

**SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – PRMSC-
REDES/ESPPE**

**LINHAS DE CUIDADO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE
SERRA TALHADA – PE**

WAGNA SAMY ALVES DOS SANTOS

Orientadora: M.Sc Ana Claudia Araújo da Silva

Serra Talhada/PE

2018

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM
ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – PRMSC- REDES/ESPPE

LINHAS DE CUIDADO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE
SERRA TALHADA – PE

WAGNA SAMY ALVES DOS SANTOS

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde – PRMSC-REDES/ESPPE, como requisito para a obtenção do título de Sanitarista.

Orientadora: M.Sc Ana Cláudia Araújo da Silva.

Serra Talhada/PE

2018

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

S2371 Santos, Wagna Samy Alves dos.

Linhas de cuidados da tuberculose no município de Serra Talhada-PE. Serra Talhada-PE, 2018.

43f.il.

Orientador (a): Ana Claudia Araújo da Silva.

Monografia (Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde) –

Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE.

1. Tuberculose 2. Linhas de Cuidado 3. Saúde Pública
I.Título.

ESPPE / BNC

CDU – 616-002.5 (614)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

**LINHAS DE CUIDADO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE
SERRA TALHADA – PE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde – PRMSC-REDES/ESPPE, como requisito para a obtenção do título de Sanitarista.

Aprovada em ___/___/___

Banca Examinadora

M.Sc Ana Claudia Araújo da Silva. (ORIENTADORA)

Secretaria Estadual de Saúde de PE

Maria Eusemar Massena

Secretaria Estadual de Saúde de PE

Juliana Maria Oliveira Cavalcanti Marinho

Secretaria Estadual de Saúde de PE

RESUMO

Este estudo objetivou descrever a organização do Programa de Controle de Tuberculose - PCT e suas linhas de cuidado no município de Serra Talhada, através da identificação e descrição do processo de trabalho, do fluxo da rede de laboratório para tuberculose, além da verificação da existência de educação continuada para os profissionais de saúde e gestão. Para isso, a pesquisa foi realizada nas 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS's) da área urbana. Tratou-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa, sendo um recorte de uma pesquisa macro (Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase) cuja área são todos os 12 municípios sedes de Regional de Saúde de Pernambuco. A respeito do diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB, todas as unidades atendem casos de TB. Entretanto, apenas 11 (61,1%) realizam a baciloscopia de escarro (BK) na oportunidade da consulta, o que dificulta a confirmação do diagnóstico de modo oportuno. Sobre o fluxo de recolhimento da amostra de escarro, 16 UBS (88,8%) afirmaram que há esse caminho estabelecido. Impressos e Insumos referentes ao PCT disponíveis nas UBS's e necessários para um atendimento de qualidade, apenas 11 UBS (61,1%) possuem potes plásticos para coleta de BK. Quanto à educação permanente, apenas nove profissionais (50%) realizaram algum curso que contribuísse para a conduta correta no cuidado ao paciente. Os achados deste estudo reforçam a importância das avaliações na área pública, pelo potencial de possibilitar aos gestores e profissionais de saúde envolvidos nessa problemática a tomada de decisão e novas estratégias de intervenção, otimizando o planejamento e redefinição de prioridades para a melhoria da qualidade das ações desenvolvidas.

Palavras-chave: Tuberculose. Saúde Pública. Políticas de Saúde.

LISTA DE FIGURAS

Tabela 1 – Percentual de Impressos e Insumos referentes ao PCT disponíveis nas UBS's. Serra Talhada/PE, 2017.....	16
Tabela 2 – Percentual de informações sobre o Diagnóstico e Acompanhamento dos casos de Tuberculose nas UBS's. Serra Talhada/PE, 2017.....	18
Tabela 3 - Percentual das Normatizações Técnicas e Educação Permanente em Tuberculose, segundo profissionais das UBS. Serra Talhada/PE, 2017.....	19
Quadro 1 - Aspectos sobre o PCT, segundo gestão municipal. Serra Talhada, 2017.....	20
Tabela 4 - Dados referentes ao Laboratório municipal. Serra Talhada/PE, 2017.....	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Aspectos Gerais e Epidemiológicos da Tuberculose	8
1.2 Redes de Atenção à Saúde e as Linhas de Cuidado.....	9
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVOS	12
3.1 Objetivo Geral	12
3.2 Objetivos Específicos	12
4 METODOLOGIA.....	13
4.1 Área de estudo	13
4.2 Desenho do Estudo	13
4.3 Período do Estudo.....	14
4.4 Amostra do Estudo	14
4.5 Etapas do estudo	14
4.6 Coleta de Dados.....	14
4.7 Processamento e análise dos Dados	14
4.8 Aspectos éticos	15
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	16
6. CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais e Epidemiológicos da Tuberculose

A Tuberculose (TB) persiste como desafio para as lideranças, organismos políticos (internacionais e nacionais) e sociedade em geral. No Brasil, essa problemática permanece como uma das principais causas de morbimortalidade, principalmente entre pessoas com HIV, maior fator de risco para o desenvolvimento da tuberculose em pessoas previamente infectadas, e se agrava por conta da conjuntura dos países em desenvolvimento, permeada por altos índices de desigualdade social e pobreza, requerendo medidas eficazes para o seu controle, por meio do acesso e da qualidade dos serviços prestados ao paciente com TB (HIJJAR; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 2001, RUFINO-NETTO, 2001, BRASIL, 2014).

Segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (MS), esta doença:

[...] tem relação direta com a miséria e com a exclusão social. No Brasil, ela é uma doença que afeta, principalmente, as periferias urbanas ou aglomerados urbanos denominados de favelas e, geralmente, está associada às más condições de moradia e de alimentação, à falta de saneamento básico, ao abuso de álcool, tabaco e de outras drogas. (BRASIL, 2012).

Em 2014, foi aprovada na Assembleia Mundial de Saúde a Estratégia Global e Metas para a Prevenção, Atenção e Controle da Tuberculose pós-2015 – Estratégia pelo Fim da Tuberculose, que tem como visão “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose”, e como objetivo o “fim da epidemia global da doença”. As metas têm um prazo para cumprimento até o ano de 2035, sendo seu início em 2015, apresentam as seguintes finalidades: reduzir o coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil hab.; e a redução do número de óbitos por tuberculose em 95% (BRASIL, 2016).

O Brasil ocupa hoje o 20º lugar no ranking dos 30 países que concentram 80% dos casos de tuberculose no mundo. Surgem no Brasil, aproximadamente, 70.000 mil novos casos de pessoas infectadas com o *bacilo de Koch (BK)*, causador da TB. O Estado de Pernambuco está no 3º lugar em número de casos no Brasil, com cerca de 4.701 casos novos no ano de 2015 (BRASIL, 2016; PERNAMBUCO, 2016).

O país vem apresentando redução média anual de 1,2% desde 1990, atingindo em 2015 um coeficiente de 33,6/100 mil hab. A taxa de cura ainda se manteve abaixo da meta de 85%, tendo chegado, em 2014, a 75,1%. O abandono do tratamento ficou em 11,3% para o mesmo período. Em Pernambuco, a incidência de TB no ano de 2015 ficou em torno de 54/100 mil

hab., enquanto que a proporção de cura e abandono do tratamento, no mesmo período, foi de 69,7% e 9,7%, respectivamente. (BRASIL, 2015; PERNAMBUCO, 2016).

