

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE  
EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

**PRISCILA KAROLINE DE MENEZES SILVA**

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE  
NO MUNICÍPIO DE SALGUEIRO-PE**

**SALGUEIRO-PE**

**2018**

PRISCILA KAROLINE DE MENEZES SILVA

**ANÁLISE DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE  
NO MUNICÍPIO DE SALGUEIRO-PE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Ms. Cicero Emanuel Alves Leite

Co-orientadora: Alaíne Santos Parente

SALGUEIRO-PE

2018

## RESUMO

A tuberculose (TB) é considerada uma doença infecciosa e contagiosa causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*, também chamado de bacilo de Koch. O objetivo dessa pesquisa foi analisar o programa de controle da tuberculose no município de Salgueiro- PE, em relação aos aspectos estruturais, ao processo de trabalho, a disponibilidade de serviços, bem como os indicadores epidemiológicos e operacionais. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados primários e secundários apresentando como campo para coleta de dados: as Unidades de Saúde da Família do município e o serviço de vigilância municipal. Os resultados evidenciaram que o programa possui estrutura e processo de trabalho parcialmente adequado, visto que foram identificadas algumas fragilidades: ausência de monitoramento dos principais instrumentos de gestão, ausência de integração entre as equipes, não disponibilização do serviço de raio-X, demora no recebimento do exame de cultura, ausência de reuniões entre o coordenador do programa e as equipes de saúde da família para discussão dos indicadores. Além disso, o coeficiente de incidência vem aumentando ao longo dos anos evidenciando que o controle da tuberculose ainda é um grande desafio para o município. Diante dessas fragilidades é necessário a adoção de medidas para fortalecimento do controle e tratamento da tuberculose.

**Palavras- chave:** Atenção primária à saúde; Estrutura dos serviços; Tuberculose.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>04</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>07</b>
<b>3 RESULTADOS .....</b>	<b>09</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>26</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>43</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é considerada uma doença infecciosa e contagiosa causada pelo agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*, também chamado de bacilo de Koch. É uma doença milenar de emergência mundial, que permanece como um grande problema de saúde pública (MONTECHI et al., 2013; PILLER, 2012; BRASIL, 2011a). Possui tratamento disponível desde a década de 60 e, embora seja uma doença curável, cerca de 4,5 mil brasileiros morrem de TB a cada ano, e cerca de um terço da população está infectado pelo agente etiológico e em risco de desenvolver a doença (PILLER, 2012; BRASIL, 2011a).

Vários fatores estão envolvidos no aparecimento da tuberculose, como a pobreza, alcoolismo, desnutrição, baixa escolaridade, situações de confinamento, indivíduos vivendo em situação de rua, abusos de drogas e indivíduos marginalizados com difícil acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011a; PELLEGRINI, 2011; PILLER, 2012).

Cerca de 95% dos casos e 98% das mortes por TB no mundo acontecem em países em desenvolvimento, apresentando altas taxas de incidência da doença. No Brasil em 2016 foram notificados 66.796 casos novos e 12.809 casos recidivos, sendo registrados 4.543 óbitos por tuberculose (MONTECHI et al., 2013; BRASIL, 2017a).

Apesar de o coeficiente de incidência ter apresentado uma variação média anual no período de 2007 a 2016, de 1,7%, passando de 37,9/100 mil hab. para 32,4/100 mil hab. respectivamente, convém destacar que a meta para eliminação da TB como um problema de saúde pública no Brasil é atingir menos de 10 casos para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

Em 2016 o Nordeste apresentou um coeficiente de incidência de 30,6 casos por 100 mil habitantes e, Pernambuco registrou 45 casos por 100 mil habitantes. O Estado apresentou a 4º maior incidência e a 2º maior taxa de mortalidade entre os estados brasileiros (BRASIL, 2017a; PERNAMBUCO, 2015).

Com o intuito de reduzir a incidência e a mortalidade por essa doença, o Brasil instituiu o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o qual compreende mecanismos que visam ampliar e fortalecer a estratégia Tratamento Diretamente Observado (TDO), com o enfoque na articulação com outros programas governamentais para ampliar o controle da tuberculose e de outras comorbidades, como a AIDS. Também privilegia a descentralização das medidas de controle para a atenção básica. O controle é baseado na busca de casos, no diagnóstico precoce e tratamento até a cura com o objetivo de interromper

a cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2011a).

Embora seja uma doença com diagnóstico e tratamento realizados de forma universal e gratuita pelo SUS, o Brasil é um dos países com maior número de casos no mundo, pois persistem barreiras no acesso aos serviços de saúde. Ressalta-se a incidência de 69 mil casos e 4.500 óbitos a cada ano (BRASIL, 2017b).

O Ministério da saúde criou uma estratégia pelo fim da tuberculose que tem como perspectiva um mundo livre da tuberculose: zero morte, zero casos novos e zero sofrimento devido à doença. Foi estabelecido como meta para o cumprimento em 2035: redução do coeficiente de incidência em 90,0%, e redução do número de óbitos por tuberculose em 95,0%, comparando com 2015 (BRASIL, 2017b).

Para redução de sua incidência é indispensável a atuação conjunta de todas as instâncias responsáveis em busca de estratégias que fortaleçam o acesso à prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento, e consequentemente resultem na diminuição da incidência e mortalidade pela doença no país (BRASIL, 2017b).

Para o funcionamento do programa de controle da tuberculose é fundamental que os entes federativos promovam a implantação e/ou implementação de condições adequadas (acesso a exames, medicamentos e referências) na atenção primária, além de mapear as necessidades e credenciar unidades de referência secundária e terciária. Também é primordial a existência de uma rede de laboratórios com profissionais capacitados e insumos necessários para a execução dos exames de diagnóstico e acompanhamento (BRASIL, 2011a).

A infraestrutura precária e a rotatividade de profissionais prejudicam o processo de trabalho em saúde constituindo-se em um entrave no enfrentamento da tuberculose. Assim como previsão de insumos, capacitação insuficiente de profissionais, falta de organização no sistema de auxílio para portador de baixa renda e a não informatização das unidades básicas de saúde, acabam comprometendo o desempenho das equipes e a assistência ao doente (CUNHA et al., 2015; SANTOS; NOGUEIRA; ARCÊNIO, 2012).

No estado de Pernambuco foi instituído o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas- SANAR, apresentando como proposta a intensificação das ações de vigilância e controle da tuberculose focadas no aumento da detecção precoce de casos e tratamento e na oferta de referências assistenciais para os casos crônicos e graves (PERNAMBUCO, 2015).

Em 2014 foram selecionados 15 municípios prioritários com situação crítica para a doença, esses municípios representaram 73% dos casos de tuberculose do estado. Entre as regionais que não foram consideradas prioritárias, encontra-se a VII regional de saúde,

composta por 7 municípios, dos quais Salgueiro apresenta a maior incidência de tuberculose, e apesar de não estar incluída no quadriênio 2015-2018, o município não vem atingindo a taxa de detecção estimada, alcançando apenas no 1º semestre de 2016, 45,8% do número de casos estimados de tuberculose (PERNAMBUCO, 2015; SINAN, 2017).

Considerando a relevância desse programa para o efetivo controle da tuberculose e a iniciativa do estado de Pernambuco, esse estudo se justifica pela necessidade de averiguar as condições estruturais para a operacionalização das ações em âmbito municipal, destacando também aspectos do processo de trabalho e os serviços disponíveis para o cuidado desses usuários. Além disso é relevante destacar os indicadores epidemiológicos e operacionais a fim de identificar se as ações realizadas estão proporcionando melhoria na saúde da população. A análise desses aspectos possibilita fornecer informações estratégicas aos gestores e profissionais de saúde que visem o fortalecimento do programa e conseqüentemente melhoria da qualidade da atenção no SUS.

Portanto, o objetivo dessa pesquisa foi analisar o programa de controle da tuberculose no município de Salgueiro- PE, em relação aos aspectos estruturais, ao processo de trabalho, a disponibilidade de serviços, bem como os indicadores epidemiológicos e operacionais.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem quantitativa, utilizando dados primários e secundários, realizado no município de Salgueiro- PE, apresentando como campo para coleta de dados: as Unidades de Saúde da Família (USF) do município e o serviço de vigilância municipal.

O município de Salgueiro- PE, possui uma população estimada em 60. 453 habitantes (IBGE, 2017). Corresponde ao município sede da VII Regional de Saúde. É composto por 18 Unidades de Saúde da Família, sendo 12 urbanas e 6 rurais.

A população do estudo foi composta pelos profissionais envolvidos com o programa de controle da Tuberculose da Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro- PE, e as equipes de saúde da família. A amostra para entrevista foi intencional composta por: o coordenador do programa de tuberculose no município, enfermeiros e médicos das Unidades de Saúde da Família. A pesquisa foi desenvolvida no período de março de 2017 a fevereiro de 2018.

A coleta de dados foi realizada a partir da aplicação de um questionário estruturado elaborado a partir do modelo lógico do programa de tuberculose criado pela pesquisadora Danyella Kessea Travassos (Anexos A e B).

O instrumento de coleta de dados contém informações sobre os recursos disponíveis (recursos humanos, veículos, insumos, medicamentos, impressos, normas e normatização, espaço físico), o processo de trabalho (planejamento, monitoramento e avaliação, assessoramento técnico, educação em saúde) e os serviços disponíveis para a realização de exames (disponibilização de serviço de referência secundária e laboratorial).

Para a coleta dos indicadores epidemiológicos e operacionais do programa foram utilizadas as informações disponíveis no Sistema de informação de agravos de notificação (SINAN), considerando os anos 2013 a 2016.

Os indicadores calculados foram: indicadores epidemiológicos: coeficiente de incidência de tuberculose pulmonar/ 100 mil hab.; coeficiente de mortalidade por tuberculose/ 100 mil hab.; indicadores operacionais: proporção de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial; número de casos de tuberculose notificados no SINAN com tipo de entrada pós óbito; proporção de casos novos pulmonares

confirmados por critério laboratorial; proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento de tuberculose pulmonar; proporção de realização de testes de sensibilidade entre os casos de retratamento de tuberculose pulmonar com cultura positiva; proporção de realização de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose; proporção de realização de terapia antirretroviral (TARV) entre os casos novos de coinfeção TB-HIV; proporção de casos novos de tuberculose pulmonar que realizaram o tratamento diretamente observado TDO; proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial; proporção de abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial; e proporção de cura de casos novos de tuberculose multidroga resistente.

Os dados coletados foram analisados a partir da estatística descritiva simples com utilização do aplicativo Microsoft Excel® versão 2007 expondo o valor absoluto e percentual das respostas obtidas.

Este projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Agamenon Magalhães, de acordo com a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa com seres humanos com o Parecer: 2.431.473. Todos os responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### 3 RESULTADOS

Foram entrevistados 19 profissionais de saúde, entre eles: 18 profissionais das Unidades de Saúde da Família e 1 coordenador do programa de controle da tuberculose no município de Salgueiro- PE. Em relação as unidades de saúde da família observaram-se predominância do sexo feminino (78%) e graduação em enfermagem (89%). Já o responsável técnico pelo programa é do sexo masculino, possui graduação em enfermagem, tempo de formação superior a 5 anos e não possui título de pós-graduação (tabela 1).

**Tabela 1- Perfil dos profissionais de saúde do município de Salgueiro- PE.**

	Unidade de Saúde da Família	N	%
<b>Sexo</b>			
Feminino		14	78
Masculino		4	22
<b>Graduação</b>			
Enfermagem		16	89
Medicina		2	11
	<b>Gestão</b>		
<b>Sexo</b>			
Feminino		0	0
Masculino		1	100
<b>Graduação</b>			
Enfermagem		1	100
Medicina		0	0
<b>Tempo de formação</b>			
< 5 anos		0	0
>5 anos		1	100
<b>Escolaridade</b>			
Graduação		1	100
Especialização		0	0
<b>Residência</b>			
Mestrado		0	0

A análise da estrutura para as unidades de saúde da família foi realizada considerando-se os seguintes itens: impressos, insumos e normatização. Já para a coordenação municipal foi realizada considerando-se cinco critérios: recursos humanos, espaço físico, veículos e equipamentos, impressos, insumos e normatização.

Em relação aos impressos e insumos nas unidades de saúde da família, observou-se

que 100% das unidades sempre possuem a ficha de notificação e investigação da tuberculose, livro de registro de sintomático respiratório e livro de registro de pacientes e acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose (tabela 2).

