



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

ELINE FERREIRA MENDONÇA

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO
MUNICIPAL**

**RECIFE
2016**

ELINE FERREIRA MENDONÇA

**Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: uma análise
de implantação municipal**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Linha de Pesquisa: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

Orientador: Dr^a Lygia Carmen de Moraes Vanderlei

Coorientador (es): M.Sc. Marina Ferreira de Medeiros Mendes e M.Sc. Monik Silva Duarte

RECIFE
2016

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

M539a Mendonça, Eline Ferreira

Avaliação do programa de controle da tuberculose: uma análise de implantação municipal / Eline Ferreira Mendonça ; orientadora Lygia Carmen de Moraes Vanderlei ; coorientadora Marina Ferreira de Medeiros Mendes ; coorientadora Monik Silva Duarte – Recife : Do Autor, 2016.
129 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2016.

1. Tuberculose. 2. Programa de Controle da Tuberculose. 3. Avaliação em Saúde. I. Vanderlei, Lygia Carmen de Moraes, orientadora. II. Mendes, Marina Ferreira de Medeiros, coorientadora. III. Duarte, Monik Silva, coorientadora. IV. Título.

CDD 614.542

ELINE FERREIRA MENDONÇA

**Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: uma análise
de implantação municipal**

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em: ____ de _____ de 2016

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães –CPqAM/Fiocruz

Prof^a. Dr^a. Suely Arruda Vidal
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP

Prof^a. Dr^a Lygia Carmen de Moraes Vanderlei
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP

DEDICATÓRIA

*À Deus e à Nossa Senhora,
Por minha vida, saúde e força para lutar pelos meus sonhos.*

*A minha avó materna,
Maria Ferreira
Por seu amor e orações.*

*Aos meus pais,
Maria Rosa Ferreira e Eduardo Mendonça
Por todo amor, paciência e confiança em mim depositada.*

*À minha irmã,
Élida Ferreira Mendonça
Por seu amor, cumplicidade e apoio em todos os momentos.*

*Aos meus sobrinhos,
Giovanna, Arthur e Maria Clara
Pelos amor, demonstrações de carinho e momentos de alegria fundamentais
para que eu renovasse minhas energias e continuasse a minha luta.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu paizinho, por toda sua bondade e misericórdia, sem Ele nada seria possível.

À minha avó, Maria Ferreira (D. Neném) que sem conhecer nenhuma letra do alfabeto mas com toda sua sabedoria, um dia me disse: “Estude minha filha, pois uma pessoa sem estudo é pior que um cego”. E mesmo sendo muito criança, eu nunca esqueci essas palavras. Te amo mãe! Obrigada por seu amor e cuidado.

Aos meus pais, Rosa e Eduardo, por tudo o que me ensinaram. Vocês são os responsáveis por tudo o que me tornei e cada passo meu é por vocês e para vocês. Obrigada pelo apoio incondicional, por tudo o que fizeram e fazem por mim. Tudo o que eu sou, o que eu tenho e o que eu sei da vida, eu devo a vocês. Amo vocês mais que tudo desse mundo.

À minha irmã, Éliada, por ser minha melhor amiga, pelo apoio incondicional, por sonhar junto comigo, torcer e vibrar a cada conquista. Você é a melhor irmã do mundo. Um sopro de leveza numa jornada que parece tão pesada em alguns momentos. Te amo minha Dinha.

Aos meus sobrinhos, Giovanna, Arthur e Maria Clara, por conseguirem transformar as rugas de preocupação do meu rosto em marcas de felicidade plena quando recebo um beijo ou um abraço e por entenderem minha ausência em momentos tão especiais de suas vidas. Titia ama muito vocês.

A toda minha família, minha irmã Maria Eduarda, meu Cunhado (Ernandinho), Tios (as), Primos (as), por torcerem por mim sempre. Amo vocês.

Aos meus amigos de Caruaru, que não vou citar nomes para não esquecer ninguém, mas tenho certeza que cada um vai se identificar quando eu agradecer por estarem sempre ao meu lado (mesmo de longe), torcendo e vibrando a cada conquista, e por fazerem dos nossos poucos encontros os melhores e mais divertidos (Vem me pegar depressão... rrsrs).

Aos amigos que construí em Recife, em especial à Gabriela Carla, pela amizade, cumplicidade e parceria. Por dividir comigo seus amigos e sua família, e por todas as histórias que passamos e que ainda vamos passar, pois o que é verdadeiro permanece. Obrigada por tudo amiga, amo você.

Aos meus professores da ASCES, especialmente àqueles que me incentivaram e torceram por mim sempre, e com quem eu tanto aprendi, não só na área acadêmica mas na vida e que além de professores posso chamar de amigos. Obrigada: Nayale Lucinda, Fabrício Andrade e em especial, Valéria Gorayeb, que além de tudo isso, foi quem me apresentou a Avaliação em Saúde e me fez sonhar com esse mestrado desde a graduação.

A Alexandre Menezes pelo incentivo e por todo o apoio na realização desse trabalho mas principalmente pela amizade, paciência e por me permitir aprender tanto convivendo com você. Por me ensinar e me ajudar a não perder o “brilho dos olhos”. Você é um exemplo de profissional que eu quero seguir. Quero ser como você quando eu crescer. Muito obrigada Chefe. Você é muito especial.

A Eronildo Felisberto, grande mestre, por quem eu tenho imensa admiração o meu muito obrigada pelas oportunidades que me foram dadas.

Às Professoras Dra. Lygia Carmen e Marina Mendes, pela paciência, disponibilidade e orientações para conclusão deste trabalho. Vocês foram muito importantes para o meu amadurecimento profissional e pessoal. Muito obrigada.

À minha “Co-amiga” Monik Duarte, por ser meu anjo da guarda em toda essa jornada, apoiando, incentivando, aguentando minhas crises de choro e de riso. Sua energia foi fundamental nessa jornada. Muito Obrigada por tudo minha amiga.

À Ana Lúcia Souza, pelo apoio, incentivo e valiosas contribuições na construção deste trabalho.

Às minhas queridas colegas de mestrado, pelo momentos em sala de aula, não só de aprendizado mas de descontração que ajudaram a tornar os dias de aula mais divertidos.

Às queridas: Maiara, Suellen e Andréa (Residentes e Parceiras) por dividirem comigo umas das etapas mais árduas do processo, a coleta de dados. Obrigada pelo apoio, paciência e pela torcida para que tudo desse certo! Sem vocês teria sido muito mais difícil.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, que me ajudaram na construção dos meus conhecimentos em avaliação, em especial à Prof. Dra. Suely Arruda, por quem eu tenho grande admiração e fiz questão que participasse da minha construção nas minhas bancas.

A Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco – Sevs, pela colaboração e anuência da minha participação neste mestrado.

A Secretaria de Saúde do Recife, em especial aos coordenadores de TB e profissionais das Unidades que se dispuseram a participar do estudo. Sem vocês nenhuma dessas páginas poderia ser escrita.

Este trabalho foi construído com “sangue, suor e lágrimas”, mas principalmente, com muito amor, e foi esse amor que não me permitiu desistir.

E Que venham os próximos desafios.

A todos o meu muito obrigada!

Eline Ferreira Mendonça

EPÍGRAFE

“Há muitas pessoas de visão perfeita que nada vêem... O ato de ver não é coisa natural. Precisa ser aprendido.”

(Rubem Alves – A complicada arte de ver)

RESUMO

INTRODUÇÃO: A tuberculose (TB) é uma doença milenar, de amplitude mundial, estigmatizante e que está relacionada aos critérios de priorização de um agravo em saúde pública, pois apresenta grande magnitude, transcendência e vulnerabilidade. Neste cenário, mudar os seus padrões endêmicos requer um esforço coletivo, principalmente de políticas públicas formuladas e implantadas pelos estados e organismos internacionais, os quais traduzem uma vontade social de eliminar a TB como um problema de saúde pública.

OBJETIVO: Avaliar a implantação do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) no município de Recife, no ano de 2015. **MÉTODO:** Foi desenvolvida uma pesquisa avaliativa de análise de implantação do tipo 3 através da estratégia de estudo de caso único com unidades de análise integradas. O Grau de Implantação (GI) foi definido a partir de indicadores referentes a cada um dos componentes do PCT envolvidos na sua operacionalização. Para a análise do contexto político-organizacional foi utilizado o Triângulo de Governo de Matus (Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade). E por fim a análise da interação Contexto-GI sobre os efeitos do Programa representados por indicadores operacionais e epidemiológicos que refletem os resultados da intervenção. **Resultados:** O GI do PCT no Recife foi classificado como “*Parcialmente Implantado Incipiente*” (51,3%), destacando-se pior resultado na dimensão processo (47,3% *Parcialmente Implantado Incipiente*) em relação à dimensão estrutura (60,6% *Parcialmente Implantado*). O Contexto apresentou-se “*Pouco Favorável*” nas três categorias analisadas. Foi observada a interação desses resultados com o GI do PCT no Recife, e a influência dessa interação nos efeitos do programa. **Conclusão:** O contexto político-organizacional é importante para a implantação e o GI é decisivo para o alcance dos resultados do PCT. Os achados deste estudo reforçam a importância das avaliações na área pública, pelo potencial de melhorar sua operacionalização das políticas e alcance de resultados.