No município de Serra Talhada foram notificados 15 casos de tuberculose no ano de 2016 (SINAN, 2017). Esse indicador desperta para a importância da busca ativa como também a realização de outras etapas importantes na linha de cuidado do paciente com TB, denotando para uma problemática que é a realidade de muitos municípios – a subnotificação de casos, despertando para a importância de reforçar a articulação da rede quanto a busca ativa de sintomáticos respiratórios e de faltosos, acompanhamento dos contatos, diagnóstico precoce, tratamento, notificação das informações e monitoramento dos indicadores prioritários do presente agravo (BRASIL, 2017).

1.2 Redes de Atenção à Saúde e as Linhas de Cuidado

A estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é primordial para que se tenha uma estratégia de superação de modelos antigos de assistência à saúde. A atenção à saúde primada pelos princípios político-institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS) assegura ao usuário o acesso e a continuidade das ações e serviços de que necessita, sendo o cuidado de qualidade. A Portaria nº 4.279 de Dezembro de 2010 define a RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, em suas diversas complexidades, buscando garantir a integralidade do cuidado. Seu objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Já as linhas de cuidado definem as ações e serviços que devem ser desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção de uma rede e nos respectivos sistemas de apoio, fornecendo aos gestores e equipes, a possibilidade de prever um conjunto de atividades e procedimentos e estimar custos. Contribuem, ainda, para os processos de planejamento, programação e avaliação das ações à medida que se detalham as modalidades de atendimento e os procedimentos necessários ao cuidado (exames, tratamento etc.), prevenção e detecção precoce dos agravos. É importante analisar a atenção à saúde, focando a atenção primária como uma importante estratégia de gestão, pois pensar a oferta de saúde de maneira integral e correlacionada ao sujeito que dela necessita é primordial para alcançar a efetivação e o fortalecimento da saúde enquanto política de direito. A organização da atenção primária, para

tanto, é entendida como eixo estruturante do modelo de atenção à saúde (GONDIM, 2011).

Para que a atenção à saúde se efetive é necessário o compromisso de todos os agentes – gestores, profissionais e cidadãos no planejamento das ações, nas escolhas de prioridades, nas estratégias de implantação das ações, no cotidiano das práticas das equipes de saúde e, finalmente, na concepção de políticas adequadas à realidade locorregional. A gestão do cuidado, ligada diretamente a construção de uma rede, tem como objetivo a proteção integral do indivíduo, enxergando-o em sua totalidade (GONDIM, 2011).

Nesse sentido, é relevante descrever como se organiza o Programa de Controle de Tuberculose (PCT) municipal de Serra Talhada e o fluxo de atendimento nos serviços existentes no município aos pacientes de tuberculose, por meio da análise do processo de trabalho dos profissionais das unidades de saúde e do coordenador do programa, identificando também a integração das ações do PCT à rede de serviços de saúde do município.

2 JUSTIFICATIVA

Considera-se de grande relevância o conhecimento da organização das ações do Programa de Controle da Tuberculose e suas linhas de cuidados no município, com a finalidade de garantir ao paciente o acesso ao diagnóstico, acompanhamento adequado e conclusão com sucesso do tratamento, oferecendo-lhe toda a assistência necessária com uma rede de atenção resolutiva com uma concepção de complexidade específica para os diferentes tipos de serviços.

Diante do exposto, este estudo se propõe a descrever como se dá o funcionamento do PCT do município de Serra Talhada e a linha de cuidado à saúde para os pacientes desse agravo, sendo importante estratégia para o redimensionamento das ações e tomada de decisão.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever como se dá a organização do PCT e as linhas de cuidado da tuberculose no município de Serra Talhada.

3.2 Objetivos Específicos

No município de Serra Talhada:

- Identificar e descrever o processo de trabalho para tuberculose;
- Mapear o fluxo da rede de laboratório para tuberculose;
- Verificar a existência de educação continuada para os profissionais do município.

4 METODOLOGIA

4.1 Área de estudo

A pesquisa foi realizada nas 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS's) do município de Serra Talhada, sede da XI Gerência Regional de Saúde - GERES.

Localizado na Mesorregião do Sertão pernambucano, microrregião do Pajeú, distante 410 km da Capital do Estado, o município ocupa uma área de 2.980 km², abrange cerca de 9% do território do Estado, 289 km de Caruaru e 396 km de Petrolina. Limita-se ao norte: Estado da Paraíba; ao sul: Floresta; ao leste: Calumbi, Betânia e Santa Cruz da Baixa Verde e ao Oeste: São José de Belmonte e Mirandiba. Dispõe em sua territorialidade de 09 distritos: Distrito sede, Bernardo Vieira, Pajeú, Tauapiranga, Caiçarinha da Penha, Logradouro, Luanda, Santa Rita e Varzinha. Segundo dados do IBGE, Censo 2010, o município apresentava uma população de 79.232 habitantes com uma estimativa para 2016 de 84.970 pessoas (IBGE Cidades, 2016).

Serra Talhada se destaca como o 4º (quarto) pólo de desenvolvimento econômico do estado, nos últimos 15 anos vêm vivenciando uma mudança no cenário sócio político-econômico, destacando-se como a segunda cidade mais importante do sertão pernambucano devido aos avanços na educação, saúde e comércio, setor bancário, mediante iniciativas dos setores públicos e privados em geral, despertando nos municípios vizinhos a migração, em busca desses serviços e de uma melhor qualidade de vida (IBGE, 2016).

4.2 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa, que busca compreender a organização do Programa de Controle da Tuberculose no município de Serra Talhada, por meio da análise do processo de trabalho dos profissionais de saúde e gestão.

Esse estudo foi um recorte de uma pesquisa macro (Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase) cuja área são todos os 12 municípios sedes de Regional de Saúde de Pernambuco.

4.3 Período do Estudo

A pesquisa foi desenvolvida durante os meses de agosto a novembro de 2017.

4.4 Amostra do Estudo

A amostra foi composta pelos profissionais responsáveis pelo Programa de Controle da Tuberculose nas 18 UBS's estudadas, pertencentes à área urbana do município e pelo coordenador municipal do programa.

4.5 Etapas do estudo

Foi realizado um estudo descritivo, identificando o fluxo de laboratórios existentes, o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica e da gestão municipal de vigilância em saúde, além de verificação da existência de educação continuada para esses profissionais.

Para tanto, foram aplicados questionários semi-estruturados desenvolvidos e validados pela mesma equipe responsável pelo desenvolvimento da pesquisa macro (anexos 2 e 3).

4.6 Coleta de Dados

Os dados primários da pesquisa foram coletados por meio de entrevistas dirigidas, com aplicação de questionários semi - estruturados (Anexos 2 e 3), mediante leitura e assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

4.7 Processamento e análise dos Dados

Inicialmente foi feita revisão dos questionários para identificar a completude dos dados, visando à qualidade da informação. Os dados coletados foram estruturados por meio de uma ferramenta do GOOGLE (Google Forms), e posteriormente analisados com a utilização do Software Microsoft Excel® versão 2007. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos. A discussão foi subsidiada por meio da análise dos dados como também embasadas nas normatizações que servem de parâmetros para que o PCT possa funcionar de maneira

eficiente e eficaz.

