dispensada a população pela rede pública de saúde nos últimos anos, com conseqüente piora no atendimento ao paciente com TB, vem causando uma queda na proporção de cura e uma elevação na proporção de abandono. A falta de adesão ao tratamento não é um problema particular da tuberculose, porém, no caso desse agravo, reveste-se de grande importância devido às repercussões epidemiológicas do abandono do tratamento terapêutico. No Brasil, de 1982 a 1999 a taxa de abandono permaneceu constante em 14%, e atualmente vem se mantendo em torno de 10%.

A propagação de bacilos resistentes às drogas é uma “bomba do tempo” na direção do agravamento do problema (BRASIL, 2005). No entanto, além da multidrogaresistência e co-infecção com o HIV/AIDS, a falta de tratamento é um importante fator de risco para o aumento da mortalidade por todas as causas em pacientes com tuberculose (PABLOS-MENDEZ et al.,1996).

Segundo Ruffino-Netto (2002), a sobrevivência do doente depende, além do diagnóstico precoce e tratamento adequado, da adesão do paciente ao tratamento, da presença de co-infecção pelo HIV/AIDS e da multidrogaresistência aos quimioterápicos. A presença da tuberculose no sistema prisional também tem sido descrita como uma ameaça. Entre as pessoas privadas de liberdades, a incidência de tuberculose é 34 vezes maior do que na população geral.

Sugere-se que sem o controle da tuberculose nas prisões, não seria possível controlar a doença fora delas (RUFFINO-NETTO, 2002). Não obstante essa constatação, até 2008 a questão da tuberculose entre os encarcerados era um problema negligenciado pelo poder público. A partir de 2009, ações específicas para o controle da TB no sistema penitenciário começaram ser discutido em oficinas regionais, seminário, visitas técnicas aos estados e celebração de convênios para

pesquisas, resultando na inclusão de um capítulo específico sobre a população privada de liberdade na publicação “Recomendações de Controle da TB no Brasil”. A partir daí foram realizadas capacitações para os profissionais de saúde em dez Unidades Federadas.

Nas penitenciárias, a superlotação e a pouca ventilação são dois fatores que freqüentemente coexistem com condições sanitárias adversas como baixo nível socioeconômico e uso de drogas. O tempo de permanência na detenção também está associado ao aumento da infecção pela Mtb, além disso, as populações encarceradas têm, ainda, um risco aumentado para a co-infecção TB/HIV que implica um risco anual de desenvolver a doença, semelhante ao risco vitalício estimado para indivíduos infectados apenas pelo bacilo de Koch.

2 ANÁLISE SITUACIONAL

2.2 Características fisiográficas e sócio demográfico

Ilha de Itamaracá ($7^{\circ} 44' 52''$ S, $34^{\circ} 49' 33''$ W), município da região metropolitana do Recife, situado a 43 km da capital pernambucana, foi criado em 31 de dezembro de 1958. O município tem uma área territorial de 67 km², com uma população estimada em 18.675 habitantes, distribuídos em 7.576 domicílios, dos quais 85% situam-se na zona urbana, com uma média de 4,5 moradores por domicílio. A população da Ilha é constituída por 53,3% de homens (IBGE, 2000 apud ILHA DE ITAMARACÁ, 2010). O canal de Santa Cruz limita o município ao Norte com Goiana, ao Sul com Igarassu e ao Oeste com Itapissuma e ao leste a Ilha é banhada pelo oceano Atlântico (PERNAMBUCO, 1997 apud ILHA DE ITAMARACÁ, 2010).