Palavras-Chaves: Tuberculose, Programa de Controle da Tuberculose, Avaliação em saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Tuberculosis (TB) is an ancient disease, world-wide, stigmatizing and that is related to the prioritization criteria of a grievance in public health, since it presents great magnitude, transcendence and vulnerability. In this scenario, change their endemic standards requires a collective effort, especially formulated and implemented by states and international organizations, public policies, which reflect a social desire to eliminate TB as a public health problem. To evaluate the implementation of the Tuberculosis Control Program (PTC) in the city of Recife, in 2015. **METHOD:** an evaluative research of the type implantation analysis 3 was developed through single case study strategy with analysis units integrated. The Deployment Grade (IG) was defined from indicators related to each of the PCT components involved in its operation. For the analysis of the political and organizational context we used the Matus Government Triangle (Government Project, Government and Governance Capacity). Finally the analysis of context-GI interaction on the effects of the program represented by operational and epidemiological indicators that reflect the results of the intervention. **RESULTS:** The GI of PCT in Recife was rated "Partially Implemented Incipient" (51.3%), highlighting worst result in the dimension process (47.3% Partially Implemented Incipient) in relation to the size structure (60.6% Partially Implemented). The context presented himself "Little Favorable" in the three categories analyzed. The interaction of these results with the PCT GI in Recife, and the influence of this interaction on the effects of the program was observed. **CONCLUSION:** The political and organizational context is important for the implementation and the GI is critical to the achievement of the PCT results. The findings of this study reinforce the importance of evaluations in the public sector, the potential to improve its operational policies and achieving results.

Key Words: Tuberculosis Control Program Tuberculosis, Health evaluation.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CG	Capacidade de Governo
CNCT	Campanha Nacional Contra a Tuberculose
CNPS	Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária
DNPS	Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária
DOTS	<i>Directly Observed Treatment Short-course</i>
DS	Distrito Sanitário
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GI	Grau de Implantação
GS	Governabilidade do Sistema
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
NC	Nível Central
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCT	Programa de Controle da Tuberculose
PG	Projeto de Governo
PMCT	Programa Municipal de Controle da Tuberculose
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
RPA	Região Político-Administrativa
SES	Secretaria Estadual de Saúde

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNT	Serviço Nacional de Tuberculose
SR	Sintomático Respiratório
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TB	Tuberculose
TB-MDR	Tuberculose Multidrogaresistente
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UBS	Unidade Básica de Saúde
UR	Unidade de Referência
US	Unidade de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS, QUADROS e TABELAS

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1.** COEFICIENTE DE INCIDÊNCIA POR UNIDADE DE FEDERAÇÃO E DE MORTALIDADE NAS CAPITAIS BRASILEIRA / 100.000 HAB. BRASIL, 2014 **16**
- FIGURA 2.** PRINCIPAIS MARCOS DO CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL E NO MUNDO **19**
- FIGURA 3.** REPRESENTAÇÃO DO MODELO TEÓRICO DA AVALIAÇÃO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE EM RECIFE, 2015 **29**
- FIGURA 4.** MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DA CIDADE DO RECIFE POR REGIÃO POLÍTICO-ADMINISTRATIVA, DISTRITO SANITÁRIO, 2014 **30**
- FIGURA 5.** MODELO LÓGICO RESUMIDO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO ÂMBITO MUNICIPAL, 2015 **33**
- FIGURA 6.** MODELO DAS RELAÇÕES CONTEXTO-INTERVENÇÃO-EFEITOS DOS PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE **36**
- FIGURA 7.** RESULTADO DA INTERAÇÃO CONTEXTO-GI-EFEITO DO PCT, RECIFE, 2015 ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1.** DISTRIBUIÇÕES DE PONTOS POR CATEGORIA/INDICADOR DE ANÁLISE, COM BASE NO TRIÂNGULO DE GOVERNO DE MATOS PARA CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO **39**
- QUADRO 2.** ANÁLISE DO CONTEXTO DE IMPLANTAÇÃO DO PCT NA CIDADE DO RECIFE POR CATEGORIA DE ANÁLISE **46**
- QUADRO 3.** ANÁLISE DOS INDICADORES DE EFEITO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO RECIFE, 2015 **47**

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1.** RESULTADOS DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE SAÚDE POR SUBUNIDADE DE ANÁLISE, DIMENSÃO, COMPONENTE E SUBCOMPONENTE, RECIFE, 2015 **42**
- TABELA 2.** RESULTADOS DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA GESTÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS E DO NÍVEL CENTRAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE POR DIMENSÃO, COMPONENTE E SUBCOMPONENTE. RECIFE, 2015 **43**
- TABELA 3.** RESULTADOS DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA GESTÃO DOS DISTRITOS SANITÁRIOS E DO NÍVEL CENTRAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE POR DIMENSÃO, COMPONENTE E SUBCOMPONENTE. RECIFE, 2015 ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	15
1.1 TUBERCULOSE: ASPECTOS GERAIS E EPIDEMIOLÓGICOS	15
1.2 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE	17
1.3 PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE.....	20
1.4 O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO RECIFE	21
1.5 AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE	22
II. JUSTIFICATIVA.....	26
3.1 OBJETIVO GERAL:	27
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	27
IV. METODOLOGIA.....	28
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	28
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	30
4.3 PERÍODO E POPULAÇÃO DO ESTUDO	31
4.4 AMOSTRA.....	31
4.5 ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	31
4.5.1 AFERIÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO.....	31
4.5.2 ANÁLISE DO CONTEXTO	34
4.5.3 ANÁLISE DOS EFEITOS	34
4.5.4 INTERAÇÃO CONTEXTO-GI-EFEITO	35
4.6 COLETA DE DADOS	37
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	37
4.7.1 GRAU DE IMPLANTAÇÃO.....	37
4.7.2 ANÁLISE DO CONTEXTO.....	39
4.7.3 INTERAÇÃO CONTEXTO-GI-EFEITO	40
4.8 ASPECTOS ÉTICOS	40
V. RESULTADOS	41
5.1 ANÁLISE DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO.....	41
5.1.1 GRAU DE IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE.....	41
5.1.2 GRAU DE IMPLANTAÇÃO NOS DISTRITOS SANITÁRIOS E NÍVEL CENTRAL DA SMS	42
5.1.3 O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NA SUA DIMENSÃO UNITÁRIA	44
5.3 ANÁLISE DOS EFEITOS.....	47
5.4 INTERAÇÃO CONTEXTO-GI-EFEITO	47
VI. DISCUSSÃO	49
VII. CONCLUSÃO	58
VIII. RECOMENDAÇÕES	59
IX. REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES.....	68
ANEXOS	129

1.1 Tuberculose: aspectos gerais e epidemiológicos

A tuberculose (TB) é uma doença milenar, de elevada magnitude, transcendência e vulnerabilidade, ou seja, ainda satisfaz os critérios de um grave problema de saúde pública, que afeta predominantemente países de média e baixa renda, pois estes ainda apresentam manutenção da cadeia de transmissão da doença ^{1,2}.

A TB é causada pelo bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, transmitida pessoa a pessoa e normalmente afeta os pulmões (TB pulmonar), podendo atingir outros órgãos (TB extrapulmonar). Entretanto, a forma pulmonar além de ser a mais frequente é também a de maior relevância para a saúde pública ³.

Segundo dados do Relatório Global da Tuberculose da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014 foram notificados 6 milhões de novos casos, menos de dois terços (63%) dos 9,6 milhões de casos estimados para o mesmo ano, o que significa que, mundialmente, mais de um terço (37,5%) dos casos ficaram sem diagnóstico ou não foram reportados aos serviços de saúde ⁴.

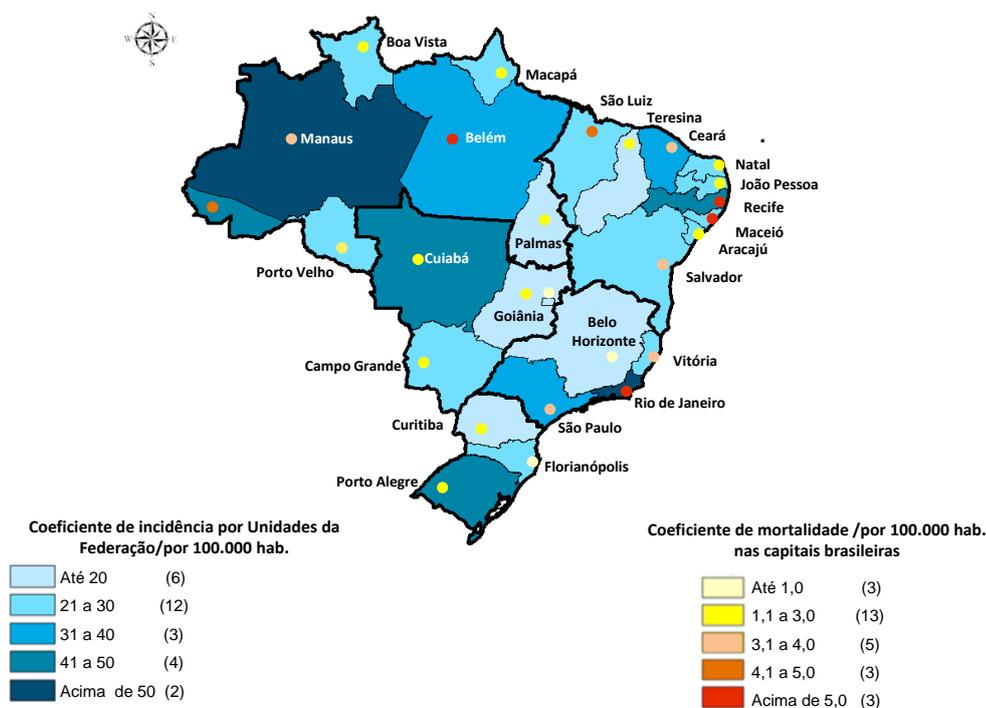
Assim como as lacunas de detecção, outros desafios são relevantes para o controle da TB no mundo. Um deles está associado à propagação e não detecção de cepas resistentes, nos casos de tuberculose multidrogaresistente (TB-MDR), que dos 480 mil casos estimados em 2014, somente um quarto (123 mil), foram registrados. Além disso, outro ponto importante é a associação da tuberculose com a infecção pelo HIV, pois as pessoas que vivem com HIV são 26 vezes mais propensas a desenvolver a doença do que aqueles que são HIV- negativa ⁴.