4.8 Aspectos éticos

O projeto macro deste estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Agamenon Magalhães para avaliação segundo as normas da Resolução n.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo aprovação e número do CAAE 69990417.0.0000.5197 (BRASIL, 2016).

Foram respeitados os princípios bioéticos assim como o sigilo e anonimato dos voluntários. Os entrevistados leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Organização do Programa de Controle de Tuberculose nas Unidades Básicas de Saúde

Foram estudadas as dezoito unidades básicas de saúde pertencentes a área urbana do município. Em todas, o profissional responsável pelas atividades do PCT são enfermeiros, aos quais foram aplicados os instrumentos de coleta de dados da pesquisa.

Com relação aos impressos e insumos necessários para um atendimento de qualidade, dispostos na tabela 1, pode-se destacar a questão dos potes plásticos para coleta de baciloscopia (BK) de escarro, em que, apenas 11 UBS (61,1%) disponibilizavam o recipiente. Este é necessário para a fase inicial da pesquisa da doença, que compreende coleta, conservação e transporte do escarro - responsabilidade da unidade - e que deve ser realizado na oportunidade da consulta, como também deve ser solicitado o BK de controle para os pacientes em tratamento (BRASIL, 2010). O fato de apenas 14 (77,8%) das unidades possuírem a ficha de encaminhamento para referência secundária/terciária pode ser preocupante, pois demonstra um desconhecimento em relação a esse tipo de assistência por parte da unidade.

Tabela 1 – Percentual de Impressos e Insumos referentes ao PCT disponíveis nas UBS's. Serra Talhada/PE, 2017

Impressos e Insumos para o PCT	%
Ficha de Notificação e investigação de tuberculose (SINAN)	100,0%
Livro de Registro de Sintomático Respiratório	100,0%
Possuem Impresso de Controle de Contatos	100,0%
Ficha de Acompanhamento da tomada diária da medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO)	94,4%
Possuem Ficha de Notificação da Infecção Latente da Tuberculose	94,4%
Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose	100,0%
Possuem potes plásticos para coleta de exames de baciloscopia de escarro	61,1%
Possuem Ficha de investigação de óbito	72,2%
Possuem Ficha de caso suspeito de tuberculose	88,9%
Possuem ficha de encaminhamento para referência secundária/terciária	77,8%
Possuem esquema básico para tratamento de TB	50,0%
Possuem Isoniazida para tratamento da ILTB?	0,0%

Fonte: Autoria própria. Dados coletados em 2017.

A respeito do diagnóstico e acompanhamento dos casos de tuberculose, todas as unidades atendem casos de TB. Entretanto, apenas 11 unidades (61,1%) (Tabela 2) realizam a baciloscopia de escarro (BK) na oportunidade da consulta, fato que dificulta, de certa forma, a confirmação do diagnóstico de modo oportuno. A coleta realizada oportunamente permite a confirmação ou não do diagnóstico e conseqüentemente um tratamento mais ágil (BRASIL, 2011).

Sobre o fluxo de recolhimento da amostra de escarro, 16 unidades (88,8%) (Tabela 2) afirmaram que há esse caminho estabelecido. Segundo o Manual de Recomendações para o Controle de TB, o fluxo de recolhimento deve ser estabelecido como rotina, incluindo profissionais responsáveis a orientar o paciente para a adequada coleta de escarro, local adequado para este procedimento, encaminhamento dos exames e recebimento dos resultados, transporte da amostra e condições adequadas de armazenamento (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014). Além disso, o PCNT prevê a execução de tal procedimento para todos os casos sintomáticos atendidos, o que proporciona o diagnóstico precoce, evitando a alta prevalência da doença (CLEMENTINO, 2016).

Outro fator relevante é a realização da busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR), em que, apenas 12 (66,6%) das unidades afirmaram conhecer a estimativa de SR de sua área de abrangência (tabela 2). O conhecimento dessa estratégia permite a identificação precoce de pessoas com tosse superior a três semanas. Esse público é considerado suspeito de TB pulmonar – casos bacilíferos. A busca ativa deve ser realizada de maneira permanente principalmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão e reduzir a incidência da doença em longo prazo. (BRASIL, 2011).

Um aspecto que merece destaque é a implantação do Teste Rápido de HIV em todas as unidades básicas do município, o que favorece o diagnóstico precoce em especificidades da associação da TB e infecção pelo HIV, sendo preconizado pelo Ministério da Saúde o teste para todos os pacientes com tuberculose (BRASIL, 2011).

Um ponto positivo encontrado no município foi a disponibilização do exame de Raios-X para os pacientes, conveniado ao município. Estudos conduzidos por Sánchez et al. (2005, 2007, 2009) demonstraram que o rastreamento radiológico apresentou melhor rendimento do que aquele baseado apenas na presença de tosse.

Ao serem questionadas sobre a realização do Tratamento Diretamente Observado (TDO), todas as UBS' s afirmaram realizá-lo. Essa estratégia se constitui em uma mudança

na forma de administrar os medicamentos, porém sem mudanças no esquema terapêutico. O TDO está previsto em todos os documentos relativos ao controle da doença (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010; BRASIL, 2011), baseado em cinco pilares: esquemas de tratamento padronizados e diretamente supervisionado, pelo menos uma vez por semana durante o primeiro mês de tratamento; aquisição e distribuição regular de medicamentos; criação de um eficiente sistema de informação; ações de busca de sintomático respiratório, com retaguarda laboratorial; e compromisso político (AMARAL, 2010; BRASIL, 2015).

Tabela 2 – Percentual de informações sobre o Diagnóstico e Acompanhamento dos casos de Tuberculose nas UBS's. Serra Talhada/PE, 2016

Diagnóstico e acompanhamento dos casos de TB	%
Atende casos de Tuberculose	100%
A coleta da baciloscopia (BK) de escarro é realizada na oportunidade da consulta	61,10%
Existe fluxo de recolhimento da amostra	88,80%
Solicita BK para os pacientes com TB	100%
Realiza TDO	100%
A consulta de acompanhamento do paciente é mensal	100%
Solicita Teste de HIV	100%
Possui Teste Rápido de HIV implantado	100%
O município dispõe de serviço de Raio X	100%
Raio X disponibilizado om laudo	100%
É realizado acompanhamento de contatos	100%
Utiliza o Formulário de Controle de contatos	100%
Recebe o Boletim de Acompanhamento	88,80%
Conhece os critérios para solicitação do PPD	88,80%
Realiza notificação de ILTB na Unidade	83,30%
Realiza busca ativa de sintomáticos respiratórios (SR)	100%
Conhece a estimativa de SR	66,60%
Realiza busca ativa de faltosos	100%
O número de consultas por especialidade é suficiente para o atendimento dos casos de TB, no(s) serviço(s) de referência	66,60%

Fonte: Autoria própria. Dados coletados em 2017.