Com relação ao impresso de controle de contatos, ficha de acompanhamento de TDO e esquema básico para tratamento da TB, quase a totalidade dos profissionais confirmaram possuir esses impressos (94,4%). Sobre a disponibilidade de potes plásticos para a coleta de exame de baciloscopia, ficha de caso suspeito, ficha de encaminhamento para referência e Isoniazida para tratamento da ILTB 83,3% responderam ter sempre disponíveis. Quanto a ficha de notificação da ILTB e a ficha de investigação de óbito apenas 77,8% e 61,1 respectivamente afirmaram haver sempre (tabela 2).

O coordenador do programa afirmou ter sempre disponível todos os impressos e insumos (tabela 2).

**Tabela 2- Impressos e insumos disponíveis em quantidades suficientes para o atendimento dos casos de tuberculose no município de Salgueiro-PE.**

	Impressos e Insumos		USF		Gestão	
	N	%	N	%	N	%
<b>Ficha de notificação e investigação de tuberculose</b>						
Sempre	18	100	1	100		
Algumas vezes	0	0	0	0		
Não	0	0	0	0		
Não sabe	0	0	0	0		
<b>Livro de registro de sintomáticos respiratório</b>						
Sempre	18	100	1	100		
Algumas vezes	0	0	0	0		
Não	0	0	0	0		
Não sabe	0	0	0	0		
<b>Impresso de controle de contatos</b>						
Sempre	17	94,4	1	100		
Algumas vezes	0	0	0	0		
Não	0	0	0	0		
Não sabe	1	5,6	0	0		
<b>Ficha de acompanhamento da medicação do TDO</b>						
Sempre	17	94,4	1	100		
Algumas vezes	1	5,6	0	0		
Não	0	0	0	0		
Não sabe	0	0	0	0		
<b>Ficha de notificação da ILTB</b>						
Sempre	14	77,8	1	100		
Algumas vezes	2	11,1	0	0		
Não	0	0	0	0		
Não sabe	2	11,1	0	0		
<b>Livro de registro de pacientes e acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose</b>						
Sempre	18	100	1	100		
Algumas vezes	0	0	0	0		
Não	0	0	0	0		
Não sabe	0	0	0	0		
<b>Potes plásticos para coleta de exame de baciloscopia</b>						

Sempre	15	83,3	1	100
Algumas vezes	2	11,1	0	0
Não	0	0	0	0
Não sabe	1	5,6	0	0
<b>Ficha de investigação de óbito</b>				
Sempre	11	61,1	1	100
Algumas vezes	0	0	0	0
Não	7	38,9	0	0
Não sabe	0	0	0	0
<b>Ficha de caso suspeito de tuberculose</b>				
Sempre	15	83,3	1	100
Algumas vezes	0	0	0	0
Não	2	11,1	0	0
Não sabe	1	5,6	0	0
<b>Ficha de encaminhamento para referência</b>				
Sempre	15	83,3	1	100
Algumas vezes	1	5,6	0	0
Não	1	5,6	0	0
Não sabe	1	5,5	0	0
<b>Esquema básico para tratamento de TB</b>				
Sempre	17	94,4	1	100
Algumas vezes	0	0	0	0
Não	1	5,6	0	0
Não sabe	0	0	0	0
<b>Isoniazida para tratamento da ILTB</b>				
Sempre	15	83,3	1	100
Algumas vezes	0	0	0	0
Não	1	5,6	0	0
Não sabe	2	11,1	0	0

Em relação as normatizações técnicas do programa, 88,9% dos profissionais das unidades de saúde da família afirmaram conhecê-las, sendo que 94,4% referiram conhecer o manual de recomendações para o controle da tuberculose; 88,9%, o manual do TDO, 72,2%, a Nota informativa nº 08/14 e 55,5% a NT nº 32/14. Já o coordenador afirmou conhecer quase todas as normatizações técnicas do programa, declarando não conhecer apenas a NT nº 32/14. No que se refere aos materiais educativos, 66,7% dos profissionais da USF afirmaram serem suficientes para distribuição na rede. Entretanto, o coordenador do programa afirmou que os materiais são insuficientes (tabela 3).

**Tabela 3- Conhecimento das normatizações técnicas do programa de controle da Tuberculose e distribuição de materiais educativos.**

Normatização	USF		Gestão	
	N	%	N	%
<b>Conhece as normatizações Técnicas que Definem as atribuições do programa?</b>				
Sim	16	88,9	1	100
Não	2	11,1	0	0
Não sabe	0	0	0	0
<b>Se sim, quais?</b>				
Manual de recomendações para o controle da TB no Brasil	17	94,4	1	100
Manual do TDO	16	88,9	1	100

Nota informativa n° 08/14	13	72,2	1	100
NT n° 32/14	10	55,5	0	0
<b>Os materiais educativos sobre tuberculose são suficientes para serem distribuídos na rede?</b>				
Sim	12	66,7	0	0
Não	6	33,3	1	100
Não sabe	0	0	0	0

Em relação ao processo de trabalho, observou-se que 77,8% dos profissionais da USF recebem a visita do coordenador do município e participam de reuniões de discussão de indicadores; 94,4% atendem casos de tuberculose; 83,4% realizam a coleta de baciloscopia de escarro; 100% afirmaram haver fluxo de recolhimento da amostra de baciloscopia e 94,4% confirmaram que o transporte recolhe as amostras nas unidades. Em relação ao tempo para recebimento do resultado da baciloscopia 50% responderam que recebem em torno de 7-10 dias e 44,4% com mais de 10 dias (tabela 4).

Quanto a solicitação de baciloscopia e teste de HIV para os pacientes com TB, 100% dos profissionais afirmaram realizar a solicitação; 94,4% realizam TDO dos pacientes em acompanhamento e 88,9% afirmam que a consulta de acompanhamento do paciente é mensal; 67,7% dos profissionais afirmaram possuir a TR HIV implantada (tabela 4).

Sobre o conhecimento dos critérios para solicitação de cultura, 94,4% relataram conhecê-los, sendo que 66,7% registraram BK+ a partir do 2º mês de tratamento, 50% retratamento, 44,4% pacientes com HIV+ e 16,7% populações especiais. Em relação ao tempo de recebimento do resultado da cultura 33,3% responderam que ocorre em torno de 46-60 dias. Quanto ao serviço de raio X, 88,9% dos profissionais afirmaram não haver disponibilidade (tabela 4).

**Tabela 4- Assessoramento técnico e diagnóstico nas unidades de Saúde da Família do município de Salgueiro- PE.**

Assessoramento técnico e Diagnóstico	N	%
<b>Recebe visita do coordenador do município?</b>		
Sim	14	77,8
Não	4	22,2
Não sabe	0	0
<b>Participa de reuniões de discussão de indicadores?</b>		
Sim	14	77,8
Não	4	22,2
Não sabe	0	0
<b>Atende casos de tuberculose?</b>		
Sim	17	94,4
Não	1	5,6
Não sabe	0	0
<b>Caso não, por qual motivo:</b>		
Ausência de pacientes nesta condição	1	5,6
Todos casos suspeitos são encaminhados diretamente ao especialista	0	0
Outro	0	0

<b>A coleta de baciloscopia de escarro é realizada na oportunidade da consulta?</b>		
Sim	15	83,4
Não	3	16,6
<b>Existe fluxo de recolhimento de amostra de baciloscopia de escarro?</b>		
Sim	18	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Se Sim, descreva:</b>		
Transporte recolhe as amostras nas unidades	17	94,4
Os profissionais entregam as amostras no laboratório	0	0
O paciente entrega a baciloscopia diretamente no laboratório	0	0
Outro	1	5,6
<b>Em quantos dias recebe o resultado da baciloscopia de escarro?</b>		
Menos de 3 dias	0	0
3-7 dias	1	5,6
7-10 dias	9	50
Mais de 10 dias	8	44,4
<b>Solicita baciloscopia para os pacientes com tuberculose?</b>		
Sim	18	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Realiza TDO dos pacientes em acompanhamento?</b>		
Sim	17	94,4
Não	1	5,6
Não sabe	0	0
<b>A consulta de acompanhamento do paciente é mensal?</b>		
Sim	16	88,9
Não	1	5,6
Não sabe	1	5,6
<b>Solicita teste de HIV?</b>		
Sim	18	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Possui TR HIV implantado?</b>		
Sim	12	66,7
Não	5	27,8
Não sabe	1	5,5
<b>Conhece os critérios para solicitação de cultura?</b>		
Sim	17	94,4
Não	1	5,6
Não sabe	0	0
<b>Se Sim, Quais</b>		
Retratamento	9	50
BK+ a partir do 2º mês de tratamento	12	66,7
HIV+	8	44,4
Pop. Especiais	3	16,7
<b>Com quanto tempo recebe o resultado da cultura?</b>		
Menos de 45 dias	4	22,2
46-60 dias	6	33,3
61-75 dias	5	27,8
Mais de 75 dias	3	16,7
<b>O município dispõe de serviço de Raio X?</b>		
Sim	0	0
Não	16	88,9
Não sabe	2	11,1

Em relação ao diagnóstico de casos suspeitos de tuberculose observa-se que os profissionais reconhecem esses casos através dos seguintes sintomas descritos abaixo:

“Tosse com mais de três semanas, perda de peso, febre ou suor noturno, febre principalmente no final da tarde, com secreção amarelada ou esverdeada (catarro)”.

“Quando o paciente apresenta sintomas e BK”.

“Tosse produtiva por mais de três semanas, é solicitado duas amostras de BK, a primeira no primeiro atendimento e a segunda no dia consecutivo”.

“Tosse, perda de peso, febre, dores nas costas, BK, raio X”.

“São realizadas buscas ativas pelos profissionais da unidade de suspeitos sintomáticos e solicitado a baciloscopia e junto com o médico discute a definição do diagnóstico e faz a solicitação de mais exames”.

“Solicitação de exame de escarro em sintomáticos respiratórios, raio X do tórax em sintomáticos respiratórios”.

“Demanda espontânea, solicitação de baciloscopia de escarro, queixas dos pacientes”.

“Resultado de baciloscopia de escarro, raio X, encaminha a médica, notifica, convoca comunicantes (ACS) e realiza o TDO”.

“Tosse por mais de 15 dias + sintomas, solicitação de BK, dando positivo inicia o tratamento, caso negativo encaminha para o médico (atendimento compartilhado)”.

Ainda referente ao processo de trabalho, visualizou-se que todas as unidades de saúde realizam o acompanhamento de contatos; 94,4% utilizam o formulário de contatos e 88,9% relataram o recebimento do boletim de acompanhamento e conhecimento dos critérios de solicitação de PPD. Além disso, 100% dos profissionais responderam realizar a busca ativa de faltosos; 88,8% realizam a busca ativa de sintomáticos respiratórios e 72,2% afirmaram conhecer a estimativa de sintomáticos respiratórios da sua unidade.

Em relação a rede de atenção municipal, observou-se que 77,8% dos profissionais conhecem o fluxo de encaminhamento para referência e contra-referência. Entretanto, apenas 27,8% afirmaram que o número de consultas por especialista é suficiente para atendimento desses usuários. Em relação aos casos de TBMR no último ano, apenas uma unidade referiu possuir. Em relação a referência terciária, 72,2% responderam que o acompanhamento não é compartilhado e 66,7% relataram que a medicação injetável para TBMR é realizada em Recife- PE (tabela 5).

**Tabela 5- Acompanhamento dos pacientes nas Unidades de Saúde da Família do município de Salgueiro-PE.**

<b>Acompanhamento</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>É realizado o acompanhamento de contatos?</b>		
Sim, sempre	18	100
Sim, algumas vezes	0	0
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Utiliza o formulário de controle de contatos?</b>		
Sim	17	94,4
Não	1	5,6
<b>Recebe o boletim de acompanhamento?</b>		
Sim	16	88,9
Não	2	11,1
<b>Conhece os critérios para solicitação de PPD?</b>		
Sim	16	88,9
Não	2	11,1
<b>Realiza a notificação de ILTB na unidade?</b>		
Sim	18	100
Não	0	0
<b>Realiza busca ativa de sintomáticos respiratório?</b>		
Sim	16	88,9
Não	2	11,1
<b>Conhece a estimativa de SR da sua unidade?</b>		
Sim	13	72,2
Não	5	27,8
<b>Realiza busca ativa de faltosos?</b>		
Sim, sempre	18	100
Sim, algumas vezes	0	0
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Conhece o fluxo de encaminhamento para a referência e contra-referência ?</b>		
Sim	14	77,8
Não	4	22,2
<b>O número de consultas por especialidade é suficiente?</b>		
Sim	5	27,8
Não	5	27,8
Não sabe	8	44,4
<b>Possui casos de TBMR ou possuiu no último ano?</b>		
Sim	1	5,6
Não	17	94,4
<b>O acompanhamento é compartilhado com a referência terciária?</b>		
Sim	13	72,2
Não	5	27,8
<b>Onde realiza a medicação injetável para TBMR?</b>		
USF	0	0
Policlínica	0	0
Hospital	1	5,5
Não sabe	5	27,8
Outro	12	66,7

Em relação a educação em saúde, constatou-se que 100% das unidades realizam atividades educativas com temas relativos a prevenção e controle da tuberculose com usuários do serviço e a comunidade, com uma frequência mensal relatada por 44,5% dos entrevistados. As estratégias educativas mais utilizadas foram as campanhas (83,3%); 94,4% dos profissionais relaram a distribuição de materiais educativos; 83,3% afirmaram conhecer o Programa Saúde na Escola; 55,5% já realizaram palestras e orientação sobre o tema sem

nenhuma dificuldade. Sobre a educação continuada, 44,4% relataram participar de algum curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica da tuberculose nos últimos 2 anos, sendo que 38,9% afirmaram que o mesmo contribuiu para mudança na sua conduta (tabela 6).