O relatório da OMS coloca a tuberculose no mesmo patamar do HIV como maior causa de mortes por doença infecciosa, de 1,5 milhão de pessoas mortas por TB em 2014, 400 mil eram HIV positivas e entre o total de mortes por HIV em 2014, de 1,2 milhão, incluem-se estas 400 mil mortes por TB ⁴.

O Brasil encontra-se no grupo dos 22 países que concentram 80% dos casos de TB no mundo, ocupando a 16ª posição em número absoluto de casos. No país, no período de 2005 a 2014, foram diagnosticados, em média, 73 mil casos novos de TB por ano, e em 2013, ocorreram 4.577 óbitos ⁵.

Na distribuição dos casos entre as cinco macrorregiões do país, figura 1, a região Nordeste ocupa o 3º lugar na incidência da doença, com taxa de 31,6/100 mil hab. Já entre os estados brasileiros, Pernambuco (PE) encontra-se na terceira colocação em incidência (48,5/100 mil hab.) e na segunda posição em mortalidade, com taxa de 4,2/100 mil hab. ⁵.

Figura 1. Coeficiente de incidência por Unidade de Federação e de mortalidade nas capitais brasileiras / 100.000 hab. Brasil, 2014



A proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera de 85,0%, aliada a uma proporção de abandono de tratamento abaixo de 5,0%, são fatores que possibilitam redução da incidência em torno de 5,0% a 10,0% ao ano ⁶. Em 2014, o resultado desses indicadores em Pernambuco e em Recife foram de 71,1% e 64,6% de cura e 11,0% e 17,4% de abandono, respectivamente ⁵.

A cura e de abandono são indicadores prioritários para o controle da tuberculose e juntamente com outros indicadores operacionais refletem a qualidade dos serviços prestados aos pacientes com TB ⁶.

1.2 Evolução das políticas públicas para o controle da Tuberculose

Até a descoberta do bacilo de Koch, em 1882, a TB não era conhecida como doença infecciosa, atribuindo-se à mesma uma origem por castigo divino, hereditária, entre outras. Os avanços do conhecimento científico sobre a doença e a organização social trazida pela industrialização no início do século XX, caracterizou a TB como flagelo social, de ocorrência e de propagação estreitamente ligadas às condições de vida e de trabalho ⁷.

Ao longo dos anos foram elaborados sucessivos planos objetivando a redução do problema, porém a persistência dos altos índices de incidência e mortalidade, principalmente nos países com baixo nível socioeconômico, fez com que a OMS decretasse, em 1993, a TB como uma emergência mundial ^{8,9,10,11}.

Desde então o referido órgão vem estabelecendo diretrizes e estratégias globais para o controle da doença em todos os países, dentre as quais se destaca o DOTS (Directly Observed Treatment Short-course), uma estratégia político-administrativa, constituída por cinco componentes: detecção de casos por baciloscopia entre sintomáticos respiratórios (SR) que demandam os serviços gerais de saúde; tratamento padronizado de curta duração, diretamente observado e monitorado em sua evolução; fornecimento regular de drogas;

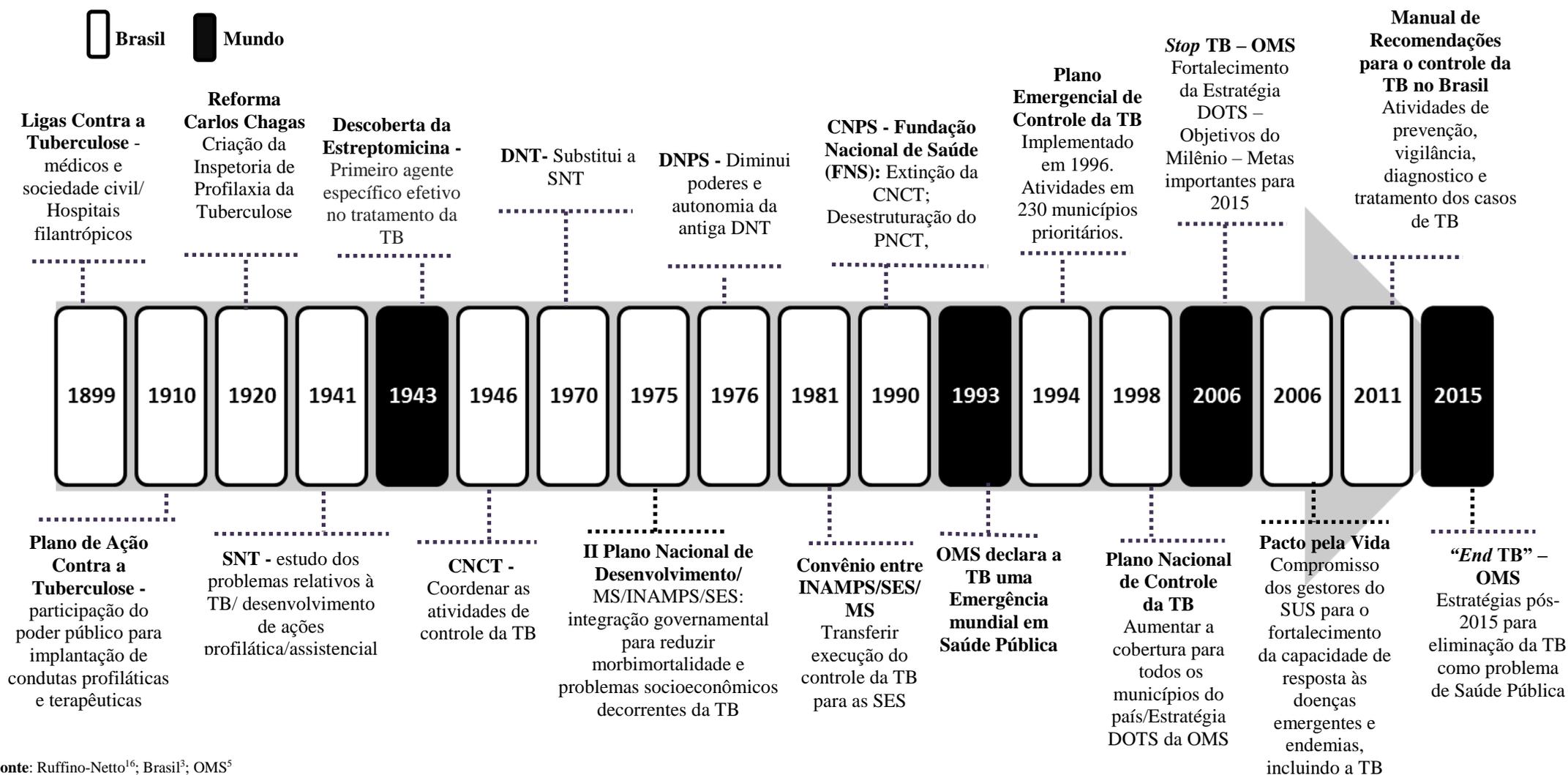
sistema de registro e informação que assegure a avaliação do tratamento; compromisso do governo colocando o controle da TB como prioridade entre as políticas de saúde ¹².

Para expansão e fortalecimento da estratégia DOTS, a OMS lançou em 2006 o plano *Stop TB*. Alinhado aos objetivos de desenvolvimento do milênio, o plano visava alcançar as seguintes metas de impacto até 2015: redução da incidência para 25,9/100.000 habitantes e mortalidade para 1,8/100.000 habitantes, e até o ano de 2050 a eliminação da doença como problema de saúde pública no mundo ¹³.

Em 2015, a OMS divulgou que as metas estabelecidas no *Stop TB* foram alcançadas globalmente em 16 dos 22 países de alta carga. Mundialmente, a incidência de TB caiu 1,5% ao ano desde 2000, com uma redução total de 18%. A partir de 2016, o objetivo global deverá mudar de controle da TB para a eliminação da epidemia de tuberculose. Baseada em três pilares, a nova estratégia “*End TB*” amplia as ações de controle da doença, valorizando a inovação e a incorporação de novas tecnologias, incluindo a proteção social aos pacientes, recomendação do acesso universal à saúde e o estabelecimento de metas arrojadas a serem atingidas. Isto significa que o mundo acordou uma estratégia para acabar com a tuberculose como uma pandemia, reduzindo a incidência para menos de 10 casos por 100.000 habitantes e a mortalidade em 95% até 2035 ^{1,2,5,14}.

No Brasil, a história da tuberculose possui características próprias de acordo com o contexto político, social e científico vigente, iniciado no Século XX, quando as autoridades sanitárias brasileiras reconheceram a necessidade de atenção à doença e foram esboçadas as primeiras ações governamentais sistematizadas para o controle da TB, tendo como referência os planos e estratégias estabelecidos pela OMS ¹⁵. A **figura 2** ilustra de forma resumida, os marcos relevantes ligados ao controle da tuberculose no país.

Figura 2. Principais marcos do controle da tuberculose no Brasil e no Mundo



Fonte: Ruffino-Netto¹⁶; Brasil³; OMS⁵

*SNT: Serviço Nacional de Tuberculose; *CNCT: Campanha Nacional Contra a Tuberculose; *DNPS: Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária; *CNPS: Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária; *OMS: Organização Mundial de Saúde, *TB: Tuberculose; *MS: Ministério da Saúde; *INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social; *SES: Secretaria Estadual de Saúde.

1.3 Programa Nacional de Controle da Tuberculose

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) surgiu em 1975 no bojo de atividades do II Plano Nacional de Desenvolvimento. O PNCT era então financiado pelo Ministério da Saúde (MS), INAMPS e Secretarias Estaduais de Saúde, integrando diferentes níveis governamentais. Em 1990, o programa sofre sua desestruturação quando o Presidente Fernando Collor de Mello, almejando reduzir gastos e descentralizar a administração para os estados, extinguiu a Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Essa desestruturação de nível federal levou a um enfraquecimento das coordenações estaduais, diminuição dos recursos financeiros e consequentemente desestruturação geral do PNCT ¹⁷.