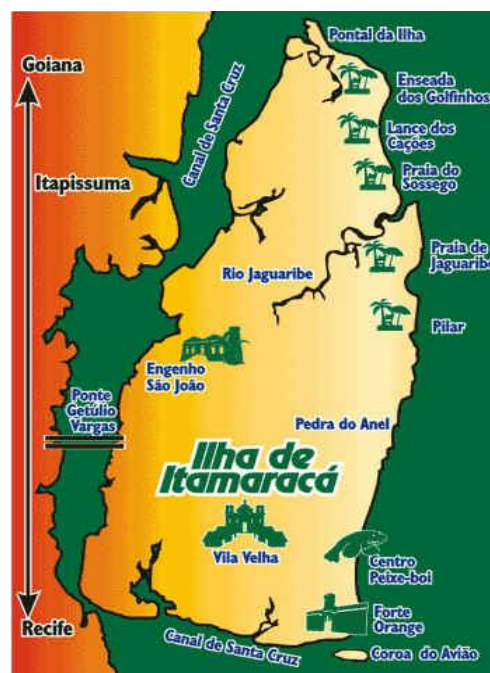


Figura 1 – Mapa da Ilha de Itamaracá

Por deter uma das mais belas praias do mundo, a ilha é considerada um grande potencial turístico, proporcionando um grande afluxo de veranista/turista nos fins-de-semana e meses de verão, acarretando um maior gasto com serviços públicos. Seu clima é tropical e sua temperatura média anual é de 26°C. O município concentra seis reservas ecológicas estaduais (Mata de Jaguaribe, Mata de Santa

Cruz, Mata do Amparo, Mata do Engenho Macaxeira, Mata do Engenho São João e Mata Lance dos Cações).

No seu território, são alocadas duas penitenciárias (a Agro-Industrial São João de Itamaracá e a Professor Barreto Campelo), um Hospital de Custódia para Tratamento Psiquiátrico. A população privada de liberdade residente em Itamaracá é de 3956 indivíduos, correspondendo a 33% da população do município. Estima-se que 21% dos condenados do estado de Pernambuco encontram-se recolhidos na Ilha de Itamaracá (PERNAMBUCO, 2010).

2.2 O sistema municipal de saúde e o programa de controle de tuberculose

De acordo com Santos et al (2010), a definição da TB como prioridade na agenda pública de saúde em nível local, perpassa por obstáculos operacionais e políticos, como a distribuição de recursos priorizando outras situações como atenção às urgências/emergências e dengue. Para esse autor, 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.

Na ilha de Itamaracá o Sistema de Gestão da Saúde é Pleno da Atenção Básica Ampliada e a assistência médica à população é realizada através de seis unidades básicas de saúde e uma unidade hospitalar de atenção secundária (Hospital Alzira Figueiredo), que dispõe de um ambulatório e dezenove leitos para internamento em clínica médica, obstétrica e pediátrica.

A cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) são respectivamente de 80% e 58%. Os casos de alta complexidade são referenciados para os hospitais de grande porte do estado.

Dentre as doenças infecciosas mais prevalentes, destaca-se a tuberculose como um grave problema de saúde pública. Anualmente são diagnosticados, em média, 43 novos casos da doença representando uma incidência média anual de 231,6 casos por cem mil habitantes.

Até meados de 2009, o município contava apenas com uma unidade de saúde com ações de controle da tuberculose implantado, que realizava atendimento tanto da população em geral quanto da população carcerária. Atualmente o PCT foi descentralizado e está implantado em todas as Unidades de Saúde da Família e também nas 03 unidades prisionais. O ambulatório tornou-se, então, referência municipal para atendimento aos casos de maior complexidade e casos de áreas não cobertas pela ESF assim como dos residentes em unidades prisionais.

De acordo com os dados registrados no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) da Secretaria Municipal de Saúde da Ilha de Itamaracá, no período de 2005 a 2009 foram registrados 213 casos de tuberculose entre residentes no município dos quais 175 (82,2%) eram indivíduos privados de liberdade. A faixa etária mais acometida foi a de adultos jovens (faixa produtiva da população) de 25 a 34 anos com predominância no sexo masculino representando 93% dos casos.