**Tabela 6- Educação, Informação e Mobilização da comunidade nas Unidades de Saúde da Família do município de Salgueiro- PE.**

<b>Educação, Informação e Mobilização</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Realiza atividades educativas abordando temas relativos à prevenção e controle da tuberculose? com usuários do serviço e/ou comunidade?</b>		
Sim, com ambos	18	100
Sim, com a comunidade	0	0
Sim, com os usuários do serviço	0	0
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Caso sim, qual a frequência?</b>		
Quinzenalmente	0	0
Em campanha anual	4	22,2
Semanalmente	0	0
Mensalmente	8	44,5
Outro	6	33,3
<b>Quais as estratégias educativas utilizadas com mais frequência?</b>		
Orientação individual	7	38,9
Atividade em grupo	13	72,2
Campanhas	15	83,3
Ações em escola, igrejas, associações de bairro	6	33,3
<b>Distribui materiais educativos sobre tuberculose?</b>		
Sim	17	94,4
Não	1	5,5
<b>Conhece o Programa municipal Saúde na Escola?</b>		
Sim	15	83,3
Não	3	16,7
<b>Caso sim, fale um pouco das atividades que realizou e se houve alguma dificuldade?</b>		
Realização de palestras/ Informação e orientação sobre o tema, não houve dificuldades	10	55,5
Nunca realizou nenhuma atividade voltada sobre o tema	7	38,9
Realização de palestras, sendo a única dificuldade A faixa etária (crianças muito pequenas)	1	5,6
<b>Você participou de algum curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica da tuberculose nos últimos 2 anos?</b>		
Sim	8	44,4
Não	5	27,8
Não lembra	5	27,8
<b>A realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta?</b>		
Sim	7	38,9
Não	1	5,6
Não sabe	0	0
Não se aplica	10	55,5

Sobre a unidade utilizar de alguma estratégia inovadora nos últimos anos, apenas 11,1 % dos entrevistados responderam que sim, e 88,9 % responderam que a unidade não tem nenhuma estratégia inovadora. As descrições relatadas pelos profissionais encontram-se abaixo.

“A unidade vem trabalhando de forma mais intensificada a tuberculose”.

“Não chega a ser inovadora, mas sempre incentivamos/ solicitamos aos ACS a busca ativa de sintomáticos respiratórios e o acesso aos exames é bastante facilitado”

Entre as dificuldades mais frequentes enfrentadas pelos profissionais, foram relatados: ausência de disponibilização de raio X, demora no resultado da cultura e falta de especialistas. Como facilidades listaram a disponibilidade de medicamentos e materiais, conforme observa-se nas falas abaixo:

“ Entre as dificuldades é o que o município não dispõe de serviços de Raio X, demora do resultado da cultura e falta de especialistas. E como facilidades medicamentos disponíveis”.

“ Não tem dificuldades. E como facilidades materiais disponíveis, medicamentos e estrutura”.

“ A dificuldade é que não tem Raio X e Facilidades: diagnóstico e tratamento na área, acesso a vigilância epidemiológica (boa comunicação).

“A dificuldade é a falta de material informativo e facilidades é a medicação que tem disponível”.

“ A dificuldade maior sempre é a sobrecarga, pois a unidade tem um número excessivo de pessoas cadastradas. Facilidades: disponibilização de medicamentos”.

“ Como facilidade medicação e baciloscopia em tempo oportuno e dificuldade: materiais não disponíveis a nível de informação e orientação, raio X não disponível, e resistência de pacientes a procura da unidade de saúde para diagnóstico precoce”.

“A dificuldade é que não existe pneumologista no município, quando necessário o paciente tem que ir para Recife e facilidades a disponibilização de materiais educativos e medicação”.

“ A dificuldades são os pacientes com difícil aceitação do diagnóstico e facilidade a implementação do TDO pelos ACS, onde melhorou a adesão ao tratamento”.

“ A dificuldade é que os ACS não querem realizar o TDO, e a facilidade é disponibilização de medicamentos”.

“ Como facilidades: atividades em grupo, materiais e medicamentos disponíveis. Dificuldades: a referência fica distante”.

“ Facilidades: medicação disponível e dificuldades: distribuição dos recursos para o paciente (cesta básica) ”.

No que se refere a coordenação do programa, observou-se a existência de um profissional que responde pelas atividades do mesmo, possuindo uma carga horária de 30 horas semanais. Em relação aos aspectos estruturais, o coordenador afirmou não existir um local específico para o desenvolvimento das atividades do PCT. Além disso, o veículo disponibilizado é compartilhado com outros setores. Sobre a disponibilidade de computadores

conectados à internet para as ações do serviço o mesmo afirmou ser adequado, porém não suficiente (tabela 7).

**Tabela 7- Estrutura (recursos humanos, espaço físico, veículos e equipamentos) da gestão do município de Salgueiro –PE.**

<b>Estrutura</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>O programa possui profissional que responde pelas atividades da coordenação?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
<b>Se sim, qual a carga horária deste profissional?</b>		
20 horas	0	0
30 horas	1	100
40 horas	0	0
<b>Existe um local específico para o desenvolvimento do PCT?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
<b>Possui veículo para o desenvolvimento das ações de controle da tuberculose?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não Sabe	0	0
<b>Se sim, qual modalidade?</b>		
Exclusivo	0	0
Compartilhado com outros setores	1	100
Não Sabe	0	0
<b>Existem computadores conectados à internet em número suficiente e adequados para as ações do serviço?</b>		
Adequados e suficientes	0	0
Suficientes, mas não adequados	0	0
Adequados, mas não suficientes	1	100
Não sabe	0	0

Em relação ao monitoramento dos principais instrumentos de gestão, o mesmo afirmou não monitorar nenhum desses instrumentos e também não realiza reuniões integradas com outras áreas técnicas da gestão. Apesar disso, afirmou realizar o planejamento das ações, monitorar e acompanhar este planejamento. Também foi relatado que não é realizado a pactuação dos indicadores de tuberculose com as unidades de saúde (tabela 8).

**Tabela 8- Planejamento integrado da gestão do município de Salgueiro- PE.**

<b>Planejamento Integrado</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Monitora os principais instrumentos de gestão? Citar (COAP, PEFAP, PQAVS)</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0
<b>Realiza reuniões integradas com outras áreas técnicas da gestão?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0
<b>Realiza o planejamento das ações?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0

Não sabe	0	0
<b>Se sim, realiza o monitoramento e acompanhamento deste planejamento?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Os indicadores de tuberculose são pactuados com as unidades de saúde que atendem aos casos (PACS/ESF/Unidade de Referência)?</b>		
Sim, sempre	0	0
Sim, frequentemente	0	0
Sim, algumas vezes	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0

O coordenador do PCT afirmou realizar análises de completitude, consistência e duplicidade com periodicidade mensal; monitorar e analisar os principais indicadores epidemiológicos e operacionais, como cura, abandono, cultura, TDO, HIV e contatos e enviar mensalmente o boletim de acompanhamento do SINAN para as unidades; calcular o número de sintomáticos respiratórios do município e divulgar para as unidades de saúde. Entretanto, afirmou não realizar o cruzamento do banco de dados (tabela 9).

**Tabela 9- Monitoramento e Avaliação da gestão do município de Salgueiro –PE.**

<b>Monitoramento e Avaliação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Realiza análises de completitude, consistência e duplicidade?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Se sim, qual a periodicidade?</b>		
Mensal	1	100
Trimestral	0	0
Semestral	0	0
Anual	0	0
Outros	0	0
<b>Monitora e analisa os principais indicadores epidemiológicos e operacionais?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Se sim, quais?</b>		
Cura	1	100
Abandono	1	100
Cultura	1	100
TUDO	1	100
HIV	1	100
Contatos	1	100
Nenhum	1	100
<b>O boletim de acompanhamento do SINAN é enviado para as unidades?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Se sim, qual periodicidade?</b>		
Mensal	1	100
Trimestral		
Semestral	0	0
Anual	0	0

Outros	0	0
<b>Realiza o cruzamento do banco de dados (SIM, SINAN TB, SINAN HIV/AIDS)?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0
<b>Calcula o número de SR do município? (1% da população)</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Se sim, divulga entre as equipes de saúde da família?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0

Sobre a rede de atenção municipal, foi relatado a disponibilidade de serviço de referência secundária, porém muito distante, dificultando as ações de controle da tuberculose. O coordenador também relatou que o fluxo de encaminhamento é divulgado entre os profissionais da rede e que o município dispõe de laboratório para realização da baciloscopia, com recebimento de resultado em torno de 7-10 dias. Também registrou a realização da solicitação de teste de HIV e TR HIV implantado; afirmou conhecer os critérios de solicitação de cultura. O tempo de recebimento do resultado de cultura registrado foi de mais de 75 dias e existe um profissional que realiza PPD; além disso, possui GAL implantado e um profissional responsável pela visualização e emissão dos resultados, porém não realiza análises epidemiológicas pelo GAL e nunca realizou treinamento sobre o mesmo (tabela 10).

**Tabela 10- Organização da Rede e Serviços da gestão do município de Salgueiro-PE.**

<b>Organização da rede e serviços</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>O município dispõe de serviço de referência secundária?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>O fluxo de encaminhamento é divulgado entre os profissionais da rede?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>O município possui serviço de Raio X?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0
<b>O município possui laboratório para a realização de baciloscopia?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Se sim, qual tipo?</b>		
Municipal	0	0
Conveniada no município	1	100
Conveniada em outro município	0	0
Outro	0	0
<b>Em quantos dias recebe o resultado da baciloscopia de escarro?</b>		
Menos de 3 dias	0	0
3-7 dias	0	0

7-10 dias	1	100
Mais de 10 dias	0	0
Mais de 30 dias	0	0
<b>Solicita teste de HIV?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Possui TR HIV implantado?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Conhece os critérios para solicitação de cultura?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Se sim, quais?</b>		
Retratamento	1	100
BK+ a partir do 2º mês de tratamento	1	100
HIV	1	100
Pop. Especiais	1	100
<b>Com quanto tempo recebe o resultado da cultura?</b>		
Menos de 45 dias	0	0
46-60 dias	0	0
61-75 dias	0	0
Mais de 75 dias	1	100
<b>Existe algum profissional na rede que realiza o PPD?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Possui GAL implantado?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Possui um profissional responsável para a visualização do GAL e emissão dos resultados?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Realiza análises epidemiológicas pelo GAL?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0
<b>Realizou treinamento sobre o GAL?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0

O município dispõe de laboratório conveniado para realização de baciloscopia de escarro. O coordenador relatou que o laboratório possui livro de registro de resultado de exame de tuberculose, envia as laminas para o controle externo de qualidade (CEQ), realiza cultura de micobactérias, possui cartilha de orientação da coleta de escarro e manual da tuberculose. No entanto, o mesmo não soube informar sobre a liberação do laudo pelo GAL (tabela 11).

Em relação aos demais aspectos, o coordenador afirmou que o laboratório não realiza o TRM-TB e não possui o Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras micobactérias 2008. Também foi registrado que o profissional responsável pelo laboratório não realizou treinamento sobre baciloscopia, cultura de micobactérias e treinamento sobre o GAL (tabela 11).