Em 1998, com a criação do Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, o PNCT é reorganizado e oficializa a implantação da Estratégia DOTS como principal recomendação para controle da TB no país ¹⁸.

O PNCT está inserido na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS onde é desenvolvido por intermédio de um programa unificado e executado em conjunto pelas três esferas de governo. Está subordinado a uma programação de ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, fundamentados na busca de sintomáticos respiratórios (SR), no diagnóstico precoce e adequado e no tratamento supervisionado até a cura, com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão, evitar possíveis adoecimentos e prevenir as resistências às drogas ³.

Para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento, o PNCT reconhece a importância de horizontalizar as ações para o combate a TB, estendendo-as para todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo ser executadas tanto nos serviços básicos (Programa de Agentes Comunitários de Saúde -

PACS e a Estratégia de Saúde da Família - ESF), quanto nos ambulatórios de referência 3,11.

Nos serviços básicos é realizada a abordagem aos pacientes portadores de tuberculose dentro das áreas geográficas de atuação, desde a suspeita clínica, passando pelo encaminhamento para a investigação diagnóstica e o acompanhamento dos casos confirmados, por meio do Tratamento Diretamente Observado (TDO) e da coleta da baciloscopia de controle mensal ¹⁹.

Os casos de difícil diagnóstico ou outras situações específicas, como: tratamentos com esquemas especiais, efeitos adversos e/ou comorbidades (HIV e outras), devem ser encaminhados para as unidades de referência (atenção secundária). Os esquemas individualizados para as resistências deverão ser acompanhados pelas referências terciárias ³.

Todos os dados de investigação, diagnóstico e acompanhamento dos casos de tuberculose são registrados nas unidades de saúde em diversos instrumentos de coleta (ficha de notificação, livro de Sintomáticos Respiratórios (SR), livro de acompanhamento de casos, entre outros) que serão incluídos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e utilizados para monitoramento e avaliação das ações de controle nas três esferas de governo ³.

1.4 O Programa de Controle da Tuberculose no Recife

A Secretaria de Saúde do Recife vem desenvolvendo a política de controle da tuberculose com base na descentralização das ações para a atenção básica (AB), tendo como principal eixo o desenvolvimento das ações pela ESF e PACS. Adota esses serviços como porta de entrada do sistema de saúde e reorienta a rede de referência secundária para o devido suporte à rede básica, em cada Distrito Sanitário (DS) ²⁰.

Na cidade do Recife, desde 2013 as ações para controle da TB estão inseridas no escopo de atividades do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (Sanar) do Recife ²⁰. O Sanar é originalmente uma estratégia do governo de Pernambuco, criada em 2011 visando reduzir ou eliminar doenças transmissíveis negligenciadas que apresentam indicadores inaceitáveis no estado ²¹.

As metas municipais para TB descritas no PMS 2015-2017 são:

- Implantar a Rede de atendimento aos pacientes de Tuberculose multidrogas resistentes (TB-MDR) em 06 unidades de saúde acolhedora;
- Implantar 06 referências para atendimento dos pacientes de TB com Esquemas Especiais que consiste no tratamento dos efeitos adversos;
- Ampliar a proporção de cura de casos novos de TB de 61,2% para 75%.
- Reduzir o abandono do tratamento de tuberculose de 20,7 para $\leq 8\%$;
- Ampliar a proporção dos contatos examinados de tuberculose de 43,3% para 65,0%;
- Ampliar a testagem HIV para pacientes (caso novo) de tuberculose de 49,7 para 85,0%;

Apesar da Coordenação do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) e do Programa Sanar estarem subordinadas à Gerência da Atenção Básica do município, as atividades e metas dos respectivos programas aparecem no PMS na seção destinada as ações de fortalecimento das ações da Vigilância em Saúde ²⁰.

1.5 Avaliação de Programas e Serviços de Saúde

Com a implantação do SUS no País, surgiram novas responsabilidades para os três níveis de gestão, tornando necessário implementar a avaliação como estratégia para reordenar os serviços e, principalmente, para instrumentalizar a tomada de decisão ²².

Considerando a polissemia conceitual e metodológica da avaliação em saúde, é necessário uma explicação das opções teóricas e técnicas adotadas por quem pretende realizar estudos avaliativos ^{23,24}.

Neste estudo optou-se pela definição de Contandriopoulos et al.²⁵, que define avaliação como “[...] fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões (p.29)”. A intervenção é entendida como um conjunto de meios organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens e serviços e para modificar uma situação problema. O “julgamento” pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo até uma análise que envolva o significado do fenômeno ^{25,26}.

A avaliação é importante para instrumentalizar a tomada de decisões e/ou planejamento de ações em organizações, programas e projetos; a fim de se desenvolver atividades compatíveis com a realidade e que garantam a qualidade dos serviços ²⁶.

A pesquisa avaliativa, que se baseia em métodos científicos válidos para analisar as relações existentes entre os componentes da intervenção, pode ser decomposta em seis tipos de análises distintas: estratégica, lógica, da produtividade, dos efeitos, da eficiência e da implantação ²⁷.

A análise de implantação é um tipo de pesquisa avaliativa muito relevante para a avaliação de programas de saúde, uma vez que permite ao investigador estudar os processos relacionados à operacionalização dos referidos programas. É um tipo de pesquisa de grande utilidade quando existe uma ampla variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes ²⁸.

Este tipo de análise avalia as relações entre a variação do grau de implantação de uma intervenção, os efeitos e/ou o contexto em que está implantada e pode ser

classificada em três componentes: o primeiro avalia a influência dos determinantes contextuais sobre o grau de implantação da intervenção; o segundo analisa a influência da variação da implantação sobre os efeitos observados e o terceiro, considera a influência da interação entre o contexto da implantação e o grau de implantação da intervenção sobre os efeitos observados ²⁹.

A análise do contexto é uma etapa fundamental da análise de implantação, principalmente no seu primeiro e terceiro componentes ^{29,30}. Vários modelos conceituais têm sido utilizados para estudar o contexto no qual uma intervenção foi implantada. Os modelos mais utilizados são o racional; o de desenvolvimento organizacional; o psicológico; o estrutural; e o político. Denis e Champagne ²⁹ citam que cada um dos referidos modelos apresenta limitações, o que os fizeram propor um novo modelo denominado político-contingente. Neste modelo, os atores podem apoiar a intervenção ao observarem nela um meio para atualizar suas estratégias de ação na organização, e são as práticas destes atores que organizam os processos e sofrem influências da estrutura.

Um aspecto fundamental para avaliar uma intervenção é a construção do modelo teórico (modelo lógico), que é um meio esquemático de apresentar a intervenção, constituído por agentes, estrutura, processos e objetivos e elaborado a partir da consulta a documentos da intervenção e/ou a partir do conhecimento dos diversos atores envolvidos, o que possibilita identificar as diferenças no entendimento de todos ^{31, 32, 33}.

Os elementos que compõe um modelo teórico-lógico podem variar, mas de modo geral incluem insumos (*inputs*), atividades, produtos (*outputs*) e efeitos a curto, médio e longo prazo ³⁴. A apresentação e discussão do modelo teórico-lógico de um programa permitem definir exatamente o que deve ser medido e qual a contribuição de cada dimensão do programa nos resultados esperados ajudando os avaliadores a

estabelecer a razão do programa bem como construir instrumentos de avaliação adequados^{35,36}.

A utilização desses métodos e técnicas da avaliação permitirá conhecer o PCT de forma mais abrangente, identificando as potencialidades e as fragilidades, incluindo os elementos contextuais, que estão influenciando para a sua efetiva implantação e relação com seus efeitos.

II. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A relevância da TB como grave problema de saúde pública no Brasil, em especial no estado de Pernambuco e sua capital, Recife;
- A cidade do Recife aparecer nos últimos anos entre as capitais brasileiras com os piores indicadores epidemiológicos e operacionais e com a maior mortalidade pela doença no país;
- O PCT ser uma intervenção complexa e composta de elementos sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos;
- A insuficiência de trabalhos que abordem a influência da interação entre o contexto e o grau da implantação da intervenção sobre os efeitos do PCT em nível municipal;
- A contribuição dos estudos de avaliação para a melhoria dos serviços e sistemas de saúde.

Este estudo é pertinente, pela:

- Possibilidade de conhecer e analisar os nós críticos que interferem na implantação do PCT em nível municipal;
- Proposição de um modelo de avaliação do PCT em âmbito municipal, podendo ser reproduzido em diferentes contextos, tornando-se ferramenta para a gestão;
- Potencialidade de estudos avaliativos para subsidiar a tomada de decisões;
- Possibilidade de reorganização das práticas nos serviços de saúde, uma vez que pode revelar informações que apontem as potencialidades/fragilidades para o desenvolvimento pleno do PCT.

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL:

Avaliar a implantação do PCT na cidade do Recife, no ano de 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estimar o GI do PCT;
- Analisar o contexto político organizacional da implantação do PCT;
- Identificar e quantificar os efeitos do PCT;
- Analisar a influência da interação do GI e o contexto político organizacional nos efeitos do PCT.

IV. METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Foi realizada uma pesquisa avaliativa de análise de implantação do tipo 3 já descrita no marco teórico do estudo ²⁸.

A estratégia metodológica utilizada para essa análise de implantação foi o estudo de caso único com unidades de análise integradas, conforme classificação de Yin ³⁷. No campo da avaliação, uma das aplicações desse desenho de estudo é descrever uma intervenção e o contexto no qual ela ocorreu e explicar os presumidos vínculos entre as condições contextuais e as intervenções da vida real.

Para o autor, a opção por estudos integrados, ou seja, com unidades múltiplas de análise, permite que o pesquisador examine o fenômeno em detalhes operacionais, de modo a definir diferentes níveis de explicação dos processos observados ³⁷.