Ao serem analisadas as questões sobre normatizações técnicas e educação permanente, algumas fragilidades foram encontradas. Sendo verificado que somente em 16 (88,9%) UBS's (Tabela 3) os profissionais afirmaram conhecer todas as normatizações técnicas, instrumentos importantes que norteiam as ações de controle e prevenção da TB. Quanto à educação permanente, apenas nove profissionais (50%) (Tabela 3) realizaram algum curso que contribuísse para a conduta correta no cuidado ao paciente com TB. Conteúdos sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica ou gestão desse agravo são imprescindíveis para fortalecer as ações de prevenção e controle da TB. Nesse contexto, as secretarias municipais de saúde devem se responsabilizar pelas ações de vigilância epidemiológica e sanitária, pela contratação e controle dos serviços de referência sob sua gestão, no monitoramento e avaliação, na elaboração de protocolos e normas, e na capacitação das equipes de saúde (BRASIL, 2010).

Tabela 3 - Percentual das Normatizações Técnicas e Educação Permanente em Tuberculose, segundo profissionais das UBS. Serra Talhada/PE, 2017

Normatizações Técnicas e Educação Permanente	%
Conhece o Manual de Recomendações para o controle da Tuberculose no Brasil	100%
Manual do Tratamento diretamente Observado (TDO)	100%
Nota Informativa nº 08/14, Ministério da Saúde (MS)	94,40%
Nota Técnica nº 32/14, MS	94,40%
Participou de algum curso sobre Diagnóstico, Vigilância Epidemiológica da TB nos últimos 2 anos	50%

Fonte: Autoria própria. Dados coletados em 2017.

5.2 Gestão do Programa de Controle da Tuberculose – PCT

Por ser um município de médio porte, Serra Talhada dispõe do PCT para melhor organizar a rede de cuidado de TB. O programa possui um profissional que responde pelas atribuições da coordenação, além de um técnico de nível médio, ambos com carga horária de 40 horas semanais. Há um espaço físico específico e computador apropriados para o desenvolvimento das ações, além de um veículo, compartilhado com outros setores.

Com relação a normatizações técnicas (manuais e notas técnicas) que definem as atribuições do programa, a coordenação afirmou conhecê-las, além de informar que os materiais educativos sobre TB são distribuídos em toda a RAS. Nesse sentido, a maneira como esse programa conduz os processos de gestão dessa rede pode fortalecer ou não a linha de cuidado ao paciente, uma vez que essa mesma gestão deve monitorar a interação da rede fazendo com que toda essa estrutura se comunique. É papel da gestão municipal estabelecer a UBS como eixo estruturante e norteador dos serviços, garantindo o acesso, reordenando o fluxo de atendimento a pessoa com suspeita de TB, acesso aos exames de diagnóstico e o tratamento adequado, incluindo o TDO (BARRETO, 2012).

Cabe ao PCT municipal planejar ações de monitoramento de forma integrada, acompanhar os principais instrumentos de gestão como o Contrato Organizativo de Ação Pública – COAP e o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde – PQAVS, além de pactuar indicadores junto às unidades de saúde que atendem os casos de TB, sendo afirmado pela gestão fazê-los, ao ser questionado (BRASIL, 2011).

Para que haja uma adequação das atividades em saúde no controle da TB, mostra-se como essencial a administração político-gerencial, a capacitação dos profissionais para o manejo e operacionalização do TDO, a intersectorialização, a consolidação e análise dos dados suscitados pelo sistema de informação, que subsidiam o planejamento, o monitoramento e a avaliação do programa (BRASIL, 2011). Este, por sua vez, vem sendo executado de forma eficiente no município, como se pode visualizar no quadro 1.

Outro aspecto importante que deve ser acompanhado pela gestão é a organização do fluxo de referência e contrarreferência no município, reordenando o fluxo da rede (unidades básicas, referência secundária e laboratório) para ampliação das estratégias de enfrentamento como diagnóstico oportuno e o fortalecimento e descentralização das ações de TB para atenção básica (MOTA 2015; CLEMENTINO 2016).

Quadro 1- Aspectos sobre o PCT, segundo gestão municipal. Serra Talhada, 2017

PLANEJAMENTO INTEGRADO	SIM	NÃO
Monitora os principais instrumentos de gestão (COAP, PEFAP, PQAVS)	X	
Realiza reuniões integradas com outras áreas técnicas da gestão	X	
Realiza o Planejamento das ações	X	
Realiza o monitoramento e o acompanhamento deste planejamento	X	
Os indicadores de TB são pactuados com as unidades de saúde que atendem os casos (PACS, ESF, Unidade de Referência)	X	
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	SIM	NÃO
Realiza análise de completude, consistência e duplicidade	X	
Monitora e analisa (construção de indicadores) os principais indicadores epidemiológicos e operacionais	X	
O boletim de acompanhamento do SINAN é enviado para as unidades		X
Realiza o cruzamento do banco de dados (SIM, SINAN TB, SINAN HIV/AIDS)		X
Calcula o número de SR do município (1% da população)	X	
ORGANIZAÇÃO DA REDE E SERVIÇOS	SIM	NÃO
O município dispõe de serviço de referência secundária	X	
O fluxo de encaminhamento é divulgado entre os profissionais da rede	X	
Possui Raio X	X	
Possui Laboratório para realização de BK de escarro	X	
Solicita teste de HIV	X	
Teste rápido HIV implantado	X	
Conhece os critérios para solicitação de Cultura	X	
Algum profissional na rede que realiza o PPD		X
Possui GAL implantado	X	
O coordenador participou de algum curso sobre Diagnóstico, Vigilância Epidemiológica ou Gestão da TB nos últimos 5 anos		X

Fonte: Autoria própria. Dados coletados em 2017.

Segundo o Plano Nacional pelo fim da TB compete ao PCT: executar as ações para o controle da TB localmente e supervisionar/ monitorar no nível central do município; realizar articulações intersetoriais e intrasetoriais que possam fortalecer as ações de controle dessa doença; monitorar os indicadores epidemiológicos, bem como acompanhar o cumprimento de metas propostas nos instrumentos de gestão do SUS; coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios no município; notificar, no SINAN, os casos de TB, bem como monitorar o paciente durante todo o tratamento, garantindo a geração de boletins de acompanhamento mensal; analisar e divulgar informações epidemiológicas por meio de boletins e informes e utilizá-las para fins de definição de prioridades, planejamento, monitoramento, avaliação, bem como para o fortalecimento da transparência ativa e do controle social; realizar visitas de monitoramento das ações de controle da tuberculose aos serviços de saúde dentre outros. No entanto, em alguns desses aspectos, o PCT municipal não está de acordo com essas normas (BRASIL, 2017).

Ainda segundo informações adquiridas pelo coordenador, a rede local possui o Gerenciador de Ambiente Laboratorial – GAL, implantado. Esse sistema de informação monitora e controla os exames laboratoriais e proporciona o gerenciamento das etapas de realização dos mesmos como também emite relatórios com os dados obtidos nos resultados (BRASIL, 2015). Há, no município, um profissional responsável para visualizar esse sistema e emitir os resultados, mas ainda não realizam análises epidemiológicas.