Com relação às ações de diagnóstico de TB, no município a baciloscopia é realizada em laboratório privado conveniado, no qual se identificou deficiência na oferta de exames e demora na liberação do resultado, retardando o início oportuno do tratamento e acompanhamento dos casos. Além disso, o controle de qualidade dos exames não é realizado, não existindo protocolo nem rotina bem estabelecida. Nesse período, observou-se também que 93% dos pacientes notificados não realizaram testagem para HIV.

Quanto ao acompanhamento dos casos, a estratégia DOTS ainda é incipiente na Ilha de Itamaracá. Apenas o Hospital de Custódia (HCTP) realiza dose supervisionada levando a um alto percentual de abandono de tratamento. No ano de 2008 e 2009, a proporção de abandono entre os casos de Tb em seguimento em Itamaracá foi respectivamente de 25% e 13,2% demonstrando a necessidade de adoção de medidas mais eficazes de vigilância controle dos casos e busca dos faltosos ao tratamento.

O sistema de informação também vem apresentando deficiência na completude das fichas de investigação e boletins de acompanhamento dos casos. A gerência das ações de controle da TB exercida pelos coordenadores dos Programas Municipais de Controle da TB é uma atividade de pressões internas dos superiores para alcançar resultados e garantir conformidades com as normas administrativas.

Esse plano se justifica pelos indicadores epidemiológicos e operacionais de tuberculose no município, pelo risco de adoecimento por Tb em presídio ser de 34 vezes maior do que na população em geral.

1 PRINCIPAIS PROBLEMAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE NAS UNIDADES PRISIONAIS

- a) Deficiente rotina de busca de sintomáticos respiratórios entre as pessoas privadas de liberdade;
- b) Insuficiente oferta de exames de BK e HIV e ausência de controle de qualidade dos mesmos;
- c) Morosidade na entrega do resultado dos exames laboratoriais para TB e HIV;
- d) Alta proporção de abandono e transferência entre os casos acompanhados;
- e) Alta proporção de incompletude nas fichas de investigação e boletim de acompanhamento dos casos;
- f) Ausência de rotinas e instrumento de acompanhamento no ato da transferência e no livramento;
- g) Deficiente controle dos contactantes de pacientes.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Implementar as Ações do Programa de Controle da Tuberculose na Ilha de Itamaracá, no ano de 2011, dando ênfase a reorganização das ações de controle nas Unidades Prisionais através de parcerias intergovernamentais e intersetoriais.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Aumentar em 50% a detecção precoce dos casos de TB através da busca de Sintomáticos Respiratórios entre pessoas privadas de liberdade em todas as UPs da Ilha de Itamaracá;
- b) Implementar o diagnóstico laboratorial da TB e da coinfeção TB/HIV dando ênfase ao fluxo, controle de qualidade e oferta;
- c) Ampliar a cobertura de TDO em casos de TB pulmonar positivo diagnosticados garantindo o monitoramento dos mesmos;
- d) Implementar o sistema de informação de tuberculose enfatizando o preenchimento dos instrumentos de registro das informações.

5 ATIVIDADES/METAS/INDICADORES (PROCESSO/RESULTADO) / CÁLCULOS

Os quadros abaixo são os mecanismos de avaliação de desempenho das atividades, e, das metas, que deveram ser empregados, na avaliação de cada objetivo específico, tendo como indicadores de processo / resultado esperado.