O caso deste estudo foi o PCT da cidade do Recife, avaliado a partir de três unidades de análise: Unidade de Saúde (US), DS e Nível Central (NC) da SMS. Essas unidades são inter-relacionadas, mas possuem diferentes atribuições e determinantes contextuais.

A primeira unidade de análise, composta pelas US, foi subdividida por nível de complexidade da atenção (atenção primária e atenção secundária), uma vez que o atendimento à pessoa com TB apresenta características diferentes em função desses níveis, podendo resultar em distintos graus de implantação do PCT.

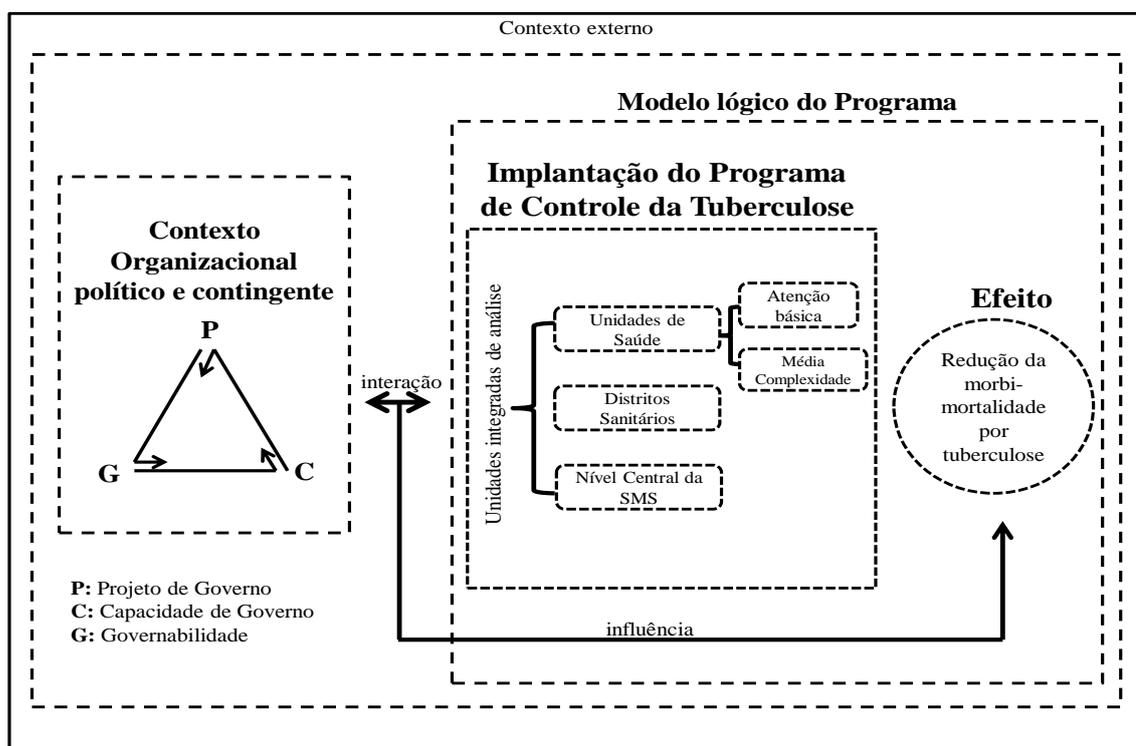
Nesta primeira unidade de análise buscou-se conhecer a estrutura que os profissionais encontravam à sua disposição para desempenhar as ações do programa e quais dessas ações eram executadas, de acordo com cada nível de atenção. Nesse

sentido, as US foram estudadas apenas em relação ao GI do PCT. Estudaram-se Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidade de Saúde Tradicional, representando a AB; e as policlínicas, que são Unidades de Referência (UR) secundária para atendimento de tuberculose, representando este nível de atenção à saúde. Os hospitais especializados representando a Alta Complexidade (referências terciárias) não foram estudados por serem de gestão estadual da saúde.

Nas segunda e terceira unidades de análise, constituídas pela Coordenação do PCT dos DS e do NC da SMS, respectivamente, o estudo procurou identificar a estrutura disponível, as ações executadas e, ainda, analisar os fatores contextuais que influenciavam o GI no município. Portanto, nos DS e NC da SMS foram estudados o GI do PCT e o contexto dessa implantação.

Para melhor compreensão, o desenho do estudo utilizado na presente pesquisa encontra-se esquematizado na figura 3. As linhas tracejadas indicam a inexistência de limites rígidos, demonstrando a inter-relação entre as unidades de análise (inclusive entre elas), o contexto e os efeitos.

Figura 3. Representação do Modelo Teórico da Avaliação Programa de Controle da Tuberculose em Recife, 2015

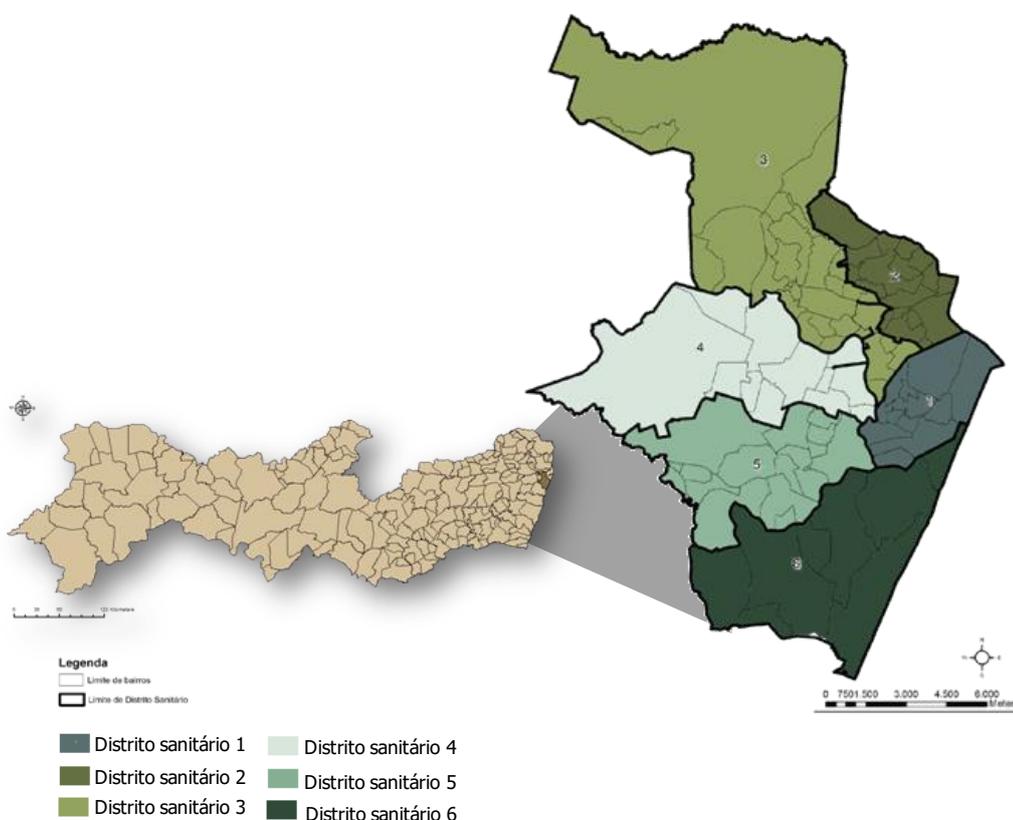


4.2 Local de Estudo

A área do estudo foi o a cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco e núcleo da Região Metropolitana. Possui área territorial de 218,498 Km², densidade demográfica de 7.039,64 hab/km² e população urbana de 1.608.488, habitantes.

O território da cidade está dividido em 94 bairros, agrupados em seis Regiões Político-Administrativas (RPA), cada uma destas é ainda subdividida em três microrregiões que agregam bairros com maior proximidade geográfica, totalizando 18 microrregiões. Para o setor de saúde, cada RPA corresponde a um DS, que é a unidade gerencial mínima da SMS, conforme demonstra a figura 4 ²⁰.

Figura 4. Mapa da divisão territorial da cidade do Recife por Região Político-Administrativa, Distrito Sanitário, 2014



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde do Recife ²⁰

4.3 Período e População do Estudo

O período de estudo foi de março de 2014 a dezembro de 2015 e o período de referência os anos de 2014/2015. A população do estudo foi representada pelos profissionais de nível superior (médicos ou enfermeiros) responsáveis pelas atividades do PCT nas US pesquisadas e coordenadores do PCT do DS e NC da SMS.

4.4 Amostra

Para a seleção das US que foram avaliadas representando o GI das ações de tuberculose na cidade foram consideradas as 18 microrregiões e para garantir representação de todo o território, foram selecionadas duas UBS de cada umas delas, a de maior número de casos notificados, e a de menor número de notificações no ano de 2014, totalizando 36 UBS. De cada UBS foi selecionado um profissional de nível superior (médico ou enfermeiro) como informante-chave.

A seleção das UR (atenção secundária) foi realizada através de sorteio aleatório, sendo selecionada uma UR de cada DS. E os informantes-chave destas, foram os profissionais de nível superior (médico ou enfermeiro), responsáveis pelas ações do programa neste nível de atenção.

4.5 Estratégia de Pesquisa

4.5.1 Aferição do Grau de Implantação

Para esta etapa foi realizada uma avaliação normativa, baseada no modelo sistêmico segundo a abordagem proposta por Donabedian ³⁹, que observa a relação entre os componentes da estrutura (recursos e instrumentos utilizados), do processo (atividades e serviços prestados) e dos resultados (efeitos produzidos), utilizando-se neste estudo apenas as dimensões estrutura e processo.