Sobre o monitoramento e avaliação, a gestão informou que o Boletim de acompanhamento do SINAN não é enviado para as unidades, e não realiza o cruzamento do banco de dados (SIM, SINAN TB, SINAN HIV/AIDS). Esses dados remetem para uma fragilidade em relação à comunicação intersetorial, evidenciando uma contradição entre o que estabelece a norma técnica e a operacionalização no contexto local. O Boletim de Acompanhamento é um instrumental que deve ser enviado mensalmente às UBS's – unidades responsáveis pelo tratamento TDO, para que atualizem os dados dos pacientes. Além disso, a ausência de formação continuada por parte da gestão reforça a importância de se implementar uma política de educação permanente voltada especificamente para a TB (BRASIL, 2011).

Serra Talhada disponibiliza um Laboratório, onde são realizados a baciloscopia de escarro (a pesquisa do bacilo álcool-ácido resistente – BAAR), existindo assim, um fluxo de recolhimento do material para análise. O resultado deste exame, segundo informações coletadas, é recebido entre 3 a 7 dias. Segundo Vitti Junior (2013), este fato favorece o

desenvolvimento das ações de controle em tempo oportuno. Os exames de Teste Rápido Molecular (TRM-TB) e Cultura de escarro não são realizados neste laboratório, como pode ser observado na Tabela 4.

A prova tuberculínica – PT consiste na inoculação intradérmica de um derivado protéico do *M. tuberculosis* para medir a resposta imune celular a estes antígenos. É utilizada, em adultos e crianças, para o diagnóstico de infecção latente pelo *M. tuberculosis* (ILTb). A cultura é um método de elevada especificidade e sensibilidade no diagnóstico da TB sendo indicada nos casos de suspeita clínica e/ou radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa; suspeitos de TB com amostras paucibacilares (poucos bacilos); suspeitos de TB com dificuldades de obtenção da amostra (por exemplo, crianças); suspeitos de TB extrapulmonar; e casos suspeitos de infecções causadas por micobactérias não tuberculosas – MNT. No município, esse teste é disponibilizado apenas na Regional de Saúde (BRASIL, 2011; BRASIL, 2014).

A população serra-talhadense dispõe de serviços de saúde ofertados por um Hospital Regional, um Centro Municipal de Saúde com diversas especialidades no qual se encontra a referência secundária para TB. No laboratório municipal, segundo dados coletados, a equipe dispõe de manuais e cartilhas que orientam os profissionais para uma boa adequação na realização de exames. Estes passam pelo controle de qualidade, fundamental para a garantia do diagnóstico. Não há profissional com treinamento para realização de Cultura de Micobactérias.

Tabela 4: Dados referentes ao Laboratório municipal. Serra Talhada/PE, 2017

Laboratório	SIM	NÃO
Realiza baciloscopia de escarro	X	
Possui livro de registro de resultados de exames de TB	X	
Envia as lâminas de baciloscopia para o controle externo de qualidade (CEQ)	X	
Realiza a liberação do laudo pelo GAL	X	
Realiza o TRM-TB		X
Realiza Cultura de Micobacterias		X
Possui cartilha de orientações de coleta de escarro	X	
Possui o Manual de TB – Diagnostico Laboratorial – Baciloscopia – TELELAB/MS	X	
Possui o Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da TB e outras micobactérias	X	
Realizou treinamento sobre a baciloscopia	X	
Realizou treinamento sobre Cultura de micobactérias		X
Realizou treinamento sobre o GAL	X	

Fonte: Autoria própria. Dados coletados em 2017.

Conforme dados do coordenador, há um fluxo organizado de encaminhamento do material coletado para o laboratório, em acordo com os demais serviços, inclusive sendo responsabilidade destes o encaminhamento das amostras. Além disso, possuem o Livro de Registro de resultado de exames para o diagnóstico e controle de TB.

Segundo o Protocolo de enfermagem sobre o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da tuberculose na atenção básica, a notificação de casos é também obrigação dos laboratórios, estes, além de enviar a lista dos casos com baciloscopia ou cultura positiva para diagnóstico imediatamente ao serviço que atendeu o doente, devem, no prazo máximo de uma semana, notificar os casos confirmados bacteriologicamente aos responsáveis pela vigilância epidemiológica municipal. Os laboratórios precisam também informar aos responsáveis pela vigilância epidemiológica municipal sempre que houver resultado de resistência a qualquer medicamento (BRASIL, 2011b)

Para que as atividades desenvolvidas assegurem o acesso e a qualidade dos serviços prestados ao paciente com TB é necessário a continuidade da assistência, permitindo a organização dos fluxos do usuário entre os diversos pontos da rede de atenção. Isso se dá desde o acesso até o tratamento, resultando na cura. A falha de comunicação observada em alguns momentos entre a gestão do programa e os demais serviços de saúde contraria a concepção de um sistema organizado em rede e da integralidade como princípio doutrinário do SUS (GONDIM, 2011).

6. CONCLUSÃO

O estudo evidenciou algumas falhas no desenvolvimento das ações do PCT, e que essas ações devem se consolidar às estratégias da Atenção Básica de maneira mais uniforme, pois a ampliação da articulação intra e intersetorial é essencial para que haja um melhor desempenho da rede no cuidado ao paciente com TB.

A gestão do PCT tem uma função relevante no que concerne à sua operacionalização, visto que o funcionamento adequado dos serviços pode ser analisado por meio de monitoramento e avaliações periódicas, sendo, ainda, um desafio para a coordenação.

Diante do exposto, os achados deste estudo reforçam a importância das avaliações na área pública, pelo potencial de possibilitar aos gestores e profissionais de saúde envolvidos nessa problemática, fornecer informações que possam auxiliar na reflexão, tomada de decisão e novas estratégias de intervenção; otimizando o planejamento e redefinição de prioridades para a melhoria da qualidade das ações desenvolvidas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, PF; FAUSTO, MCR; GIOVANELLA, L. **Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégias para potencializar a coordenação dos cuidados**. Rev. Panam Salud Publica 2011; 29(2):84-95.

AMARAL, AS; TAMAKI, EM; SALES, CM; RENOVATO, RD. **Avaliação da descentralização do programa de controle da tuberculose do nível secundário para o nível primário do sistema de saúde de Dourados -MS**. Saúde Soc. 2010. Out-Dez; 19(4):794-802.

BARRÊTO, AJR; SÁ, LD; NOGUEIRA, JÁ; et al. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 17, núm. 7, Júlio, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral de Doenças Endêmicas. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 43p.

_____. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. In: Legislação em saúde no sistema penitenciário**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c:128-145.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 18 jan.2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 168 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico: Especial Tuberculose**. Volume 43. Março – 2012. [Internet]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/4471/787/Boletim-Epidemiologico.html>. Acesso em: 03 fev. 2018

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Tuberculose no Brasil: realidade e perspectivas.** Volume. 43. Nº 1 – 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileira frente à tuberculose.** Vol. 46. Nº 9 – 2015.