**Tabela 11- Gestão- Disponibilidade de laboratório municipal ou conveniado no município de salgueiro-PE.**

<b>Laboratório</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Realiza baciloscopia de escarro?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Possui livro de registro de resultado de exames de tuberculose?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Envia as lâminas de baciloscopias para o controle externo de qualidade (CEQ)?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Realiza a liberação do laudo pelo GAL?</b>		
Sim	0	0
Não	0	0
Não sabe	1	100
<b>Realiza o TRM – TB?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0
<b>Realiza cultura de micobactérias?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Possui cartilha de orientação da coleta de escarro?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Possui Manual da Tuberculose – Diagnóstico laboratorial – Baciloscopia – TELELAB/MS?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
<b>Possui Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras micobactérias, 2008?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0
<b>O responsável pelo laboratório realizou treinamento sobre baciloscopia?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0
<b>O responsável pelo laboratório realizou treinamento sobre cultura de micobactérias?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100

Não sabe	0	0
<b>O responsável pelo laboratório realizou treinamento sobre o GAL?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Não sabe	0	0

O responsável pelo PCT garantiu realizar visitas de monitoramento e assessoramento as unidades de saúde quando necessário e declarou não realizar reuniões de discussão de indicadores com as equipes de saúde (Tabela 12).

**Tabela 12- Vigilância Epidemiológica- Assessoramento Técnico da Gestão no município de Salgueiro- PE.**

<b>Assessoramento Técnico</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Realiza visitas de monitoramento e assessoramento às unidades de saúde?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Ambos	0	0
<b>Se sim, qual a periodicidade por unidade?</b>		
Mensal	0	0
Trimestral	0	0
Semestral	0	0
Anual	0	0
Outro	1	100
<b>Realiza reuniões de discussão de indicadores com as Equipes de saúde?</b>		
Sim	0	0
Não	1	100
Ambos	0	0

Quanto a articulação de ações educativas em parceria com as unidades de saúde e/ou outros parceiros e realizar e/ou promover a divulgação da tuberculose em meios de comunicação o coordenador relatou realizar algumas vezes. Sobre promover parcerias com instituições de ensino para promover a tuberculose citou as escolas como parcerias. Afirmou ter participado de um curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica da tuberculose nos últimos 4 anos e que este contribuiu para mudança na sua conduta com relação à condução do programa no seu município (tabela 13).

**Tabela 13- Gestão- Educação, Informação e Mobilização da comunidade no município de salgueiro –PE.**

<b>Informação e Mobilização da Comunidade</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Articula ações educativas em parceria com as Unidades de Saúde e/ou outros parceiros da rede, para divulgação de sinais e sintomas, prevenção e controle da tuberculose?</b>		
Sempre	0	0
Algumas vezes	1	100
Raramente	0	0
Não	0	0
<b>Realiza e/ou promove a divulgação da tuberculose em meios de comunicação, rádio, TV, jornais, etc?</b>		
Sempre	0	0
Algumas vezes/Raramente	1	100

Não	0	0
<b>Realiza e/ou promove parcerias com outros (instituições de ensino, sociedade civil) para promover a tuberculose?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
<b>Se sim, poderia citar algumas parcerias</b>		
Escolas		
<b>Participou de algum curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica ou gestão da tuberculose nos últimos 4 anos?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não lembra	0	0
<b>A realização deste curso contribuiu para mudança na sua conduta com relação à condução do Programa no seu município?</b>		
Sim	1	100
Não	0	0
Não sabe	0	0

Em relação aos indicadores, houve gradual acréscimo no número de casos novos e na taxa de incidência de TB no município de Salgueiro- PE no período de 2013 a 2016. O coeficiente de mortalidade apresentou uma leve redução nos anos de 2013, 2015 e 2016 e em 2014 foi registrado a maior taxa de mortalidade (3,36%) (tabela 14).

No município, em 2013, apenas 45% dos contatos dos casos novos de tuberculose confirmados por critério laboratorial foram examinados, atingindo nos outros anos acima da meta. Entre os anos de 2013 a 2016 não houve nenhum caso de tuberculose notificado no SINAN como pós óbito. Quanto ao diagnóstico da doença, em 2013 apenas 38,4% dos casos novos foram confirmados por critério laboratorial, com aumento dessa proporção ao longo dos anos 2014 a 2016 (tabela 14).

Com relação a proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento de tuberculose pulmonar e a proporção de realização de teste de sensibilidade entre os casos de retratamento de tuberculose pulmonar com cultura positiva, não foi realizado nenhuma cultura e nenhum teste de sensibilidade nesses anos (tabela 14).

Em 2015 houve uma maior realização de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose (95,4%) e em 2016, 100% dos casos novos com coinfeção TB-HIV realizaram a terapia antirretroviral, nos anos anteriores não houve casos registrados (tabela 14).

Em 2013, realizaram o tratamento diretamente observado 92,3% dos casos novos de tuberculose pulmonar, com destaque para o ano de 2014 (100%) que alcançou o maior resultado, sofrendo uma redução em 2015 (63,3%) e atingindo em 2016 (84,6%). No ano de 2013 apenas 60% dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial evoluíram para cura, em 2014 houve um aumento (77,7%), 2015 atingiu a maior taxa (94,4%)

e em 2016 sofreu uma queda (73,6%) (tabela 14).

A proporção de abandono do tratamento de tuberculose em 2013 foi alta (20%). Em relação a Proporção de cura de casos novos de tuberculose multidrogaresistente não houve registro de casos de tuberculose multidrogaresistente nos anos analisados (tabela 14).

**Tabela 14- Indicadores epidemiológicos e operacionais da tuberculose no município de Salgueiro- PE, 2013 a 2016.**

Indicadores Epidemiológicos	Parâmetros	Município de Salgueiro- PE			
		2013	2014	2015	2016
Coeficiente de incidência de casos novos de tuberculose (pulmonar) / 100 mil hab.	<10/100.000	22	25	36,8	43,2
Coeficiente de mortalidade por tuberculose/ 100 mil hab.	<2/100.000	1,69	3,36	1,67	1,66
Indicadores Operacionais	Parâmetros	2013	2014	2015	2016
Proporção de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	70%	45%	102,1%	101%	92,8%
Número de casos de tuberculose notificados no Sinan com tipo de entrada pós óbito	-	0	0	0	0
Proporção de casos novos pulmonares confirmados por critério laboratorial	-	38,4%	60%	81,8%	73%
Proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento de tuberculose pulmonar	35%	0	0	0	0
Proporção de realização de teste de sensibilidade entre os casos de retratamento de tuberculose pulmonar com cultura positiva	-	0	0	0	0
Proporção de realização de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose	75%	84,6%	80%	95,4%	88,4%
Proporção de realização de terapia antirretroviral entre casos novos de coinfeção TB-HIV	100%	0	0	0	100%
Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar que realizaram o tratamento diretamente observado (TDO)	70%	92,3%	100%	63,3%	84,6%

Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	>85%	60%	77,7%	94,4%	73,6%
Proporção de abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	<5%	20%	0	0	0
Proporção de cura de casos novos de tuberculose multidroga resistente	-	0	0	0	0

Fonte: SINAN/SIM

## 4 DISCUSSÃO

A população estudada apresentou um maior predomínio do sexo feminino, como também demonstrado em estudo realizado em Minas Gerais, onde foram avaliados 95 profissionais de saúde, onde a grande maioria dos entrevistados foi do sexo feminino 80% (COSTA, et al. 2013) e por outro realizado em Teresina Piauí com 68 profissionais onde 81% representou tal sexo (FONTENELE, et al. 2013). Desta maneira fica evidente a acentuação do processo de feminização, esse resultado é compatível com a literatura, onde a feminização das profissões é considerada tendência na área da saúde e conseqüentemente dos profissionais das equipes de saúde da família. As mudanças ocorridas no Brasil ao longo das décadas contribuíram para criação de um mercado de trabalho aberto para as mulheres, fato esse que possibilitou o seu avanço atual para outras instâncias e setores (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Houve uma predominância da graduação de enfermagem, em detrimento ao curso de medicina. Resultado que se assemelhou ao estudo em Minas Gerais (COSTA, et al. 2013) e Teresina (FONTENELE, et al. 2013) com enfermeiros, médicos e cirurgião dentista, onde uma grande parcela 47,4% e 47,0% respectivamente dos profissionais foram enfermeiros.

Quanto a coordenação houve um predomínio do sexo masculino. O profissional de enfermagem é o responsável pela coordenação do Programa de Controle da Tuberculose, o que também foi observado por um estudo realizado em municípios do estado do Rio de Janeiro (CUNHA, et al. 2015).

Possui um tempo de formação superior a 5 anos, corroborando com os achados de um estudo de uma pesquisa avaliativa no município de Sobral- CE, onde os profissionais possuíam um tempo superior a 5 anos de formação (CARNEIRO, et al. 2014).

Segundo o coordenador do município nunca realizou nenhum tipo de especialização, resultado que difere dos estudos realizados em municípios do Rio de Janeiro e em Sobral no Ceará (CUNHA, et al. 2015; CARNEIRO, et al. 2014). A especialização profissional é de suma importância e necessidade para desempenhar um trabalho de maior qualidade, contribuindo decisivamente para agregar mais conhecimento a prática e a experiência.

No que diz respeito aos impressos e insumos disponíveis em quantidades suficientes para o atendimento dos casos de tuberculose nas unidades de saúde da família e da gestão, constatou-se que a maior parte desses materiais são sempre disponibilizados, haja vista a importância dos mesmos. A preocupação encontra-se na ficha de investigação de óbito, já que 38,9% dos entrevistados negaram a disponibilidade. O que corrobora com os estudos de Balderrama et al. (2014) em que um número significativo de profissionais relataram disponibilidade suficiente de impressos e insumos, como também visto em uma pesquisa avaliativa, que analisou a implantação do PCT em Divinópolis (MG), com exceção da falta de medicação no último ano, onde somente 12,1% dos medicamentos foram entregues na APS e com relação ao coletor de escarro, que estava disponível, mas faltava organização no envio do mesmo para as unidades de saúde (ANDRADE, et al. 2017).

Divergente do estudo de Cunha et al. (2015) que revelou que a estrutura para a realizações das atividades do PCT é bastante frágil e que a insuficiência de insumos configurou como umas das principais barreiras para o desenvolvimento do PCT. Alguns aspectos são capazes de influenciar de forma negativa no desempenho do programa, como falta de recursos materiais e humanos, equipes mal dimensionadas e contexto sociocultural e econômico dos pacientes, demandando constante qualificação gerencial, organizacional e técnico assistencial dos profissionais de saúde (ARAKAWA, et al. 2011). O Controle da tuberculose requer a garantia dos acessos aos serviços de saúde e a disponibilidade em quantidade suficiente de materiais e insumos.

Em relação as normatizações técnicas que definem o programa quase a totalidade dos profissionais declararam conhecer, tanto das unidades quanto da gestão, com um menor conhecimento da nota técnica nº 32/14 que é sobre a coleta de escarro e critérios para cultura. É indispensável o conhecimento dos profissionais quanto as normatizações para um melhor êxito em seu trabalho e desenvolvimento do programa. Quanto a distribuição de materiais educativos a respeito da tuberculose para distribuição na rede, um número significativo de profissionais declarou suficientes, enquanto o gestor disse ser insuficientes, corroborando com o estudo de Costa; León; Oliveira (2017) no qual 89,9% dos profissionais relataram ser insuficientes, ou seja, a conscientização não tem sido totalmente eficaz.

Quase a totalidade dos profissionais das unidades confirmaram receber a visita do coordenador do município e participar de reuniões de indicadores o que caracteriza uma ação indispensável para tomada de decisões, com o surgimento de opiniões e ideias importantes que outros profissionais possam ter para contribuir com as atividades. Divergente de um estudo realizado por Costa; León; Oliveira (2017) no qual foi demonstrado que 39,8% dos profissionais afirmaram que não foi realizada reunião no último ano que discutisse sobre TB. Sabe-se da importância da integração das ações da vigilância com a Estratégia de Saúde da Família para o sucesso do Programa (ANDRADE, et al. 2017).

Todos os profissionais atendem casos de tuberculose, com exceção de um, por não haver pacientes nesta condição e a maioria dos profissionais realizam a coleta de baciloscopia de escarro na oportunidade da consulta. Esse exame é fundamental para o diagnóstico precoce e controle da doença. Este resultado tem sido evidenciado por um estudo de Brito et al. (2015), pois a maioria das equipes solicita a baciloscopia de escarro. Diferentemente de um estudo realizado em Vitória- ES no qual foi observado uma baixa realização de baciloscopia nos serviços da atenção básica (LOUREIRO, et al. 2014).