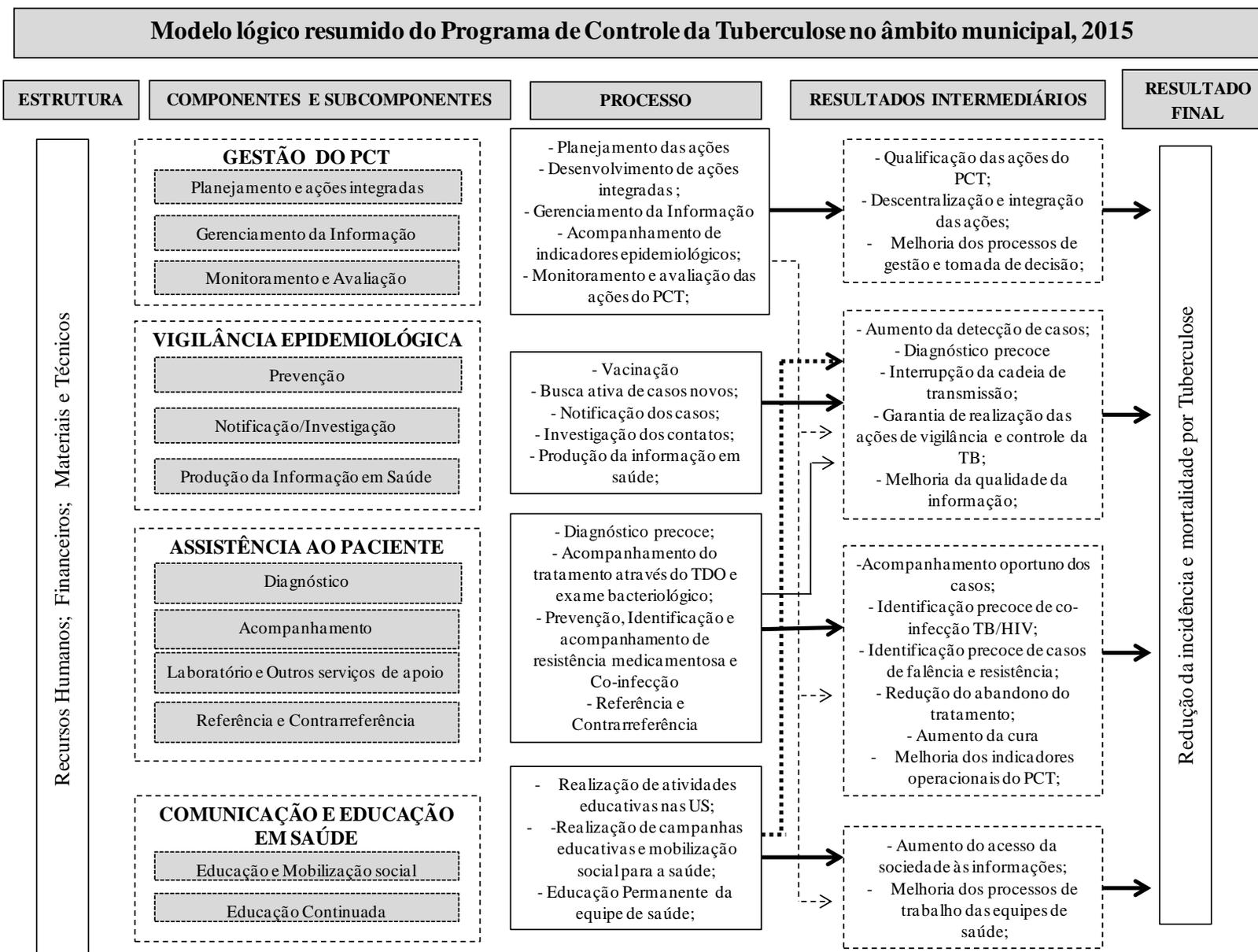
Baseado na abordagem conceitual anteriormente citada foi construído o modelo lógico (ML) do programa no âmbito municipal (Apêndice 1), cujo resumo consta na figura 5. O ML foi elaborado com base no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil³.

A partir do ML foram construídas as matrizes de análise e julgamento. As diferentes atribuições e características das unidades de análise exigiram a elaboração de uma matriz para cada uma delas: matriz de análise e julgamento para Atenção Básica, para as Unidades de Referência e para a Gestão do PCT (Apêndice 2).

Em cada matriz foram estabelecidos indicadores quantitativos e qualitativos relacionados à estrutura e ao processo, selecionados e definidos de acordo com a relevância, disponibilidade, facilidade de obtenção e do cálculo, de modo que seu conjunto fosse capaz de indicar o estágio de implantação do PCT em cada uma das unidades de análise.

Para cada indicador foi criado o parâmetro e a pontuação baseados na normatização e para aqueles não normatizados em instrumentos legais, estes foram definidos em consonância com a rotina do serviço e revisados por técnicos e gestores do PCT estadual. Essas matrizes de análise e julgamento nortearam a elaboração dos instrumentos para coleta de dados a fim de verificar o GI.

Figura 5. Modelo Lógico resumido do Programa de Controle da tuberculose no âmbito municipal, 2015



*PCT: Programa de Controle da Tuberculose; *TB: tuberculose; *US: Unidade de Saúde; * TDO: Tratamento Diretamente Observado.

4.5.2 Análise do contexto

A avaliação do contexto foi baseada no modelo Político e Contingente ²⁹, por meio de análise de documentos e entrevista semiestruturada. Para esta análise foi construída a “Matriz de Contexto” (Apêndice 3) com bases teóricas no Triângulo de Governo de Matus, que envolve as categorias Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade do Sistema ^{40, 41}.

Foram consideradas na categoria “Projeto de Governo (PG)” as proposições da gestão, contidas no PMS e referidas pelos gestores nas entrevistas, quanto à intenção e programação de ações que visem o controle da tuberculose.

Na categoria “Capacidade de Governo (CG)” foram observadas as condições para proceder ao PG, recurso intelectual e material, bem como a experiência do ator e sua equipe para operacionalizar e gerenciar o PMCT (conhecimento e habilidades operacionais).

Em relação à “Governabilidade do Sistema (GS)”, foi observada a autonomia e relações interpessoais e institucionais de quem está à frente da Coordenação do PMCT, que podem ser decisivos para resolução de problemas.

Cada categoria recebeu uma pontuação, distribuída entre os indicadores a serem analisados, de acordo com sua importância relativa.

4.5.3 Análise dos Efeitos

Para representar os efeitos da intervenção foram elencados a partir do ML os seguinte indicadores operacionais e epidemiológicos:

- Busca de SR;
- Acompanhamento adequado (exame de contatos; testagem para HIV; controle bacteriológico mensal; realização de teste de cultura; TDO)

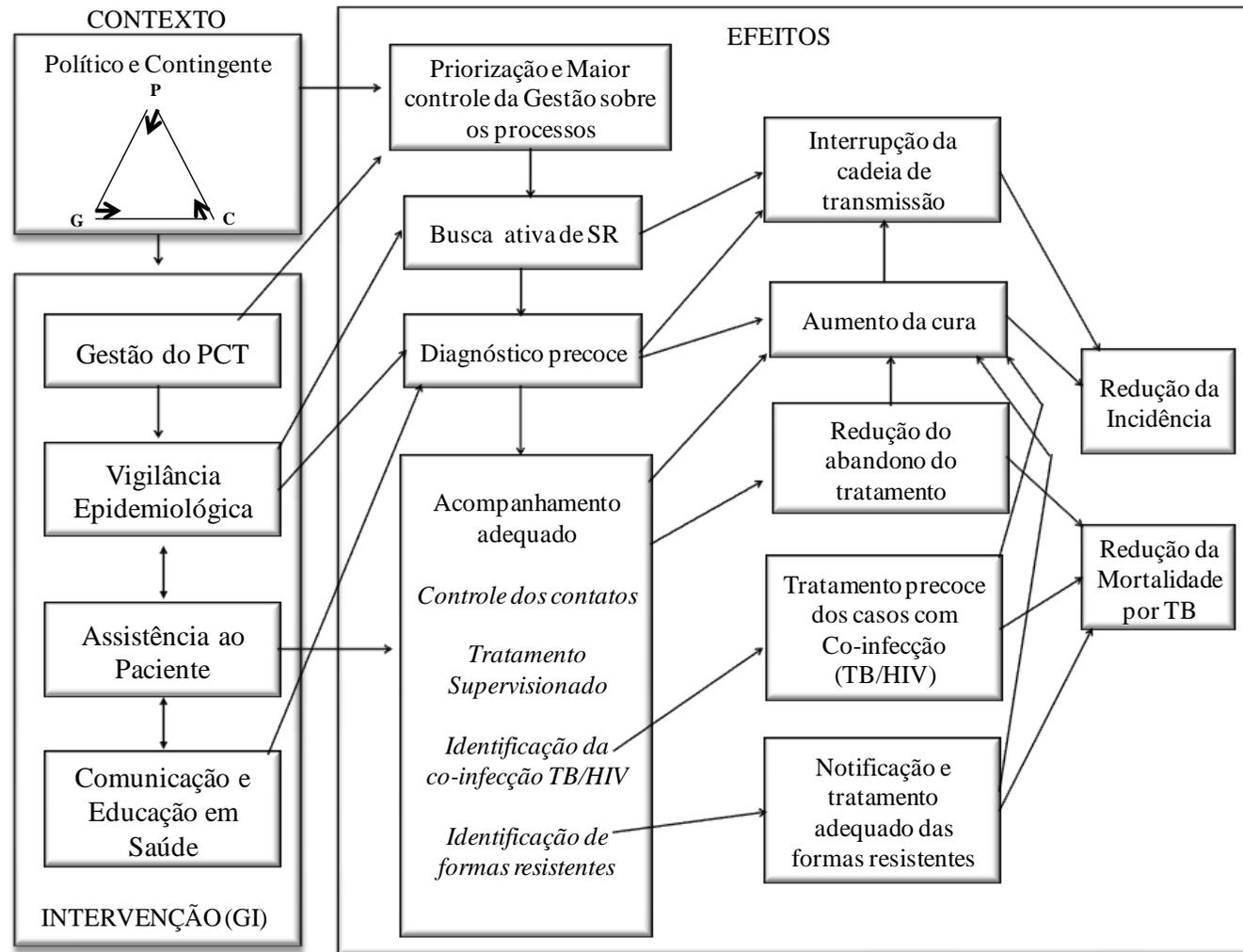
- Proporção de cura
- Proporção de abandono
- Taxa de Incidência
- Taxa de Mortalidade

4.5.4 Interação Contexto-GI-Efeito

Para analisar a interação entre o contexto da implantação e o GI da intervenção foi utilizada a estratégia de pareamento de modelos proposta por YIN ⁴², que consiste na comparação de uma configuração prévia com uma configuração empírica observada.