CLEMENTINO FS; MARCOLINO EC; GOMES LB; GUERREIRO JV; MIRANDA FAN. **Ações de Controle da Tuberculose: análise a partir do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Texto Contexto Enferm, 2016; 25(4):e4660015.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 21 fev. 2018

DYE, C., BASSILI, A., BIERRENBACH, A.L., BROEKMANS, J.F., CHADHA, V.K., GLAZIOU, P., et al. **Measuring tuberculosis burden, trends and the impact of control programmes.** 2013. Supporting online material. Disponível em: http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/meetings/lid_measuring_tb_burden_supportingmaterial.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE Cidades. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/serra-talhada/panorama>.

HIJJAR, Miguel Aiub; OLIVEIRA, Maria José Procópio Ribeiro de; TEIXEIRA, Gilmário M. **A tuberculose no Brasil e no mundo.** Bol. Pneumol. Sanit. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 9-16, dez. 2001. Disponível em <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103460X2001000200003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 jan. 2018.

GONDIM, R. GRABOIS, V. MENDES JWV, (Organizadores). **Qualificação dos Gestores do SUS.** 2. ed. Rio de Janeiro-RJ: Fiocruz/ENSP/EAD; 2011. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=12545&Tipo=B>.

MOTTA, RRA; DAVID, HMSL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar.** Rev Enferm UERJ [Internet]. 2015 [cited 2015 Jun 10]; 23(1):122-7. Available from: <http://www.facenf.uerj.br/v23n1/v23n1a20.pdf>

PAIXÃO, Lúcia Miana M. GONTIJO, Eliane Dias. **Perfil de casos de tuberculose notificados e fatores associados ao abandono,** Belo Horizonte, MG. Rev. Saúde Pública 2007;41(2):205-13.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.

Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), 2016.

RUFFINO-NETTO, A. **Programa de Controle de Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas.** Informe Epidemiológico do SUS, 2001: 129-138.

_____. **Tuberculose: a calamidade negligenciada.** Rev. Soc. Bras. Med. Trop. [serial on the Internet]. Fev. 2002.

SANCHEZ, A. et. al **Prevalence of pulmonary tuberculosis and comparative evaluation of screening strategies in a Brazilian prison.** *Int J. Tuberc. Lung Dis.*, v. 9, n.6, p. 636-639. 2005.

SANCHEZ, A.R. et. al. **Screening for tuberculosis on admission to high endemic prisons? The case of Rio de Janeiro State prisons.** *Int J. Tuberc. Lung Dis.*, v. 13, n.10, p. 1247-1252. 2009

SANCHEZ, A.R. **Tuberculose em população carcerária do Estado do Rio de Janeiro: prevalência e subsídios para formulação de estratégia de controle.** [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

VITTI JUNIOR, W. **O controle da tuberculose nos presídios: atuação das equipes de saúde na região (DRS VI) de Bauru/SP.** – Botucatu : [s.n], 2013. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Tuberculosis Report 2015**

APÊNDICES

APÊNDICE 1- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
ESCOLA DE GOVERNO DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM
ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE – PRMSC- REDES/ESPPE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Para maiores de 18 anos ou emancipados - resolução 510/16)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (LINHAS DE CUIDADO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA - PE), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador Wagner Alves dos Santos, residente à rua Manoel Andreino Nogueira, CEP: 56.900-000. Fone: (87) 99936-4502, E-mail: walvesamy@hotmail.com. E está sob a orientação de: Ana Claudia Araújo da Silva, Telefone: (81) 99524-9562, e-mail: claudiaaraujo1987@hotmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhes sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

A pesquisa tem como objetivo descrever como se dá a organização do PCT e as linhas de cuidado da tuberculose no município de Serra Talhada.

A coleta de dados primários será realizada por meio de entrevistas dirigidas e os dados secundários serão coletados a partir de base de dados dos sistemas de informações referentes ao Programa de Controle de Tuberculose (ano de 2017). O período de participação do voluntário se resume ao momento da entrevista, sendo realizada em visita única.

Por se tratar de estudo que emprega técnicas e métodos retrospectivos de pesquisa, e por não se realizar nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas

ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam no estudo, os riscos aos entrevistados são mínimos, podendo, entretanto, ocorrer desconforto do entrevistado para responder ao questionário. Como forma de amenizar esse risco destacamos que será garantido ao entrevistado:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo à sua pessoa, nem custo algum ao participante.
3. A segurança de que não será identificado (a) em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação prestada.
4. O seu nome não estará presente no banco de dados a ser criado, a partir dos resultados desta pesquisa.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas), ficarão armazenados em pastas de arquivo, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da HAM no endereço: (Estrada do Arraial, 2723 CEP: 52.051-380 . Tel.: (81)3184-1769 – e-mail: : cepham@hotmail.com).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo

em participar do estudo LINHAS DE CUIDADO DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA - PE, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

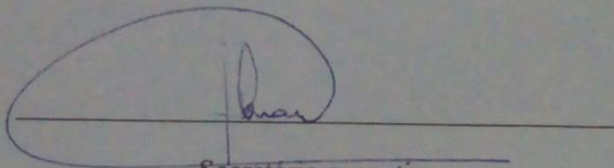
ANEXOS**Anexo 1**

Serra Talhada, 25 de Julho de 2017.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa **Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias – Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco** sob a responsabilidade da pesquisadora **Danyella Kessea Travassos Torres de Paiva**, irá realizar no âmbito do município de Serra Talhada e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento do projeto.

Sendo assim, autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.



Secretário executivo

Anexo 2

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco

INSTRUMENTO 5 – PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DOS PACIENTES COM TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

DATA: ____/____/____

Município: _____

PSF:

ESTRUTURA

Impressos e Insumos

1. Os seguintes impressos e insumos estão disponíveis em quantidade suficiente para o atendimento dos casos de tuberculose?

<i>Impressos e insumos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
1. Ficha de Notificação e investigação de tuberculose (SINAN)				
2. Livro de Registro de Sintomático Respiratório				
3. Impresso de Controle de Contatos				
4. Ficha de Acompanhamento da tomada diária da medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO)				
5. Ficha de Notificação da Infecção Latente da Tuberculose				
6. Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose				
7. Potes plásticos para coleta de exames de baciloscopia de escarro				
8. Ficha de investigação de óbito				
9. Ficha de caso suspeito de tuberculose				
10. Ficha de encaminhamento para referência secundária/terciária				
11. Esquema básico para tratamento de TB				
12. Isoniazida para tratamento da ILTB				

ESTRUTURA

Normatização

2. Você conhece as normatizações técnicas (Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, Manual do TDO, Nota informativa n.º 08/14 MS contatos/ILTB/PPD, NT n.º32/14 coleta de escarro/critérios de cultura) que definem as atribuições do Programa?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

Se sim, quais? 1. () Manual de recomendações para o controle da tuberculose no

Brasil 2. () Manual do TDO 3. () Nota informativa n.º 08/14
MS contatos/ILTB/PPD 4. () NT n.º 32/14 coleta de escarro/critérios de cultura

3. Os materiais educativos sobre tuberculose (cartazes, panfletos, cartilhas, álbum seriado) são suficientes para serem distribuídos na rede?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento Técnico