Quanto a fluxo de recolhimento da amostra, há um transporte que recolhe essas amostras nas unidades, facilitando assim o fluxo do serviço. Divergente do estudo de Cunha et al. (2015) onde não havia um fluxo definido de coleta e envio do escarro para realização da baciloscopia. É fundamental que a gestão organize o fluxo de encaminhamento das amostras, devolvendo os resultados em tempo hábil (BRITO, et al. 2015).

As responsabilidades dos profissionais de saúde envolvidos com a assistência foram influenciadas de forma significativa pela situação organizacional do programa municipal. Apesar de existir uma estrutura que assegura a retaguarda laboratorial, problemas na realização de exames diagnósticos, como o raio X, indica uma falha estrutural na disponibilidade deste serviço, e o tempo entre a coleta do material e o recebimento dos resultados dos exames que fica em torno de mais de 10 dias, bem como em relação e demora para recebimento do resultado da cultura, com demora de cerca de mais de 60 dias para chegar, indicando dificuldades na organização dos serviços. Esses achados foram semelhantes ao estudo realizado por Andrade et al. (2017).

Quanto a realização do TDO dos pacientes em acompanhamento todos os profissionais asseguraram realizar. Esse método é de extrema importância, causando impacto na diminuição do abandono e no número de incidência da doença. Em um estudo com profissionais da atenção primária em Campinas-SP, os mesmos relataram realizar o TDO, mas declararam ter dificuldades para realização na sua equipe (COSTA; LEON; OLIVEIRA,

2017). Em outro estudo realizado em cenário amazônico dentre os que reconheciam a importância do TDO, metade deles relatou não acompanhar nenhum paciente nessa modalidade de tratamento (HEUFEMANN; GONÇALVES; GARNELO, 2013).

O TDO é um tratamento preconizado pela OMS desde 1993 tendo sido introduzido no PNCT desde 1998 (MENDONÇA; FRANCO, 2015). Uma realização deficiente do TDO pode estar ligada a centralização de algumas ações assistenciais, a ausência de capacitação profissional, a redução da cobertura da ESF e, também a resistência de alguns profissionais. É um método que vai além de uma simples supervisão da tomada da medicação (ANDRADE, et al. 2017).

Quanto a consulta de acompanhamento quase a totalidade dos profissionais afirmaram ser mensais. Andrade et al. (2017) encontraram um baixo número de consultas durante o tratamento.

Todos os profissionais das unidades solicitam o teste de HIV, e mais da metade (66,7%) possui o TRHIV implantado, como demonstrado também no estudo de Heufemann; Gonçalves; Garnelo (2013). Sabe-se da importância da oferta e realização do teste, e quando é realizada de forma adequada pode refletir mudança em termos de diminuição de mortalidade HIV/TB. A notificação de maneira correta dos pacientes auxilia o planejamento de medidas de controle e de assistência ao portador (FEITOZA, et al. 2012).

O acompanhamento de contatos apresentou-se satisfatório, confirmando com os achados de Marquieviz et al. (2013) e divergindo com os resultados de Andrade et al. (2017) no qual foi constatado que embora os contatos fossem convocados para exames, um número bem menor era examinado e pouco receberam visita domiciliar. O número de contatos examinados entre os identificados representa o esforço da vigilância para atingir as metas estabelecidas (MENDONÇA; FRANCO, 2015).

Um número expressivo dos profissionais declarou utilizar o formulário de controle de contatos e receber o boletim de acompanhamento. No que diz respeito a conhecer os critérios para solicitação de PPD a maioria diz conhecer. A prova tuberculínica é um teste diagnóstico de ILTB que baseada em uma reação de hipersensibilidade cutânea após a aplicação do PPD por via intradérmica, em que a leitura é efetuada 48 a 72 horas após a aplicação, podendo ser realizada até 96 horas (BRASIL, 2011b). Todos os profissionais relataram realizar a notificação de ILTB na unidade.

Quase todos entrevistados afirmaram conhecer a estimativa de sintomáticos respiratórios (SR) de sua unidade e realizar a busca ativa de SR. Para um efetivo controle da tuberculose se faz necessário a identificação de sintomáticos respiratórios precocemente de

forma a evitar novos casos de tuberculose. Conforme os achados de Andrade et al. (2017) foi verificado que os profissionais realizam a notificação e registro dos casos, identificam sintomáticos respiratórios (SR) e realizam a busca ativa dos mesmos. Como demonstrado também em um estudo com agentes comunitários de saúde apresentando escores satisfatórios na identificação dos SRs de TB na comunidade e nos serviços de saúde (SCATOLIN, et al. 2014). Divergente do estudo de Cunha et al. (2015) no qual observou-se que a busca de sintomáticos respiratórios ainda não foi plenamente incorporada como atividade essencial no controle da TB.

Em relação a busca ativa de faltosos todos os profissionais afirmaram realizar, visto que esta é uma ação indispensável para efetivação do tratamento. No entanto, em um estudo realizado por Brito et al. (2015) apenas 57,3% das equipes realizam a busca ativa dos pacientes faltosos e em outra pesquisa realizada por Heufemann; Gonçalves; Garnelo (2013) somente 30% dos entrevistados responsáveis pela tarefa referiram realizar busca ativa de faltosos, apresentando um contrassenso entre a norma técnica e a adequada operacionalização delas na rotina do atendimento.

A maioria dos profissionais diz conhecer o fluxo de encaminhamento para a referência e contra referência, ao contrário do estudo realizado em Divinópolis –MG, onde existiam deficiências com relação a definição para referência e contra referência para portadores de tuberculose (ANDRADE, et al. 2017).

Quanto ao número de consultas por especialista se era suficiente, dividiu opiniões quanto a sua suficiência. O município não dispõe de especialista o que dificulta ainda mais as ações de tuberculose no município. O que difere do estudo realizado por Cunha et al. (2015) em municípios do estado do Rio de Janeiro, onde todos os municípios possuem, pelo menos, um centro de referência secundária para atenção a tuberculose com presença de pneumologista. É fundamental estabelecer um fluxo de referência e contra- referência acessível, para garantir ao usuário o acesso aos serviços de saúde.

Em relação aos casos de tuberculose multirresistente (TBMR) apenas um profissional declarou possuir no último ano. O baixo número pode estar ligado a diminuição de reingresso após abandono, visto que é nesse grupo que se constata o maior percentual de pacientes que desenvolvem tuberculose multirresistente (FARIAS, et al. 2013).

Sobre o acompanhamento compartilhado com a atenção terciária mais da metade referiu que sim, e quanto a realização da medicação injetável para TBMR um número considerável de profissionais alegou ser em Recife, o que dificulta o acesso do paciente a este serviço.

Em relação à Educação, Informação e Mobilização da comunidade foi unânime a afirmação da realização das atividades sobre prevenção e controle da tuberculose, variando somente a frequência das estratégias, sendo as mais utilizadas as campanhas. Resultado também encontrado em um estudo descritivo realizado em um município considerado prioritário para o controle da TB no estado da Paraíba, no qual foi possível perceber que as atividades educativas são realizadas em campanhas ou quando há um aumento do número de casos de TB. A educação em saúde é priorizada em função do agravo que mais incide no território no momento, e as atividades educativas se concentram à distribuição de panfletos, fixação de cartazes e realização de palestras esporádicas (SÁ, et al. 2013).

Resultado divergente foi visto em um estudo realizado no Rio Grande do Norte-RN onde as atividades educativas e de promoção a saúde direcionadas para TB, eram realizadas com grupos de intervenção educacional com enfoque de orientar sobre a doença e sempre realizada conforme a necessidade do território (BRITO, et al. 2015).

Um problema que se nota nas equipes de saúde da família reflete sobre a abordagem de uma educação em saúde simplista, na qual se deparam com processos de trabalho pouco capazes de mobilizar a participação da comunidade, limitando-se em eventos pontuais, como datas comemorativas (SÁ, et al. 2013).

Quanto a distribuição de materiais educativos sobre a tuberculose, o resultado foi satisfatório o que corrobora com os estudos de Sá et al. (2013). E diverge do estudo Heufemann; Gonçalves; Garnelo (2013) no qual os profissionais informam realizar atividades educativas em saúde, ainda que não disponham de material educativo específico para TB. A distribuição desses materiais é bastante útil para orientar/alertar a população quanto a doença.

Sobre o Programa Municipal Saúde na Escola, a maior parte dos profissionais disseram conhecer (83,3%), e afirmaram realizar atividades educativas como palestras/orientações e (55,5%). Faz parte do papel dos profissionais das equipes desenvolver ações educativas/orientação sobre a doença, fortalecendo assim também o vínculo entre o profissional e a comunidade.

A respeito de ter participado de algum curso sobre a tuberculose nos últimos dois anos um baixo percentual disse ter participado o que difere de resultados encontrados em outros estudos (MARQUIEVIZ, et al. 2013; COSTA; LEÓN; OLIVEIRA, 2017). A realização de cursos e treinamentos é de suma relevância para que os profissionais que atuam nas estratégias de saúde da família estejam qualificados para realizar o diagnóstico e tratamento de forma correta o mais precocemente aos portadores de TB, reduzindo assim a incidência da doença (MARQUIEVIZ, et al. 2013).

De acordo com o coordenador entrevistado o qual possui uma carga horária semanal de 30 horas, não existe um local específico para desenvolvimento das atividades do programa, o que se configura como um problema ao pleno desenvolvimento do PCT. Outro entrave observado foi sobre a disponibilidade de veículo para o desenvolvimento das ações, visto que o mesmo é compartilhado com outros setores. Observou-se essa mesma dificuldade no estudo realizado por Cunha et al. (2015).

Quanto à existência de computadores conectados à internet em número suficientes e adequados para as ações do serviço, o mesmo relatou serem suficientes, mas não adequados. Sobre a necessidade do bom uso do computador nas áreas de saúde, Matsuda et al. (2015) afirmam as seguintes vantagens: “Facilidade no acesso das informações; Agilidade na tomada de decisão e no cuidado; Segurança das informações e do cuidado; Disponibilidade de mais tempo para o paciente e familiar; Organização dos dados; Acesso às informações globais do paciente”.

O planejamento integrado mostrou-se ineficiente, já que não existe, por parte do gestor, o monitoramento dos principais instrumentos de gestão, nem a pactuação dos indicadores de tuberculose com as unidades que atendem os casos e nem reuniões com outras áreas técnicas de gestão. Corroborando com os estudos de Andrade et al. (2017), Costa; León; Oliveira (2017) e Heufemann; Gonçalves; Garnelo (2013) no qual observou-se deficiência quanto a realização de reuniões para discutir e programar ações de controle da TB e a articulação entre o PCT e o PSF era raro acontecer havendo uma baixa participação das ESF no planejamento das ações do programa, não ocorrendo o fluxo de informação ou de avaliação, unilateral ou compartilhada, entre os programas. Assim, não há o alinhamento entre diferentes equipes, podendo prejudicar o bom andamento dos serviços e atividades que sejam realizadas em conjunto por diferentes profissionais.

Sobre o monitoramento e a avaliação, o coordenador do PCT garantiu efetuar pois afirmou realizar as análises necessárias com uma periodicidade mensal. Segundo Júnior et al. (2016) a qualidade de um sistema de saúde depende da qualidade dos dados, características que podem ser afetadas quando os formulários não são corretamente preenchidos ou há falhas em sua produção e gerenciamento. No caso de duplicidade a falta de reparo pode trazer consequências podendo provocar um aumento no coeficiente de incidência e prevalência da doença.

Em relação ao monitoramento e análise dos principais indicadores epidemiológicos e operacionais o mesmo afirmou realizar, calcular o número de SR do município e divulgar entre as unidades. Diferente dos achados de Heufemann; Gonçalves; Garnelo (2013) no qual

foi evidenciado dificuldade em planejar, executar e monitorar as metas de controle e outros indicadores de vigilância epidemiológica da TB no município. A única atividade em que não é realizada pelo mesmo é o cruzamento do banco de dados. A realização dessas atividades é de extrema relevância para o PCT.

Em relação à organização da rede e serviços da gestão, as respostas foram positivas quanto ao município possuir serviço de referência secundária, sendo este em Recife, o que acaba sendo um entrave tanto para os pacientes como para o sucesso do Programa. Segundo o coordenador o fluxo de encaminhamento é divulgado entre os profissionais da rede. De acordo com Andrade et al. (2013) o trabalho em rede é um dos elementos para o fornecimento do cuidado integral, contínuo, resolutivo e diferente da percepção focada e seletiva ainda dominante, em que prevalecem ações e serviços de baixa qualidade voltados a populações pobres e vulneráveis. Diante disso é essencial o fortalecimento de métodos de referência e contra-referência, assim como de integração e colaboração entre os serviços de saúde.