Objetivos Específicos	Atividades	Metas	INDICADORES Processo/Resultado	CÁLCULOS
4.2.1 Aumentar em 50% a detecção precoce dos casos de TB através da busca de Sintomáticos Respiratórios entre pessoas privadas de liberdade em todas as UPs da Ilha de Itamaracá	Capacitar equipes de saúde das UPs nas ações de controle de TB e no Procedimento de Operacionalização Padrão (POP) na busca de SR até abril de 2011;	Capacitar equipes de saúde das UPs nas ações de controle de TB e POP	Nº de oficinas de ações de controle de TB e POP realizadas. % de profissionais das UPs capacitados nas ações de controle de TB e POP.	Nº de oficinas de ações de controle de TB realizadas. (Nº de profissionais de saúde Capacitados das UPs / Nº de profissionais de saúde das UPs) x 100
		Realizar baciloscopia de diagnóstico de 100% dos SR das UPs detectados, até dezembro de 2011	Nº de UPs com Posto de coleta para exames diagnósticos de TB e HIV.	Nº de UPs com Posto de coleta dos exames diagnóstico de TB e HIV.
4.2.2 Implementar o diagnóstico laboratorial da TB e da coinfeção TB/HIV dando ênfase ao fluxo, controle de qualidade e oferta.	Garantir os insumos necessários a realização de exames de diagnóstico (BAAR e HIV);	Prover 100% de insumos para exames de baciloscopia e HIV, até dezembro de 2011;	% de insumos para exames de baciloscopia e HIV disponibilizados mensalmente.	(Nº de suprimentos mensais disponibilizados BAAR / Nº de suprimentos mensais necessários para realização de baciloscopia) x 100 (Nº de suprimentos mensais disponibilizados HIV / Nº de suprimentos mensais necessários para realização de testagem HIV) x 100
		Ofertar sorologia para HIV em 100% dos casos de TB detectados nas UPs, até dezembro de 2011;	% de exames HIV realizados nos pacientes com TB nas UPs.	(Nº de exames HIV nos pacientes de TB realizados UPs / Nº de exames de HIV nos pacientes de TB solicitados) x 100
		Encaminhar mensalmente para controle de qualidade 100% de lâminas positivas e 10% das lâminas negativas, até dezembro de 2011;	% de lâminas positivas enviadas ao controle de qualidade.	(Nº Lâminas positivas enviadas / Nº total de lâminas positivas) x 100
			% de lâminas negativas enviadas ao controle de qualidade	(Nº Lâminas negativas enviadas / Nº total de lâminas negativas) x 100

(Continua)