2. Recebe a visita de monitoramento do coordenador do município?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

3. Participa de reuniões de discussão de indicadores?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento técnico

Diagnóstico e Acompanhamento

4. Atende casos de tuberculose?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

5. Caso não, por qual motivo:

1. () ausência de pacientes nesta condição 2. () todos casos suspeitos são encaminhados diretamente ao especialista 3. () Outro

6. Poderia descrever como realiza o diagnóstico dos casos suspeitos de tuberculose? (Descrever o fluxo de atendimento) _____

7. A coleta de baciloscopia de escarro é realizada na oportunidade da consulta?

1. () Sim 2. () Não

8. Existe fluxo de recolhimento de amostra de baciloscopia de escarro?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

9. Se Sim, descreva:

1. () Serviço de transporte recolhe as amostras nas unidades

2. () Os profissionais das equipes são responsáveis por entregar as amostras nos laboratório

3. () O paciente entrega a baciloscopia diretamente no laboratório

4. () Outro: _____

10. Em quantos dias recebe o resultado da baciloscopia de escarro?

1. () menos de 3 dias 2. () 3-7 dias 3. () 7-10 dias 4. () mais de 10 dias

11. Solicita baciloscopia de escarro de controle para os pacientes com tuberculose?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

12. Realiza TDO dos pacientes em acompanhamento?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe
13. A consulta de acompanhamento do paciente é mensal?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe
14. Solicita teste de HIV?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe
15. Possui TR HIV implantado?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe
16. Conhece os critérios para solicitação de cultura?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe
1. Retratamento 2. BK+ a partir do 2.º mês de tratamento 3. HIV+ 4. Pop. especiais
17. Com quanto tempo recebe o resultado da cultura?
1. menos de 45 dias 2. 46-60 dias 3. 61-75 dias 4. mais de 75 dias
18. O município dispõe de serviço de Raio X?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe
19. O Raio X é disponibilizado com laudo?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe
20. Em quantos dias recebe o resultado do Raio X?
1. 24 hs 2. 2-7 dias 3. > 7 dias
21. É realizado o acompanhamento de contatos?
1. Sim, sempre 2. Sim, algumas vezes 3. Não 4. Não sabe
22. Utiliza o formulário de controle de contatos?
1. Sim 2. Não
23. Recebe o boletim de acompanhamento?
1. Sim 2. Não
24. Conhece os critérios para solicitação de PPD?
1. Sim 2. Não
25. Realiza a notificação de ILTB na unidade?
1. Sim 2. Não
26. Realiza busca ativa de sintomáticos respiratório?
1. Sim, sempre 2. Sim, algumas vezes 3. Não 4. Não sabe
27. Conhece a estimativa de SR da sua unidade?
1. Sim 2. Não

28. Realiza busca ativa de faltosos?
1. Sim, sempre 2. Sim, algumas vezes 3. Não 4. Não sabe
29. Conhece o fluxo de encaminhamento para a referência e contra-referência para as unidades secundárias e/ou terciárias?
1. sim 2. não
30. O número de consultas por especialidade é suficiente para o atendimento dos casos de tuberculose, no(s) serviço(s) de referência?
1. Sim 2. Não 3. Não sabe
31. Possui casos de TBMR ou possuiu no último ano?
1. Sim 2. Não
32. O acompanhamento é compartilhado com a referência terciária?
1. sim 2. não
33. Onde realiza a medicação injetável para TBMR?
1. USF 2. Policlínica 3. Hospital 4. Outro, especificar

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Informação e Mobilização da comunidade

34. Realiza atividades educativas abordando temas relativos à prevenção e controle da tuberculose com usuários do serviço e/ou comunidade?
1. Sim, com ambos 2. Sim, com a comunidade 3. Sim, com os usuários do serviço
4. Não 5. Não sabe
35. Caso sim, qual a frequência?
1. Quinzenalmente 2. Em campanha anual 3. Semanalmente 4. Mensalmente
5. outro
36. Quais as estratégias educativas utilizadas com mais frequência?
1. Orientação individual 2. Atividade em grupo 3. Campanhas 4. Ações em escolas, igrejas, associações de bairro
37. Distribui materiais educativos sobre tuberculose (Cartazes, Panfletos, Cartilhas) nesta Unidade?
1. Sim 2. Não
38. Conhece o Programa municipal Saúde na Escola?
1. Sim 2. Não
39. Caso sim, fale um pouco das atividades que realizou e se houve alguma dificuldade? _____

40. Existe alguma estratégia inovadora que a unidade vem realizando nos últimos anos?

1. Sim 2. Não

Fale um pouco sobre ela

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Educação Permanente

41. Você participou de algum curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica da tuberculose nos últimos 2 anos?

1. Sim 2. Não 3. Não lembra

42. A realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta com relação à condução da tuberculose na unidade?

1. Sim 2. Não 3. Não Sabe

43. Você poderia apontar facilidades e dificuldades enfrentadas para a implementação das ações da tuberculose neste serviço?_____.

Anexo 3

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: Rede de Cuidado das Doenças Transmitidas por Micobactérias Tuberculose e Hanseníase no Estado de Pernambuco

INSTRUMENTO 4 – PROFISSIONAL RESPONSÁVEL (COORDENADOR) PELO PROGRAMA DE TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO

DATA: ____/____/____

Município: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: () F () M

Formação: _____

Tempo de formado (em anos): _____

Pós-graduação: () sim () não Qual área?

() especialização () residência () mestrado () doutorado. Ano de conclusão do maior título: _____

ESTRUTURA

Recursos Humanos

1. O Programa possui profissional que responde pelas atividades da Coordenação?
1. () Sim 2. () Não
2. Se sim, qual a carga horária deste profissional?
() 20 horas () 30 horas () 40 horas
3. Qual a composição da equipe?

Profissionais	Quantitativo	Carga horária
Técnicos de nível superior		
Técnico de nível médio		

ESTRUTURA

Espaço Físico

4. Existe um local específico para o desenvolvimento do PCT?
1. () Sim 2. () Não

ESTRUTURA

Veículos e equipamentos

5. Possui veículo para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose?
1. () Sim 2. () Não 3. () Não Sabe
6. Se sim, qual modalidade?
1. () exclusivo 2. () compartilhado com outros setores 3. () não sabe

7. Existem computadores conectados à internet em número suficiente e adequados para as ações do serviço?
1. () Adequados e suficientes 2. () Suficientes, mas não adequados 3. () Adequados, mas não suficientes 4. () Não sabe

ESTRUTURA

Impressos e Insumos

8. Os seguintes impressos e insumos estão disponíveis em quantidade suficiente para o atendimento dos casos de tuberculose nas Unidades de Saúde do município?