Quanto aos aspectos negativos está a falta do serviço de Raio X, já abordado anteriormente. Sobre esta deficiência, cabe ressaltar que este serviço é de suma importância para o diagnóstico da tuberculose. E a demora no recebimento da cultura, como também já mencionado, onde o mesmo relata passar mais de 75 dias para recebimento do resultado. Essa demora refletiu nos dados no Sinan no qual foi observado que entre 2013 a 2016 nenhuma cultura tinha sido realizada, sendo que algumas ainda estavam em andamento e outras realmente não tinham sido realizadas. Isso pode sugerir a baixa prioridade desta atividade pelos gestores municipais.

Segundo o coordenador, o município possui laboratório para realização de baciloscopia de forma conveniada recebendo o resultado entre 7-10 dias, corroborando com os achados de Cunha et al. (2015) no qual relata que isso dificulta o controle das atividades por parte do programa. E diverge dos achados de Andrade et al. (2017) que dispunham de serviços de laboratório Municipal, responsável pela realização dos exames de baciloscopia, cultura de escarro e radiológicos, utilizados na definição da TB.

Em relação ao PPD, o município dispõe de um profissional para realizar, possui Gal implantado e um responsável para visualização e emissão dos resultados, mas não realiza análises epidemiológicas e nunca realizou treinamento sobre o Gal. É essencial a realização das análises epidemiológicas tanto para o monitoramento quanto para a avaliação das atividades dos laboratórios e resultados, assim como o treinamento desse pessoal. O Gal foi proposto como instrumento de monitoração e controle de exames laboratoriais, fundamental a gestão e ao acompanhamento dos programas. Com a implantação do sistema houve a

descentralização dos processos de trabalho, modernizou a emissão dos resultados dos exames de maneira ágil, eficiente e online (JESUS, et al. 2013).

Ainda no que diz respeito ao laboratório conveniado do município as respostas foram positivas quanto a disponibilidade e realização de alguns serviços, com exceção da realização do TRM-TB que é o teste rápido molecular para tuberculose, do manual nacional de vigilância laboratorial da tuberculose e outras micobactérias, sendo este de extrema relevância para realização de procedimentos estratégicos que precisam ser seguidos através das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde. E ainda a ausência de realizações de treinamentos sobre baciloscopia, cultura de micobactérias e sobre o Gal. Destacando mais uma vez a educação permanente em saúde como uma prática imprescindível a ser adotada pelos gestores.

No que tange a Educação, Informação e Mobilização da comunidade por parte da gestão mostrou-se parcialmente efetiva, haja vista as ações educativas ocorrerem algumas vezes em parcerias com escolas ou nos meios de comunicação. Uma doença de cunho social como a tuberculose, precisa de que a educação em saúde seja realizada com o objetivo de empoderar indivíduos adoecidos, de forma que além do tratamento e acesso aos serviços, consigam reivindicar melhoria da qualidade de vida. Assim sendo, profissionais e usuários podem construir de maneira compartilhada um conhecimento em saúde, que proporcione mudanças de hábitos e comportamentos, utilizando-se de métodos educativos que possibilitem a reflexão e a crítica (SÁ, et al. 2013).

É de suma relevância ressaltar que a partir de muitas estratégias o cenário mundial da tuberculose melhorou. O diagnóstico e tratamento eficiente da doença salvaram 43 milhões de vidas no mundo no período de 2000 a 2014 e, em 2015 a prevalência estimada da doença reduziu 42% em relação a 1990 (WHO, 2015). Porém, observou-se que no município de Salgueiro- PE, o coeficiente de incidência vem aumentando ao longo dos anos evidenciando que o controle da tuberculose ainda é um grande desafio para o município.

Em 2016, foi registrado um coeficiente de incidência de 43,2 por 100.000 habitantes. Convém destacar que a meta para erradicação da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil é de <10 casos/100 mil hab. Vale ressaltar que esses valores só serão alcançados com a melhoria de alguns indicadores epidemiológicos e operacionais, como por exemplo a diminuição do coeficiente de incidência de aids (BRASIL, 2016).

No ano de 2015 a tuberculose foi a doença infecciosa que mais matou no mundo (BRASIL, 2017a). Em relação ao coeficiente de mortalidade por tuberculose no município de Salgueiro- PE, a análise apresentou uma redução atingindo a taxa estimada (<2/100 mil hab.)

E indica que o declínio da proporção de abandono do tratamento da doença ampliaria a frequência dessa redução (BRASIL, 2017b).

Os indicadores operacionais para a fiscalização e controle da doença espelham o desempenho dos serviços de saúde na qualidade do cuidado ao paciente com tuberculose (BRASIL, 2017a). Para monitorar o Programa de Controle foram escolhidos alguns indicadores como contatos examinados, à coinfeção TB-HIV, à cura, aos casos de tuberculose multidrogarresistente, dentre outros.

Em Salgueiro, no ano 2016, 92,8% de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar tiveram confirmação laboratorial, atingindo o pactuado no Programa de Qualificação das ações de Vigilância em Saúde (70%). O exame de contatos é um método que deve ser utilizado de forma ativa e continuada com a finalidade de identificar/descartar os casos de tuberculose ativa e de infecção latente por tuberculose. Por meio deste método é capaz de detectar com antecedência os casos de tuberculose e iniciar o tratamento, tendo em vista a interrupção da cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2017a).

Quanto ao diagnóstico da doença houve uma redução de 8,8% na proporção de casos novos pulmonares confirmados por critério laboratorial de 2015 para 2016. O diagnóstico da doença é gratuito pelo SUS, no entanto, o pequeno percentual de casos novos de tuberculose pulmonar com diagnóstico laboratorial pode indicar a baixa qualidade da vigilância epidemiológica, assim como da assistência devido à falta de acessibilidade aos exames para confirmar os casos. Além do mais, há a hipótese de casos diagnosticados de forma incorreta (BRASIL, 2017a).

A proporção de realização da cultura de escarro nos casos de retratamento, que precisaria ser oferecida ao total dessas pessoas, está bem abaixo do indicado (35%) não realizando nenhuma cultura entre os anos analisados, isto pode estar ligado a demora no resultado deste exame.

No Município, em 2016, 88,6% dos casos novos de tuberculose fizeram testagem para o HIV, valor menor do que o atingido em 2015 (95,4%), mas ainda assim atingiu a meta preconizada (75%). As ações que colaboram para a diminuição do coeficiente de incidência de AIDS necessitam ser melhoradas, acima de tudo entre os pacientes que apresentam tuberculose. É de suma urgência que o manejo clínico da coinfeção TB-HIV seja qualificado com o começo oportuno do diagnóstico prévio do HIV e dos antirretrovirais em pacientes com tuberculose, visto que essas pessoas evidenciam mais risco para um final ruim da patologia, como é a situação do abandono do tratamento da doença (SANCHEZ, et al. 2012).

Para o ano de 2016, 100% dos casos novos com coinfeção TB-HIV fizeram uso do

TARV, atingindo a meta (100%). Vale destacar que a tuberculose é a principal causa de morte por doença infecciosa em pessoas com HIV/aids, e a utilização da terapia antirretroviral nesses pacientes diminui a mortalidade (ODONE, et al. 2014). Ademais, ações educativas constantes para prevenção do HIV precisam existir em todos os serviços de saúde e de fácil acesso para todos os indivíduos.

Nesse contexto, é importante destacar que a Estratégia Saúde da Família (ESF) sempre foi e continua sendo uma fundamental aliada na batalha de erradicação da tuberculose. Porém, além do crescimento da cobertura, existe uma indispensabilidade de qualificação da atenção primária como o início para acolher e acompanhar o tratamento do enfermo (BRASIL, 2017b). Soma-se a isso, o Tratamento Diretamente Observado (TDO), uma ação que está muito ligada às responsabilidades da ESF. Em 2016, fizeram o tratamento diretamente observado 84,6% dos casos novos de tuberculose pulmonar, alcançando a meta preconizada (70%).

A proporção de cura necessita ainda ser otimizada, apesar de 73,6% dos casos novos de tuberculose pulmonar progrediram para a cura no ano de 2016, onde a meta seria >85% e a de abandono necessita ser reduzida onde atingiu uma taxa de 20% em 2013, sendo preconizado uma taxa <5%. O abandono do tratamento está associado também à efetivação do TDO e à realização da ESF, apresentando o papel principal da atenção primária no controle da patologia (BRASIL, 2017b). Entre os anos analisados não houve casos de tuberculose multidroga-resistente.

Os indicadores escolhidos para o Programa de Controle de Tuberculose em Salgueiro estão repletos de relevância, porém, mesmo com todo o empenho para o melhoramento da qualidade do programa, alguns resultados, como a proporção de cura (que apresentou uma redução em 2016 comparado ao ano de 2015), ainda estão abaixo do desejado para o sucesso da conquista de erradicação da doença como problema de saúde pública (BRASIL, 2017a).

Em contrapartida, precisam ser destacados indicadores que evidenciaram melhora quando comparados ao ano anterior, a saber: proporção de casos novos pulmonares confirmados por critério laboratorial, proporção de casos novos de tuberculose pulmonar que realizaram o tratamento diretamente observado e proporção de realização de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose.

Os desafios para reduzir a tuberculose em Salgueiro continuam e as expectativas de extinguir a patologia como problema de saúde pública somente se realizarão se mais ações forem criadas através do gerenciamento do governo, assim como se existir a definição de parcerias fora desse segmento. É preciso criar melhorias da qualidade do serviço oferecido às

peças com tuberculose, proporcionando a garantia de prevenção, ao diagnóstico adequado e oportuno da doença, e ao tratamento correto e humanizado.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Apesar da tuberculose ser uma doença com potencial de cura, o seu aparecimento ainda tem sido frequente no Brasil, matando muitas pessoas por ano. A alta incidência no país impulsionou que fossem aplicadas estratégias de controle e redução do número de óbitos por tuberculose. Neste sentido, houve a relevância em analisar as condições estruturais de funcionamento do programa de controle da tuberculose no município de Salgueiro (PE), haja vista que o município não vem alcançando a taxa de detecção estimada.

A análise constatou algumas fragilidades no que tange o sistema de saúde relacionado à tuberculose, como, por exemplo, a ausência da integração entre equipes, a falta de lugar próprio para o desenvolvimento do PCT, falta do serviço de Raio X, ausência de reuniões integradas com outras áreas técnicas de gestão, ausência de reuniões entre o coordenador do programa e os profissionais das unidades de saúde da família para discussão dos indicadores, entre outros.

Desta maneira, através dos resultados obtidos na amostra pesquisada, é possível configurar a existência de limitações no programa de controle da tuberculose no município de Salgueiro, que podem trazer prejuízos ao controle e tratamento dessa doença.

Como limitações do estudo, destaca-se: entrevista com apenas um profissional de cada unidade de saúde da família, não verificação in loco da existência dos impressos, insumos e medicamentos, além da abordagem utilizada, predominando-se uma abordagem quantitativa, a qual não permitiu evidenciar as variáveis de contexto que podem explicar os achados encontrados. Portanto, sugere-se a realização de novas pesquisas com uma maior amostragem, além de uma abordagem qualitativa visando aprofundar o estudo da estrutura e processo de trabalho das equipes no controle e tratamento da tuberculose no município.

Como medidas para fortalecimento do programa em âmbito municipal sugere-se a

adoção de medidas para fortalecimento do controle e tratamento da tuberculose, tais como: realização de reuniões integradas com outras áreas técnicas de gestão, monitoramento dos instrumentos de gestão pelo coordenador do programa (COAP, PEFAP), reuniões mensais com as equipes de saúde da família para discussão dos indicadores, disponibilização de raio-X, ampliação do número de consultas para especialista, garantia de recebimento dos exames em menor tempo, em especial o resultado da cultura.

Em conclusão espera-se que os achados do presente estudo subsidiem os gestores, buscando melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde, aprimorando o desempenho do programa e resultando na diminuição do risco epidemiológico apresentado pela tuberculose.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, R. L. P. et al. Diagnóstico da tuberculose: atenção básica ou pronto atendimento? **Rev Saúde Pública** 2013;47(6):1149-58. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n6/0034-8910-rsp-47-06-01149.pdf> Acesso em: 17 de Fevereiro de 2018.

ANDRADE, H. S. et al. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. **SAÚDE DEBATE RIO DE JANEIRO**, V. 41, N. ESPECIAL, P. 242-258, MAR 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0242.pdf> Acesso em: 18 de fevereiro de 2018.

ARAKAWA, T. et al. Acessibilidade ao tratamento de tuberculose: avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 19(4):[09 telas] jul.-ago. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_19.pdf) Acesso em: 21 de Fevereiro de 2018.