Objetivos Específicos	Atividades	Metas	INDICADORES Processo/Resultado	CÁLCULOS
4.2.3 Ampliar a cobertura de TDO em casos de TB pulmonar positivo diagnosticados garantindo o monitoramento dos mesmos.	Prover tuberculostáticos e insumos necessários a realização de TDO para todos os casos elegíveis;	Prover 100% da medicação mensal necessária, até dezembro de 2011;	% de tuberculostáticos dispensados oportunamente.	$(\text{N}^\circ \text{ de Tuberculose. dispensados. Mensalmente} / \text{N}^\circ \text{ de paciente em seguimento cadastrados}) \times 100$
		Realizar Tratamento Diretamente Observado (TDO) para todos os casos elegíveis diagnosticados das UPs, até dezembro de 2011;	% de casos de TB em TDO.	$(\text{N}^\circ \text{ de Casos TB em uso de TDO das UPs} / \text{N}^\circ \text{ total de Casos TB das UPs}) \times 100$
		Registrar mensalmente, nas planilhas 100% dos casos de TB em TDO das UPs, até dezembro de 2011;	% de registros de casos de TB em TDO nas UPs	$(\text{N}^\circ \text{ de registro de casos de TB em uso de TDO das UPs} / \text{N}^\circ \text{ de casos de TB das UPs}) \times 100$
		Realizar monitoramento mensal do seguimento dos casos em TDO, até dezembro de 2011;	Nº de relatórios mensais de TDO recebidos das UPs	Nº de relatórios mensais de TDO recebidos das UPs.
		Realizar baciloscopia mensal de controle em pelo menos 100% dos casos bacilíferos em seguimento com TDO, até dezembro de 2011;	% de casos bacilíferos que realizaram baciloscopia mensal de controle das UPs	$(\text{N}^\circ \text{ de casos bacilíferos q/ realizaram baciloscopia de controle} / \text{N}^\circ \text{ total de casos de bacilíferos}) \times 100$
4.2.4 Implementar o sistema de informação de tuberculose enfatizando o preenchimento dos instrumentos de registro das informações.	Capacitar os profissionais de saúde das UPs em sistema de informação de tuberculose.	100% das UPs com pelo menos 1 profissional capacitado, até maio de 2011. Aumentar em 80% a completude das fichas Investigação Epidemiológica (FIE) e do Boletim de acompanhamento de casos do Sistema de Vigilância de TB no município, até maio de 2011;	Nº de profissionais de saúde das Ups capacitados em Sistema de informação de TB.	Nº de profissionais de saúde das Ups capacitados em Sistema de informação de TB.
			% de FIE de Tb analisadas quanto a sua completude bimensalmente.	$(\text{N}^\circ \text{ de FIE de Tb bimensal. Analisadas.} / \text{N}^\circ \text{ de FIE registradas}) \times 100$
	Realizar monitoramento bimensal da completude e da qualidade do preenchimento dos instrumentos do Sistema de Informação: (Fichas de Investigação Epidemiológica (FIE), boletim de acompanhamento e planilhas da Assistência Farmacêutica (AF).	Analisar 100% das notificações do SINANNET até, dezembro de 2011;	% de notificações do SINANNET analisadas.	$(\text{N}^\circ \text{ de notificações. de TB do SINANNET analisadas} / \text{N}^\circ \text{ total de notificações no SINANNET}) \times 100$
			Nº de vinculação realizada dos casos de transferência entre as UPs do município.	Nº de vinculação realizada dos casos de transferência entre as UPs do município
		100% dos casos que estão em uso dos tuberculostáticos para avaliação da Assistência Farmacêutica (AF) com os casos notificados no SINANNET, até dezembro de 2011.	% de casos de TB (SINANNET) que estão em uso de tuberculostáticos registrados na Assistência Farmacêutica (AF).	$(\text{N}^\circ \text{ de casos em uso de tuberculostáticos registrados pela AF} / \text{N}^\circ \text{ Total de casos notificados no SINANNET}) \times 100$

(Conclusão)

6 INDICADORES DE IMPACTO

O quadro abaixo refere-se aos efeitos acumulados deste projeto, onde poderá se observar se este plano teve alguma modificação positiva ou negativa da saúde da população.

Objetivos Específicos	Indicadores de Impacto	Cálculo
Aumentar em 50% a detecção precoce dos casos de TB através da busca de Sintomáticos Respiratórios entre pessoas privadas de liberdade em todas as UPs da Ilha de Itamaracá	% SR detectados na população carcerária	$(\text{N}^\circ \text{ de SR detectados nas UPs} / \text{Pop. de detentos das UPs}) \times 100$
	Taxa de incidência de TB bacilíferos nas UPs.	$(\text{N}^\circ \text{ de casos de TB bacilíferos nas UPs} / \text{Pop. de detentos. nas UPs}) \times 10.000$
Implementar o diagnóstico laboratorial da TB e da coinfeção Tb HIV dando ênfase ao fluxo, controle de qualidade e oferta.	Taxa de coinfeção TB/HIV nas UPs .	$(\text{N}^\circ \text{ de casos de coinfeção TB/HIV nas UPs} / \text{Pop. de detentos. nas UPs}) \times 10.000$
Ampliar a cobertura de TDO em casos de TB pulmonar positivo diagnosticados garantindo o monitoramento dos mesmos.	% de casos novos de Tb detectados sob TODO nas UPs.	$(\text{N}^\circ \text{ de SR detect. nas UPs} / \text{Pop. de detentos. nas UPs}) \times 10.000$
	% de cura entre os casos sob TDO nas UPs.	$(\text{N}^\circ \text{ de casos curados sob TDO nos privados de liberdade} / \text{Pop. de detentos. nas UPs}) \times 10.000$
	% de abandono entre os casos de TB sob TDO nas UPs.	$(\text{N}^\circ \text{ de casos de abandono entre os casos de TB sob TDO nos privados de liberdade} / \text{Pop. de detentos. nas UPs}) \times 10.000$
	Taxa de mortalidade nas UPs.	$(\text{N}^\circ \text{ de casos de óbitos de privados de liberdade com TB} / \text{Pop. de detentos nas UPs}) \times 10.000$
Implementar o sistema de informação de tuberculose enfatizando o preenchimento dos instrumentos de registro das informações.	Taxa de incidência de TB nas UPs	$(\text{N}^\circ \text{ de casos de TB nas UPs} / \text{Pop. de detentos. nas UPs}) \times 10.000$