Logo, com base no modelo das relações entre o contexto de implantação e a intervenção nos efeitos da intervenção utilizado no estudo de Farand, et al. ⁴³, foi construído o modelo de interação Contexto-GI-Efeito do PCT no Recife (Figura 6), que será utilizado para comparação posterior com o modelo construído com os resultados obtidos.

Figura 6. Modelo das relações Contexto-Intervenção-Efeitos do Programa de Controle da Tuberculose



*PCT: Programa de Controle da Tuberculose; *TB: tuberculose; *GI: Grau de Implantação * P: Projeto de Governo; *C: Capacidade de Governo; *G: Governabilidade do sistema.

4.6 Coleta de Dados

Os dados foram coletados, entre junho e novembro de 2015, pela pesquisadora principal e por três auxiliares de pesquisa previamente treinados. Esses auxiliares participaram das entrevistas estruturadas com os profissionais de parte das UBS.

Foram coletados dados quantitativos e qualitativos, primários e secundários, de diferentes fontes, por meio de entrevista com informantes-chave, consulta a documentos e ao Sinan, além de observação direta.

Para as entrevistas com informantes-chave das três unidades de análise utilizaram-se questionários estruturados (para o GI) e semiestruturados (para análise do contexto) (Apêndice 4).

4.7 Processamento e análise dos dados

4.7.1 Grau de implantação

Os dados foram digitados e analisados em planilhas eletrônicas *Excel* e posteriormente julgados conforme os parâmetros estabelecidos nas matrizes de análise e julgamento.

A obtenção do GI em cada unidade foi feita por meio da análise da pontuação máxima obtida para as dimensões de estrutura e processo. Após a soma da pontuação alcançada em cada dimensão foi calculado o percentual em relação à pontuação máxima esperada.

Foram atribuídas pontuações diferentes às dimensões estrutura (30 pontos) e processo (70 pontos), considerando que, mesmo em condições ideais da estrutura, não é possível garantir a implantação satisfatória de uma intervenção sem que o processo seja também satisfatório. Por outro lado, alguns esforços empenhados no processo garantem, em algumas condições, resultados satisfatórios mesmo diante de uma estrutura precária,

justificando a opção pela valorização dos indicadores de processo na presente avaliação⁴⁴.

Para calcular o GI do PCT por nível de análise, foi realizado o somatório das pontuações alcançadas pelas dimensões estrutura e processo e calculada a média ponderada.

O grau de implantação do PCT na sua dimensão unitária foi definido a partir da média do somatório dos graus de implantação de cada nível de análise:

$$\text{GI PCT} = \frac{\sum e_{\text{US+}} + e_{\text{DS+}} + e_{\text{NC}}}{3} + \frac{\sum p_{\text{US+}} + p_{\text{DS}} + p_{\text{NC}}}{3}$$

Onde:

GI = Grau de implantação

e = Estrutura

p = Processo

US = Unidade de Saúde (UBS+UR)

DS = Distrito Sanitário

NC = Nível Central

Para o julgamento do GI foi utilizado um sistema de escores, de acordo com a pontuação alcançada na Avaliação Normativa, utilizando os parâmetros de Pereira⁴⁵:

- **Implantado:** 100 a 80%;
- **Parcialmente implantado:** 79 a 60%
- **Parcialmente implantado incipiente:** 59 a 40%.
- **Não implantado:** < 40%

4.7.2 Análise do Contexto

A classificação do contexto foi obtida por meio da atribuição de pontos as categorias analisadas: PG, CG e GS. A pontuação alcançada em cada categoria foi comparada com o total de pontos máximos esperados. A diferença percentual entre a pontuação máxima obtida foi classificada pela metodologia proposta por Vieira-da-Silva *et al.*⁴⁶ que estabeleceu os seguintes pontos de corte, distribuídos em tercis: (1) **Favorável:** > 66,6%; (2) **Pouco favorável:** ≤ 66,6% a > 33,3% e **Não favorável:** ≤ 33,3%.

Quadro 1. Distribuições de pontos por categoria/indicador de análise, com base no Triângulo de Governo de Matus para classificação do contexto

CATEGORIAS DE ANÁLISE	CRITÉRIOS	Pontuação por Unidade analisada	Pontuação máxima esperada
PROJETO DE GOVERNO	Plano de Governo	10	70
	Recurso financeiro	10	70
	Direcionalidade do Projeto de Governo	5	35
	Iniciativas intersetoriais	5	35
RESULTADO PROJETO DE GOVERNO		30	210
CAPACIDADE DE GOVERNO	Perfil da Gestão	10	70
	Perfil do quadro técnico	5	35
	Desenho organizativo	5	35
	Aperfeiçoamento da gestão	10	70
	Microprocessos entre gestão e operadores do PCT	10	70
RESULTADO CAPACIDADE DE GOVERNO		40	280
GOVERNABILIDADE	Autonomia do responsável pelo PCT	10	70
	Adesão dos interessados	10	70
	Relação do coordenador do PCT com as demais esferas de gestão	6	42
	Competição entre prioridades	4	28
RESULTADO GOVERNABILIDADE		30	210
RESULTADO FINAL		100	700

4.7.3 Interação Contexto-GI-Efeito

Serão identificadas e discutidas as relações sinérgicas e antagônicas da interação contexto-GI e como elas influenciam nos efeitos da intervenção baseado no modelo proposto como “imagem-objetivo” já apresentado na figura 6.

4.8 Aspectos Éticos

O projeto está de acordo com as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, sob o nº 4592-15 de 11/02/2015 (Anexo 1). Os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos do estudo e aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 5).

Obteve-se a carta de anuência termo de adesão do órgão – Secretaria Municipal de Saúde do Recife - (Anexo 2).

V. RESULTADOS

Os resultados estão organizados em quatro etapas: a primeira avalia GI do PCT; a segunda analisa o contexto da implantação; a terceira traz os resultados relativos aos efeitos do programa; e a quarta aborda a interação entre o contexto e o GI e como esta se relaciona com os efeitos do programa.

5.1 Análise do Grau de Implantação

O GI do PCT está apresentado no conjunto das US, em cada nível de complexidade da atenção à saúde abordado (UBS e UR), e na gestão dos DS e NC da SMS e, por fim, na dimensão unitária (cidade do Recife). Todas as unidades e subunidades de análise foram representadas nas dimensões: estrutura e processo e por componentes do ML.

5.1.1 Grau de Implantação das Unidades de Saúde

Constituem essa unidade de análise, duas subunidades: UBS e UR que juntas apresentaram GI de 45,8%, classificado como **“Parcialmente Implantado Incipiente”**. A pontuação percentual da dimensão estrutura foi de 65,3% (**Parcialmente Implantado**), e processo 37,5% (**Não Implantado**) com destaque negativo para os componentes **“Vigilância Epidemiológica”** e **“Comunicação e Educação em Saúde”** que obtiveram os piores resultados, 30,8% e 24,8% respectivamente, ambos classificados como **“Não implantado”**.

O componente **“Assistência ao paciente”**, apesar de obter classificação **“Parcialmente Implantado Incipiente”** na unidade de análise, apresentou resultado

“Não implantado” (34,9%) na subunidade UBS, destacando-se os indicadores relacionados à “Referência e Contrarreferência” cujo resultado foi igual a 0,0%.

O Tabela 1 oferece a visualização da pontuação atingida por cada subunidade, nos componentes e nas dimensões estrutura e processo, bem como da pontuação geral atingida por esta unidade de análise.

Tabela 1. Resultados do Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose nas Unidades de Saúde por subunidade de análise, dimensão, componente e subcomponente. Recife, 2015

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE	UNIDADES DE REFERÊNCIA	RESULTADO FINAL UNIDADES DE SAÚDE	
ESTRUTURA	Recursos Humanos	58,3	66,7	62,5	
	Espaço Físico	76,1	58,9	67,5	
	Impressos e materiais	67,0	63,9	65,5	
	Insumos, medicamentos e serviços	76,6	65,4	71,0	
	Normas Técnicas	25,0	25,0	25,0	
RESULTADO - ESTRUTURA		70,5	60,0	65,3	
PROCESSO	Vigilância Epidemiológica	Prevenção	37,7	40,0	38,8
		Notificação	36,8	31,9	34,4
		Produção da Informação em Saúde	24,4	24,2	24,3
	Componente: Vigilância Epidemiológica		31,8	29,9	30,8
	Assistência ao Paciente	Diagnóstico	41,0	66,7	53,8
		Acompanhamento	38,2	47,2	42,7
		Laboratório e outros serviços de apoio	33,5	46,7	40,1
		Referência e Contrarreferência	0,0	33,3	16,7
	Componente: Assistência ao paciente		34,9	47,8	41,4
	Comunicação e Educação em Saúde	Educação e Mobilização Social	31,3	16,7	24,0
Educação Continuada		36,1	16,7	26,4	
Resultado Componente: Comunicação e Educação em Saúde		32,9	16,7	24,8	
RESULTADO - PROCESSO		33,7	41,3	37,5	
RESULTADO FINAL DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO		44,7	46,9	45,8	

● 100 a 80% = Implantado ● 79,9 a 60% = Parcialmente implantado ● 59,9 a 40% = Parcialmente implantado incipiente ● <40% = Não implantado

5.1.2 Grau de Implantação nos Distritos Sanitários e Nível Central da SMS

Os resultados do GI nos DS e no NC da SMS estão apresentados na tabela 2, pois em ambos foram avaliados os mesmos indicadores. Observaram-se percentuais mais elevados no NC – “Parcialmente Implantado” (63,0%) do que no DS, que obteve classificação “Parcialmente Implantado Incipiente” (44,9%). Essa diferença de resultados também se deu na avaliação individual das dimensões estrutura e processo.