<i>Impressos e Insumos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
13. Ficha de Notificação e investigação de tuberculose (SINAN)				
14. Livro de Registro de Sintomático Respiratório				
15. Impresso de Controle de Contatos				
16. Ficha de Acompanhamento da tomada diária da medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO)				
17. Ficha de Notificação da Infecção Latente da Tuberculose				
18. Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose				
19. Potes plásticos para coleta de exames de baciloscopia de escarro				
20. Ficha de investigação de óbito				
21. Ficha de caso suspeito de tuberculose				
22. Ficha de encaminhamento para referência secundária/terciária				
23. Esquema básico para tratamento de TB				
24. Isoniazida para tratamento da ILTB				

ESTRUTURA

Normatização

9. Você conhece as normatizações técnicas (Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil, Manual do TDO, Nota informativa n.º 08/14 MS contatos/ILTB/PPD, NT n.º 32/14 coleta de escarro/critérios de cultura) que definem as atribuições do Programa?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

Se sim, quais? 1. () Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil 2. () Manual do TDO 3. () Nota informativa n.º 08/14 MS contatos/ILTB/PPD 4. () NT n.º 32/14 coleta de escarro/critérios de cultura

10. Os materiais educativos sobre tuberculose (cartazes, panfletos, cartilhas, álbum seriado) são suficientes para serem distribuídos na rede?

1. () Sim 2. () Não 3. () Não sabe

GESTÃO

Planejamento Integrado

11. Monitora os principais instrumentos de gestão? Citar (COAP, PEFAP, PQAVS)
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe
 Se sim, quais?
 1. COAP (Percentual de Cura dos Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com Confirmação Laboratorial)
 2. PEFAP (Percentual de Cura dos Casos Novos de Tuberculose Pulmonar com Confirmação Laboratorial)
 3. PQAVS Percentual de Contatos Examinados entre os Identificados dos Casos de Tuberculose Pulmonar com Confirmação Laboratorial
 4. Nenhum
12. Realiza reuniões integradas com outras áreas técnicas da gestão?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe
13. Realiza o planejamento das ações?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe
14. Se sim, realiza o monitoramento e acompanhamento deste planejamento?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe
15. Os indicadores de tuberculose são pactuados com as unidades de saúde que atendem aos casos (PACS/ESF/Unidade de Referência)?
 1. Sim, sempre 2. Sim, frequentemente 3. Sim, algumas vezes 4. Não 5. Não sabe

GESTÃO

Monitoramento e Avaliação

16. Realiza análises de completitude, consistência e duplicidade?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe
17. Se sim, qual a periodicidade?
 Mensal Trimestral Semestral Anual outros _____
18. Monitora e analisa (construção de indicadores) os principais indicadores epidemiológicos e operacionais?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe
 Se sim, quais? 1. Cura 2. Abandono 3. Cultura 4. TDO 5. HIV
 6. Contatos 7. Nenhum
19. O boletim de acompanhamento do SINAN é enviado para as unidades?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe
20. Se sim, qual a periodicidade?
 1. Mensal 2. Trimestral 3. Semestral 4. Anual 5. outros _____
21. Realiza o cruzamento do banco de dados (SIM, SINAN TB, SINAN HIV/AIDS)?
 1. Sim 2. Não 3. Não sabe
 Quais? _____

22. Calcula o número de SR do município? (1% da população)

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

23. Se sim, divulga entre as equipes de saúde da família?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

GESTÃO

Organização da Rede e Serviços

24. O município dispõe de serviço de referência secundária?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

25. Se sim, o fluxo de encaminhamento é divulgado entre os profissionais da rede?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

26. O município possui serviço de Raio X?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

27. Se sim, qual tipo?

1. Municipal 2. Conveniado no município 3. Conveniado em outro município

28. O município possui laboratório para a realização de baciloscopia de escarro?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

29. Se sim, qual tipo?

1. Municipal 2. Conveniado no município 3. Conveniado em outro município
4. Outro: _____

30. Existe fluxo de recolhimento de amostra de baciloscopia de escarro?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

29. Se Sim, descreva:

5. Serviço de transporte recolhe as amostras nas unidades
6. Os profissionais das equipes são responsáveis por entregar as amostras nos laboratório
7. O paciente entrega a baciloscopia diretamente no laboratório
8. Outro: _____

30. Em quantos dias recebe o resultado da baciloscopia de escarro?

1. menos de 3 dias 2. 3-7 dias 3. 7-10 dias 4. mais de 10 dias 5. mais de 30 dias

31. Solicita teste de HIV?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

32. Possui TR HIV implantado?

2. Sim 2. Não 3. Não sabe

33. Conhece os critérios para solicitação de cultura?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

1. Retratamento 2. BK+ a partir do 2.º mês de tratamento 3. HIV+ 4. Pop. especiais

34. Com quanto tempo recebe o resultado da cultura?

1. menos de 45 dias 2. 46-60 dias 3. 61-75 dias 4. mais de 75 dias

35. Existe algum profissional na rede que realiza o PPD?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

36. Possui GAL implantado?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

37. Possui um profissional responsável para a visualização do GAL e emissão dos resultados?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

38. Realiza análises epidemiológicas pelo GAL?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

39. Realizou treinamento sobre o GAL?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

GESTÃO

Laboratório – Se houver laboratório municipal ou conveniado no município

40. Realiza baciloscopia de escarro?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

41. Possui livro de registro de resultado de exames de tuberculose?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

42. Envia as lâminas de baciloscopias para o controle externo de qualidade (CEQ)?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

43. Realiza a liberação do laudo pelo GAL?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

44. Realiza o TRM – TB?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

45. Realiza cultura de micobactérias?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

46. Possui cartilha de orientação da coleta de escarro?

1. Sim 2. Não 3. Não sabe

47. Possui Manual da Tuberculose – Diagnóstico laboratorial – Baciloscopia – TELELAB/MS?

1. Sim 2. Não 3. Não Sabe

48. Possui Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras micobactérias, 2008?

1. Sim 2. Não 3. Não Sabe

49. Realizou treinamento sobre baciloscopia?

1. Sim 2. Não 3. Não Sabe

50. Realizou treinamento sobre cultura de micobactérias?

1. Sim 2. Não 3. Não Sabe

51. Realizou treinamento sobre o GAL?

1. Sim 2. Não 3. Não Sabe

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento Técnico

52. Realiza visitas de monitoramento e assessoramento às unidades de saúde?

1. Sim 2. Não 3. Ambos

Se sim, qual a periodicidade por unidade?

- Mensal Trimestral Semestral Anual outros _____

53. Realiza reuniões de discussão de indicadores com as Equipes de saúde?

1. Sim 2. Não 3. Ambos

Se sim, qual a periodicidade?

- Mensal Trimestral Semestral Anual outros _____

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Informação e Mobilização da comunidade

54. Articula ações educativas (palestras, campanhas, atividades de grupo, entre outros), em parceria com as Unidades de Saúde e/ou outros parceiros da rede, para divulgação de sinais e sintomas, prevenção e controle da tuberculose?

1. Sempre 2. Algumas vezes/raramente 3. Não

55. Realiza e/ou promove a divulgação da tuberculose em meios de comunicação, rádio, TV, jornais, etc?

1. Sempre 2. Algumas vezes/raramente 3. Não

56. Realiza e/ou promove parcerias com outros (instituições de ensino, sociedade civil) para promover a tuberculose?

1. Sim 2. Não

Se _____ sim, _____ poderia _____ citar _____ algumas _____ parcerias

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Educação Permanente

57. Participou de algum curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica ou gestão da tuberculose nos últimos 4 anos?

1. Sim 2. Não 3. Não lembra

58. A realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta com relação à condução do Programa no seu município?

1. Sim 2. Não 3. Não Sabe