BALDERRAMA, P. et al. Porta de entrada para o diagnóstico da tuberculose: avaliação da estrutura dos serviços. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 jul/set;16(3):511-9. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n3/pdf/v16n3a03.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n3/pdf/v16n3a03.pdf) Acesso em: 17 de Fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_recomendacoes\\_controle\\_tuberculose\\_brasil.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf) Acesso em: 14 de Agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Tratamento Diretamente Observado da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento\\_diretamente\\_observado\\_tuberculose.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tratamento_diretamente_observado_tuberculose.pdf) Acesso em: 18 de Fevereiro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em:

<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf> Acesso em: 17 de Dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico. Especial tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017a. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/marco/23/2017-V-48-N-8-Indicadores-priorit-rios-para-o-monitoramento-do-Plano-Nacional-pelo-Fim-da-Tuberculose-como-Problema-de-Sa-de-P-blica-no-Brasil.pdf> Acesso em: 11 de Novembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/24/Plano-Nacional-Tuberculose.pdf>> Acesso em: 8 de Setembro de 2017.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico**, 2017. Disponível em : < <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 25 de Outubro de 2017.

BRITO, E. W. G. et al. Organização do cuidado à tuberculose na atenção básica do Rio Grande do Norte. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 9(Supl. 6):8643-52, jul., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10640/11649> Acesso em: 19 de Fev. 2018.

CARNEIRO, M. S. M. et al. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **SAÚDE DEBATE** | RIO DE JANEIRO, V. 38, N. ESPECIAL, P. 279-295, OUT 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2014.v38nspe/279-295/pt> Acesso em: 18 de Fevereiro de 2018.

COSTA, S. M. et al. Perfil do profissional de nível superior nas equipes da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, 2013 Abr-Jun; 8(27):90-6. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/530/552> Acesso em: 16 de Fevereiro de 2018.

COSTA, M. C. P., LEÓN, L. M., OLIVEIRA, H. B. As dificuldades dos profissionais no atendimento aos pacientes em tratamento para tuberculose na atenção primária. **Rev. Gestão & Saúde** (Brasília) Vol. 08, n. 03, Set. 2017. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/24122/pdf> Acesso em: 21 de Fevereiro de 2018.

CUNHA, N. V. et al. Estrutura organizacional e processos de trabalho no controle da tuberculose em municípios do estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil. **Comunicação Saúde e Educação**, 2015. Disponível em: < <https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n53/251-264/pt> Acesso em: 17 de Fevereiro de 2018.

FARIAS, E. J. S. et al. Análise epidemiológica dos casos de tuberculose notificados no município de Sobral - CE no período de 2007 a 2011. **S A N A R E**, Sobral, V.12, n.1, p. 33-39, jan./jun. – 2013. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/333/267> Acesso em: 23 de Fevereiro de 2018.

FEITOZA, D. S. et al. Vigilância epidemiológica no contexto do programa de controle da tuberculose: limites e possibilidades. **Rev Rene**. 2012; 13(5):1066-74. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027984011.pdf> Acesso em: 19 de Fevereiro de 2018.

FONTENELE, R. P. et al. Fitoterapia na Atenção Básica: olhares dos gestores e profissionais da Estratégia Saúde da Família de Teresina (PI), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8):2385-2394, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n8/2385-2394/pt> Acesso em: 16 de Fevereiro de 2018.

HEUFEMANN, N. E. C., GONÇALVES, M. J. F., GARNELO, M. L. Avaliação do programa de controle da tuberculose em cenário Amazônico: desafios em Coari. vol. 43(1) 2013: 33 – 42. Disponível em: <<http://submission.scielo.br/index.php/aa/article/view/73352/7550>> Acesso em: 23 de Fevereiro de 2018.

JESUS, R. et al. Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial: relato de experiência de uma ferramenta transformadora para a gestão laboratorial e vigilância em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(3):525-529, jul-set 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a18.pdf> Acesso em: 19 de Fevereiro de 2018.

JÚNIOR, S. H. A. S. et al. Descrição dos registros repetidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2008-2009\*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 25(3):487-498, jul-set 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/ress/2016.v25n3/487-498/pt>> Acesso em: 23 de Fevereiro de 2018.

LOUREIRO, R. B. et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em serviços de saúde do município de Vitória, ES, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(4):1233-1244, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n4/1233-1244/pt> Acesso em : 21 de Fevereiro de 2018.

MARQUIEVIZ, J. et al. A Estratégia de Saúde da Família no controle da tuberculose em Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1):265-271, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2013.v18n1/265-271/pt> Acesso em: 22 de Fevereiro de 2018.

MATSUDA, L. M. et al. Informática em enfermagem: desvelando o uso do computador por enfermeiros. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Jan-Mar; v. 24, n. 1, 2015, p. 178-86. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71438421022.pdf> Acesso em: 15 de Fevereiro de 2018.

MENDONÇA, S. A., FRANCO, S. C. Avaliação do risco epidemiológico e do desempenho dos programas de controle de tuberculose nas Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina, 2003 a 2010\*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(1):59-70, jan-mar 2015 Disponível em: [https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00059.pdf](https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00059.pdf) Acesso em: 22 de Fevereiro de 2018.

MONTECHI, L. N. et al. Distribuição espacial da tuberculose em Teresina, Piauí, de 2005 a 2007\*. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 22(3):475-482, jul-set 2013. Disponível em: <<http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a12.pdf>> Acesso em: 8 de Setembro de 2017.

ODONE, A. et al. The Impact of Antiretroviral Therapy on Mortality in HIV Positive People during Tuberculosis Treatment: A Systematic Review and Meta-Analysis. **PLOS ONE**. Disponível em:

<http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0112017&type=printable>

Acesso em: 21 de Fevereiro de 2018.

PELLEGRINI, A. F. Determinantes Sociais da Saúde: o que há de novo? [artigo na internet]. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/opinioes/dss-o-que-hade-novo/>. Acesso em: 13 de setembro de 2017.

PILLER, R.V. B. Epidemiologia da Tuberculose. **Pulmao RJ** 2012;21(1):4-9. Disponível em: < [http://sopterj.com.br/profissionais/\\_revista/2012/n\\_01/02.pdf](http://sopterj.com.br/profissionais/_revista/2012/n_01/02.pdf)> Acesso em: 12 de Setembro de 2017.

PINTO E. S. G., MENEZES R. M. P., VILLA T. C. S. Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim. **Rev Esc Enferm USP**. 2010; 44(3): 657-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reusp/v44n3/15.pdf> Acesso em: 16 de Fevereiro de 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Plano Integrado de Ações para o Enfrentamento às Doenças Negligenciadas- Programa SANAR, 2015 – 2018. Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2015, 48p. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano\\_sanar\\_2\\_edicao\\_29.08.17.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/plano_sanar_2_edicao_29.08.17.pdf) Acesso em: 16 de Outubro de 2017.

SÁ, L. D. et al. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2013 jan/mar;15(1):103-11. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n1/pdf/v15n1a12.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a12.pdf) Acesso em: 23 de Fevereiro de 2018.

SANCHEZ, M. et al. Outcomes of TB treatment by HIV status in national recording systems in Brazil, 2003- 2008. **PloS One**. v. 7, n. 3, 2012. Disponível em: < <http://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0033129&type=printable> > Acesso em: 18 de Fevereiro de 2018.

SANTOS, T. M. M. G., NOGUEIRA, L. T., ARCÊNIO, R. A. Atuação de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Controle da Tuberculose. **Acta Paul Enferm.** 2012;25(6):954-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a20.pdf> Acesso em: 11 de Setembro de 2017.

SCATOLIN, B. E. et al. Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: atuação do agente comunitário de saúde no controle da tuberculose em município de grande porte, Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2014 Abr-Jun; 23(2): 261-9. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt\\_0104-0707-tce-23-02-00261.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00261.pdf) > Acesso em: 20 de Fevereiro de 2018.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO- SINAN. Tuberculose- Indicadores de Tuberculose. Disponível em: <http://portalsinan.saude.gov.br/>. Acesso em: 30 de outubro de 2017.

World Health Organization. **Global tuberculosis report 2015**. Geneva: WHO; 2015. 192 p. Disponível em: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr15\\_main\\_text.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr15_main_text.pdf) Acesso em: 16 de Fevereiro de 2018.

## ANEXO A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

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

**INSTRUMENTO 1 – 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 coordenador 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 estão disponíveis em quantidade suficiente para o atendimento dos casos de tuberculose nas Unidades de Saúde do município?

<i>Impressos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
Ficha de Notificação e investigação de tuberculose (SINAN)				
Livro de Registro de Sintomático Respiratório				
Impresso de Controle de Contatos				
Ficha de Acompanhamento da tomada diária da medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO)				
Ficha de Notificação da Infecção Latente da Tuberculose				
Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose				
Potes plásticos para coleta de exames de baciloscopia de escarro				
PQT (esquema básico)				
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.º32/14 coleta de escarro/critérios de cultura) que definem as atribuições do Programa?  
 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe
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. Você monitora os principais instrumentos de gestão? Citar (COAP, PEFAP, PQAVS)  
 1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe  
 Se sim, quais? 1.  COAP 2.  PEFAP 3.  PQAVS 4.  Nenhum
12. Se sim, qual a periodicidade?  
 Mensal  Trimestral  Semestral  Anual  outros \_\_\_\_\_
13. Realiza reuniões integradas com outras áreas técnicas da gestão?  
 1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
14. Você realiza o planejamento de suas ações?  
 1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
15. Se sim, realiza o monitoramento e acompanhamento deste planejamento?  
 1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
16. Os indicadores de tuberculose são pactuados com as unidades de saúde que prestam atendimento 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
 

---

17. Você realiza análises de completitude, consistência e duplicidade?  
 1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
18. Se sim, qual a periodicidade?  
 Mensal  Trimestral  Semestral  Anual  outros \_\_\_\_\_
19. 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
20. Você envia o boletim de acompanhamento do SINAN para as unidades?  
 1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
21. Você realiza o cruzamento do banco de dados (SIM, SINAN TB, SINAN HIV)?  
 1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
22. Você 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
26. Se sim, o fluxo de encaminhamento é divulgado entre os profissionais da rede?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
27. O município possui serviço de Raio x?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
28. Se sim, qual tipo?  
1.  Municipal 2.  Conveniado no município 3.  Conveniado em outro município
29. O município possui laboratório para a realização de baciloscopia de escarro?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
30. 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
31. 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: \_\_\_\_\_
32. 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
33. Solicita teste de HIV?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
34. Possui TR implantado?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
35. Conhece os critérios para solicitação de cultura?  
 Retratamento  BK+ a partir do 2.º mês de tratamento  HIV+  Pop. especiais
36. Com quanto tempo recebe o resultado da cultura?  
\_\_\_\_\_
37. Existe algum profissional na rede que realiza o PPD?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
38. Possui GAL implantado?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
39. Possui um profissional responsável para a visualização do GAL e emissão dos resultados?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
40. Realiza análises epidemiológicas pelo GAL?