Quadro 2 – Indicadores de Impacto.

8 VIABILIDADE E CONCLUSÃO

A viabilidade desse plano está garantida pela priorização da Tuberculose como problema de saúde pública por todos os níveis de governo e pela pactuação entre os seguimentos de governo, organizações da sociedade civil e não governamentais como SERES, Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Pastoral Carcerária e Conselho Municipal de Saúde. A sustentabilidade das ações do PCT está orçada no teto da Atenção Básica.

Considerando a tuberculose no sistema prisional ser uma “bomba relógio” no tempo, seu controle nestas instituições deve ser considerado como prioridade máxima por governantes, por toda a população, incluindo a comunidade carcerária.

A população alvo desse plano corresponde exatamente a parcela de indivíduos com desníveis sociais e variados graus de periculosidade, tornando-se imprescindível que todos tomem conhecimento sobre a complexa rede de relações entre detentos, trabalhadores do sistema penal e a comunidade uma vez que esta realidade não é percebida. Deste modo, *proteger a saúde dos que estão nos presídios pressupõe também a proteção dos que lá estão, já que, cedo ou mais tarde, este encontro acontecerá.*

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. Brasília, 2005

CAMPOS, H.S. Tuberculose: um perigo real e crescente. **Jornal Brasileiro de Medicina**, Recife, v.70, n.5, p.73-105, 1996.

COÊLHO, D. M. M. et al.. Perfil Epidemiológico da tuberculose no município de Teresina – PI, no período de 1999 a 2005. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 34-43, mar. 2010.

DALCOLMO, M. P.; KRITSKI, A. L. Tuberculose e co-infecção pelo HIV. **Jornal de Pneumologia**, Porto Alegre, v.19, n.1, p. 63-72, 1993.

ILHA DE ITAMARACÁ. Secretaria de Saúde. **Plano municipal de saúde da Ilha de Itamaracá**. Ilha de Itamaracá, 2010.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. O. Perfil epidemiológico da tuberculose entre casos notificados no município de Piriri, Estado do Piauí, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 7-14, jan./mar. 2005.

PABLOS-MENDEZ, A. et al. The relationship between delayed or incomplet treatment and all-cause mortality in patients with tuberculosis. **JAMA**, New York, v. 276, n. 15, p. 1223-8, oct. 1996

PALHETA, R. O. M. **Projeto de Implantação do Controle da Tuberculose nas Instituições Penais do Município de Salvador/BA**. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, 2002.

PERNAMBUCO. Secretaria Executiva de Ressocialização. **Plano diretor do sistema penitenciário Estado de Pernambuco**. Recife, 2010.

ROSEMBERG, J. **Tuberculose**. Panorama global, óbices para o seu controle. Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco, Recife: 2001.

RUFFINO-NETO, A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 51-8, jan./fev. 2001.

SANTOS, M. L. S. G. et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. **Texto e Contexto em Enfermagem**. Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 64-9, jan./mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tuberculose**: implantação do DOTS em algumas regiões do - OPAS/OMS. Geneva, 2002.

_____. **Status of tuberculosis in the 22 high: burden countries**. Geneva, 1999.