1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe

---

**GESTÃO**

**Laboratório – Se houver laboratório municipal ou conveniado no município**

41. Realiza baciloscopia de escarro?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
42. Possui livro de registro de resultado de exames de tuberculose?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
43. Envia as lâminas de baciloscopias para o controle externo de qualidade (CEQ)?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
44. Realiza a liberação do laudo pelo GAL?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
45. Realiza o TRM – TB?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
46. Realiza cultura de micobactérias?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
47. Possui cartilha de orientação da coleta de escarro?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
48. Possui Manual da Tuberculose – Diagnóstico laboratorial – Baciloscopia – TELELAB/MS?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não Sabe
49. Possui Manual Nacional de Vigilância Laboratorial da Tuberculose e outras micobactérias, 2008?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não Sabe
50. Realizou treinamento sobre baciloscopia?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não Sabe
51. Realizou treinamento sobre cultura de micobactérias?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não Sabe
52. Realizou treinamento sobre o GAL?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não Sabe

---

**VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

**Assessoramento Técnico**

53. Você 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 \_\_\_\_\_
54. Você 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

---

55. Você 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. ( ) Eventualmente 2. ( ) Frequentemente 3. ( ) Algumas vezes/raramente 4. ( ) Não  
5. ( ) Não sabe

56. No último ano realizou alguma atividade de mobilização social?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Se sim, com qual periodicidade? \_\_\_\_\_

57. Você realiza e/ou promove a divulgação da tuberculose em meios de comunicação, rádio, TV, jornais, etc?

1. ( ) Eventualmente 2. ( ) Frequentemente 3. ( ) Algumas vezes/raramente 4. ( ) Não  
5. ( ) Não sabe

58. Você realiza e/ou promove parcerias com outros órgãos/instituições para promover a tuberculose?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não

Se sim, poderia citar algumas parcerias \_\_\_\_\_

---

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E MOBILIZAÇÃO

Educação Permanente

---

59. Você participou de algum curso sobre diagnóstico, vigilância epidemiológica ou gestão da tuberculose nos últimos 4 anos?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não lembra

60. 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

61. Você articula parcerias com instituições de ensino e entidades científicas da sua região?

1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não Sabe

Se sim, cite algumas \_\_\_\_\_

## ANEXO B – 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: \_\_\_\_\_

---

#### ESTRUTURA

##### Impressos e Insumos

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

<i>Impressos</i>	<i>Sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Não</i>	<i>Não sabe</i>
Ficha de Notificação e investigação de tuberculose (SINAN)				
Livro de Registro de Sintomático Respiratório				
Impresso de Controle de Contatos				
Ficha de Acompanhamento da tomada diária da medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO)				
Ficha de Notificação da Infecção Latente da Tuberculose				
Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose				
Potes plásticos para coleta de exames de baciloscopia de escarro				
PQT (esquema básico)				
Isoniazida para tratamento da ILTB				
Livro de acompanhamento do tratamento do 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
3. Os materiais educativos sobre tuberculose (cartazes, panfletos, cartilhas, álbum seriado) são suficientes para serem distribuídos na rede?  
2. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe

---

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento Técnico

---

4. Você recebe a visita de monitoramento do coordenador do município?  
1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe
5. Você participa de reuniões de discussão de indicadores?  
1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe

---

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Assessoramento técnico

Diagnóstico e Acompanhamento

---

6. Você atende casos de tuberculose?  
1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe
7. Caso não, por qual motivo:  
1. ( ) ausência de pacientes nesta condição 2. ( ) todos casos suspeitos são encaminhados diretamente ao especialista 3. ( ) Outro \_\_\_\_\_
8. Você poderia descrever como realiza o diagnóstico dos casos suspeitos de tuberculose? (Descrever \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_ fluxo \_\_\_\_\_ de atendimento) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. A coleta de baciloscopia de escarro é realizada na oportunidade da consulta?  
1. ( ) sim 2. ( ) não
10. Existe fluxo de recolhimento de amostra de baciloscopia de escarro?  
2. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe
11. 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: \_\_\_\_\_
12. 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
13. Solicita baciloscopia de escarro de controle para os pacientes com tuberculose?  
1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) Não sabe
14. Realiza TDO dos pacientes em acompanhamento?

1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
15. A consulta de acompanhamento do paciente é mensal?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
16. Solicita teste de HIV?  
2.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
17. Possui TR implantado?  
2.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
18. Conhece os critérios para solicitação de cultura?  
 Retratamento  BK+ a partir do 2.º mês de tratamento  HIV+  Pop. especiais
19. Com quanto tempo recebe o resultado da cultura?  
\_\_\_\_\_
20. O município dispõe de serviço de Raio x?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
21. O Raio x é disponibilizado com laudo?  
1.  Sim 2.  Não 3.  Não sabe
22. Em quantos dias recebe o resultado do Raio x?  
\_\_\_\_\_
23. Você realiza o acompanhamento de contatos?  
1.  Sim, sempre 2.  Sim, algumas vezes 3.  Não 4.  Não sabe
24. Você utiliza o formulário de controle de contatos?  
1.  Sim 2.  Não
25. Você conhece os critérios para solicitação de PPD?  
1.  Sim 2.  Não
26. Realiza o acompanhamento de ILTB na unidade?  
1.  Sim 2.  Não
27. Você realiza busca ativa de sintomáticos respiratório?  
1.  Sim, sempre 2.  Sim, algumas vezes 3.  Não 4.  Não sabe
28. Você realiza busca ativa de faltosos?  
1.  Sim, sempre 2.  Sim, algumas vezes 3.  Não 4.  Não sabe
29. Você 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



## ANEXO C – MODELO LÓGICO

Modelo Lógico da Tuberculose e Hanseníase					
Eixos	Processo	Recursos	Resultados		
			Curto	Médio	Longo
Gestão	Planejamento Integrado	RH RM R\$	<ul style="list-style-type: none"> <li>x Articulação das ações</li> <li>x Organização da rede e serviços</li> <li>x Readequação dos processos</li> <li>x Acompanhamento dos indicadores e instrumentos</li> <li>x Incorporação de novas tecnologias</li> </ul>	Estratégias adequadas à realidade local	Melhorar os resultados e diminuir a incidência da doença
	Monitoramento e Avaliação				
	Adptação às inovações				
Vigilância Epidemiológica	Assessoramento Técnico		<ul style="list-style-type: none"> <li>x Autonomia dos profissionais das Unidades de Saúde e da Gestão em relação às ações do PCT e PCH</li> <li>x Readequação dos processos</li> <li>x Incorporação de novas tecnologias</li> </ul>	Qualificação da informação	
Educação, Informação e Mobilização	Educação Permanente		Aumento do conhecimento da população sobre a doença	Diagnóstico precoce e tratamento	
	Informação e Mobilização da Comunidade				

## ANEXO D – NORMAS DA REVISTA

### Revista Saúde em Debate

#### ORIENTAÇÕES PARA A PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DOS TRABALHOS

**1. Artigo original: resultado de pesquisa científica que possa ser generalizado ou replicado. O texto deve conter entre 10 e 15 laudas.**

#### Preparação do texto

O texto pode ser escrito em português, espanhol ou inglês. Deve ser digitado no programa Microsoft® Word ou compatível, gravado em formato doc ou docx. Padrão A4 (210X297mm), **margem de 2,5 cm em cada um dos quatro lados, fonte Times New Roman tamanho 12, espaçamento entre linhas de 1,5**. O corpo de texto não deve conter qualquer informação que possibilite identificar os autores ou instituições a que se vinculem.

Não utilizar notas de rodapé no texto. As marcações de notas de rodapé, quando absolutamente indispensáveis, deverão ser sobrescritas e sequenciais.

Evitar repetições de dados ou informações nas diferentes partes do texto. Depoimentos de sujeitos deverão ser apresentados em itálico e entre aspas no corpo do texto se menores que três linhas. Se forem maiores que três linhas, devem ser destacados, com recuo de 4 cm, espaço simples e fonte 12.

Para as palavras ou trechos do texto destacados, a critério do autor, utilizar aspas simples. Exemplo: ‘porta de entrada’. Evitar iniciais maiúsculas e negrito. Figuras, gráficos, quadros e tabelas devem ser em alta resolução, em preto e branco ou escala de cinza e submetidos separadamente do texto, um a um, seguindo a ordem que aparecem no estudo (devem ser numerados e conter título e fonte). No escrito, apenas identificar o local onde devem ser inseridos. O número de figuras, gráficos, quadros ou tabelas deverá ser, no máximo, de cinco

por texto. O arquivo deve ser editável. Em caso de uso de fotos, os sujeitos n.o podem ser identificados, amenos que autorizem, por escrito, para fins de divulgação científica.

**O trabalho completo, que corresponde ao arquivo a, deve conter:**

1. Folha de apresentação contendo:

a) Título, que deve expressar clara e sucintamente o conteúdo do texto, contendo, no máximo, 15 palavras. O título deve ser escrito em negrito, apenas com iniciais maiúsculas para nomes próprios. O texto em português e espanhol deve ter título na língua original e em inglês. O texto em inglês deve ter título em inglês e português.

b) Nome completo do(s) autor(es) alinhado à direita (aceita-se o máximo de cinco autores por artigo). Em nota de rodapé, colocar as informações sobre afiliação institucional e e-mail. Do autor de contato, acrescentar endereço e telefone.

c) No caso de resultado de pesquisa com financiamento, citar a agência financiadora e o número do processo.

d) Conflito de interesse. Os trabalhos encaminhados para publicação devem conter informação sobre a existência de algum tipo de conflito de interesse. Os conflitos de interesse financeiros, por exemplo, não estão relacionados apenas com o financiamento direto da pesquisa, mas também com o próprio vínculo empregatício. Caso não haja conflito, apenas a informação “*Declaro quenão houve conflito de interesses na concepção deste trabalho*” na folha de apresentação do artigo será suficiente.

e) **Resumo** em português e inglês ou em espanhol e inglês com, no máximo, 700 caracteres, incluídos os espaços, no qual fiquem claros os objetivos, o método empregado e as principais conclusões do trabalho. Não são permitidas citações ou siglas no resumo, à exceção de abreviaturas reconhecidas internacionalmente.

f) Ao final do resumo, incluir de três a **cinco palavras-chave**, separadas por ponto e vírgula (apenas a primeira inicial maiúscula), utilizando os termos apresentados no vocabulário estruturado (DeCS), **disponíveis em: [www.decs.bvs.br](http://www.decs.bvs.br)**.

**2. Texto.**Respeita-se o estilo e a criatividade dos autores para a composição do texto, no entanto, deve contemplar elementos convencionais, como:

a) Introdução com definição clara do problema investigado e justificativa;

b) Métodos descritos de forma objetiva;

c) Resultados e discussão podem ser apresentados juntos ou em itens separados;

d) Conclusão.

3. Colaboradores. No final do texto, devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo. Segundo o critério de autoria do International Committee of Medical Journal Editors, os autores devem contemplar as seguintes condições: a) contribuir substancialmente para a concepção e o planejamento ou para a análise e a interpretação dos dados; b) contribuir significativamente na elaboração do rascunho ou revisão crítica do conteúdo; e c) participar da aprovação da versão final do manuscrito.

4. Agradecimentos. Opcional.

5. Referências. Devem ser de no máximo 25, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Devem constar somente autores citados no texto e seguir as normas da ABNT (NBR 6023).

Exemplos de citações

Todas as citações feitas no texto devem constar das referências apresentadas no final do artigo. Para as citações, utilizar as normas da ABNT (NBR 10520).

#### **Citação direta com até três linhas**

Já o grupo focal é uma “técnica de pesquisa que utiliza as sessões grupais como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais” (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996, p. 473).

#### **Citação direta com mais de três linhas**

Citação indireta

#### **Exemplos de referências**

As referências deverão ser apresentadas no final do artigo, seguindo as normas da ABNT (NBR 6023). Devem ser de no máximo 20, podendo exceder quando se tratar de revisão sistemática. Abreviar sempre o nome e os sobrenomes do meio dos autores.

Livro:

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Seguridade social, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

Capítulo de livro:

FLEURY, S. Socialismo e democracia: o lugar do sujeito. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 24-46.

Artigo de periódico:

ALMEIDA-FILHO, N. A. Problemática teórica da determinação social da saúde (nota breve sobre desigualdades em saúde como objeto de conhecimento). *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 349-370, set./dez. 2010.

Material da internet:

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. *Revista Saúdeem Debate*. Disponível em: <<http://cebes.org.br/publicacao-tipo/revista-saude-em-debate/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

## APÊNDICE

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Para maiores de 18 anos ou emancipados - resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (Rede de cuidado das doenças negligenciadas tuberculose e hanseníase no Estado de Pernambuco), que está sob a responsabilidade das pesquisadoras Ana Cláudia Araújo da Silva, residente à Av. Dr. Belmino Correia, 4115, Alberto Maia, Camaragibe, CEP: 54771000. Fone: (81) 99524-9562. E-mail: claudiaaraujo1987@hotmail, Cândida Maria Nogueira Ribeiro, residente à Rua Estrada do Encerramento, 1166, Casa Forte, Recife, CEP: 52070000. Fone: (81) 99988-8118 e Viviany Souza de Oliveira, residente à Av. Vasco Rodrigues, 348, Peixinhos, Olinda, CEP: 53220375. Fone: (81) 98799-3642. E-mail: vivianysouza@hotmail.com. E está sob a orientação de: Danyella Kessea Travassos, Telefone: (81) 99538-3077, e-mail: kdanyt@yahoo.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 rubrique 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 analisar a linha de cuidado das doenças negligenciadas tuberculose e hanseníase no estado de Pernambuco. 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 aos Programas de Controle de Tuberculose e Hanseníase. O período de participação do voluntário se resume ao momento da entrevista, sendo realizada em visita única.

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 dos pesquisadores, 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 do Hospital Agamenon Magalhães no endereço: (Estrada do Arraial, 2723. Casa Amarela. CEP: 52051380 – Fone: 3184-1769).

---

(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 Rede de cuidado das doenças negligenciadas tuberculose e hanseníase no Estado de Pernambuco, 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:

--