Sobre a dimensão processo, no componente “Gestão do PCT”, destacou-se negativamente o planejamento e ações integradas, sobretudo nos DS com o grau “**Não implantado**” (0,0%). O componente “Vigilância Epidemiológica” obteve o GI “**Parcialmente Implantado Incipiente**” nas duas unidades de análise. As atividades deste componente estão relacionadas ao gerenciamento das informações em saúde.

Em contrapartida, o componente “Comunicação e Educação em Saúde” foi o melhor avaliado nas duas unidades de análise, apresentando resultado “**Parcialmente Implantado**” nos DS e “**Implantado**” para o NC da SMS. Os indicadores contemplados neste componente estão relacionados principalmente a realização de campanhas educativas e de mobilização social.

Na dimensão estrutura destacam-se positivamente os indicadores relacionados à existência de serviços de apoio (laboratório e outros serviços), que alcançaram a classificação “**Implantado**” tanto no DS como no NC.

Tabela 2. Resultados do Grau de Implantação das ações do Programa de Controle da Tuberculose na Gestão dos Distritos Sanitários e do Nível Central da Secretaria Municipal de Saúde por dimensão, componente e subcomponente. Recife, 2015

DIMENSÃO / COMPONENTE		SUBCOMPONENTE	DISTRITO SANITÁRIOS	NÍVEL CENTRAL
ESTRUTURA		Recursos Humanos	● 20,0	● 50,0
		Espaço Físico	● 39,6	● 43,8
		Impressos e materiais	● 56,9	● 76,5
		Insumos, medicamentos e serviços	● 87,5	● 91,7
		Normas Técnicas	● 27,8	● 100,0
RESULTADO - ESTRUTURA			● 49,7	● 66,7
PROCESSO	Gestão do Programa de Controle da Tuberculose	Planejamento e ações integradas	● 0,0	● 50,0
		Monitoramento e Avaliação	● 25,8	● 63,6
	Componente: Gestão do Programa do Controle de Tuberculose		● 12,3	● 56,5
	Vigilância Epidemiológica	Gerenciamento da Informação	● 46,3	● 50,0
		Componente: Vigilância Epidemiológica		● 46,3
	Assistência ao Paciente	Organização de fluxos e Programação de	● 80,6	● 66,7
		Laboratório e serviços outros de apoio	● 41,7	● 50,0
	Componente: Assistência ao paciente		● 65,0	● 60,0
	Comunicação e Educação em Saúde	Educação e Mobilização Social	● 71,4	● 100,0
Educação Continuada		● 41,7	● 100,0	
Componente: Comunicação e Educação em Saúde		● 64,8	● 100,0	
RESULTADO - PROCESSO			● 42,9	● 61,4
RESULTADO FINAL DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO			● 44,9	● 63,0

● 100 a 80% = Implantado ● 79,9 a 60% = Parcialmente implantado ● 59,9 a 40% = Parcialmente implantado incipiente ● < 40% = Não implantado

5.1.3 O Programa de Controle da Tuberculose na sua dimensão unitária

O PCT na sua dimensão unitária foi avaliado a partir das médias ponderadas obtidas em cada unidade de análise, considerando as dimensões estrutura e processo. A tabela 3 sintetiza a condição de implantação de cada nível, podendo-se observar um grau de implantação final do PCT classificado como **“Parcialmente Implantado Incipiente”**, sendo a dimensão processo responsável pelos piores resultados, tanto por unidade de análise quanto no resultado final – **“Parcialmente Implantado Incipiente”** (47,3%) e a dimensão estrutura avaliada como **“Parcialmente Implantado”** no resultado geral e nas unidades de análise, exceto nos DS **“Parcialmente Implantado Incipiente”** (49,7%).

Tabela 3. Grau de Implantação do Programa de Controle da Tuberculose na sua dimensão unitária, por unidade de análise. Recife, 2015

DIMENSÃO	UNIDADES DE SAÚDE		DISTRITO SANITÁRIO		NÍVEL CENTRAL		PROGRAMA DE CONTROLE DE TUBERCULOSE DO	
	n	%	n	%	n	%	n	%
ESTRUTURA	19,6	 65,3	14,9	 49,7	20,0	 66,7	18,2	 60,6
PROCESSO	26,3	 37,5	30,0	 42,9	43,0	 61,4	33,1	 47,3
GRAU DE IMPLANTAÇÃO FINAL		 45,9		 44,9		 63,0		 51,3

 100 a 80% = Implantado  79,9 a 60% = Parcialmente implantado  59,9 a 40% = Parcialmente implantado incipiente  < 40% = Não implantado

5.2 Contexto da Implantação sob a perspectiva dos coordenadores do PCT

O contexto de implantação foi abordado no âmbito dos DS e NC, mas avaliados apenas na dimensão unitária da cidade do Recife, segundo as categorias temáticas do Triângulo de Governo de Matus (PG, CG e GS), e essa análise revelou um contexto **“Pouco Favorável”** à implantação do PCT nas três categorias (Quadro 2).

Os critérios que mais contribuíram negativamente para esse resultado foram: as iniciativas intersetoriais incipientes, no PG; a falta de um quadro técnico de apoio aos coordenadores do PCT, o desenho organizativo institucional e as práticas de

aperfeiçoamento da Gestão do PCT na CG; e a autonomia dos gestores (coordenadores), e competição entre prioridades (TB *versus* outras epidemias) na GS, sendo este último o pior indicador analisado.

Todos esses critérios foram classificados como “**Não favorável**” à implantação do PCT. Em contrapartida, três critérios foram julgados como “**Favorável**”, são eles: a existência de recurso financeiro específico para as ações de TB (PG); O perfil dos gestores do PCT (CG); e a relação dos coordenadores com as demais esferas de gestão.

Quadro 2. Análise do contexto de implantação do PCT na cidade do Recife por categoria de análise

CATEGORIA DE ANÁLISE	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO POR GESTOR	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PONTUAÇÃO OBTIDA	
				n	%
PROJETO DE GOVERNO	Plano de Governo	10,0	70,0	27,0	 38,6
	Recurso financeiro	10,0	70,0	50,0	 71,4
	Direcionalidade do Projeto de Governo	5,0	35,0	17,5	 50,0
	Iniciativas Intersetoriais	5,0	35,0	2,5	 7,1
RESULTADO PROJETO DE GOVERNO		30,0	210,0	97,0	 46,2
CAPACIDADE DE GOVERNO	Perfil da Gestão	10,0	70,0	48,0	 68,6
	Perfil do quadro técnico	5,0	35,0	1,0	 2,9
	Desenho Organizativo	5,0	35,0	3,0	 8,6
	Aperfeiçoamento da gestão	10,0	70,0	16,0	 22,9
	Microprocessos entre gestão e operadores do PCT	10,0	70,0	36,0	 51,4
RESULTADO CAPACIDADE DE GOVERNO		40,0	280,0	104,0	 37,1
GOVERNABILIDADE	Autonomia do responsável pelo PCT	10,0	70,0	14,0	 20,0
	Adesão dos interessados	10,0	70,0	25,0	 35,7
	Relação do coordenador do PCT com as demais esferas de gestão	6,0	42,0	34,5	 82,1
	Competição entre prioridades	4,0	28,0	0,0	 0,0
RESULTADO GOVERNABILIDADE		30,0	210,0	73,5	 35,0
RESULTADO FINAL		100,0	700,0	274,5	 39,2

 (> 66,6%) Favorável

 (≤ 66,6% e > 33,3%) Pouco favorável

 (≤ 33,3%) Não favorável

5.3 Análise dos efeitos

O resultado dos indicadores operacionais e epidemiológicos selecionados para representar os efeitos do PCT no Recife estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Análise dos indicadores de efeito do Programa de Controle da Tuberculose. Recife, 2015

INDICADOR	EFEITO ESPERADO	EFEITO ALCANÇADO	FONTE
Realização de Busca ativa de SR	Busca ativa implantada na rotina das US	● Busca ativa "Não Implantada" nas US	Matriz de Análise e Julgamento das US
Exame de contatos	≥70% dos contatos examinados	● 33,3% dos contatos examinados	Sinan/SEVS-Recife
Testagem para HIV	≥75% dos casos de TB testados para HIV	● 49,4% dos casos de TB testados para HIV	Sinan/SEVS-Recife
Realização do Tratamento Supervisionado (TDO)	TDO implantado na rotina das US	● TDO "Não Implantado" nas US	Matriz de Análise e Julgamento das US
Controle Bacteriológico mensal	Baciloscopia de acompanhamento mensal implantada nas US	● Baciloscopia de acompanhamento mensal "Não Implantada" nas US	Matriz de Análise e Julgamento das US
Teste de cultura para os casos de retratamento	≥70% dos casos de retratamento com teste de cultura realizado	● 9,1% dos casos de retratamento com teste de cultura realizado	Sinan/SEVS-Recife
Proporção de cura	≥85% de cura dos casos novos de TB	● 57,9% de cura dos casos novos de TB	Sinan/SEVS-Recife
Proporção de abandono	≥5% de abandono do tratamento	● 15,8% de abandono do tratamento	Sinan/SEVS-Recife
Taxa de Incidência	Média do país 33,5/100.000 hab	● 98/100.000 hab	Sinan/SVS/MS
Taxa de Mortalidade	Média do país 2,3/100.000 hab	● 6,5/100.000 hab	SIM/SVS/MS

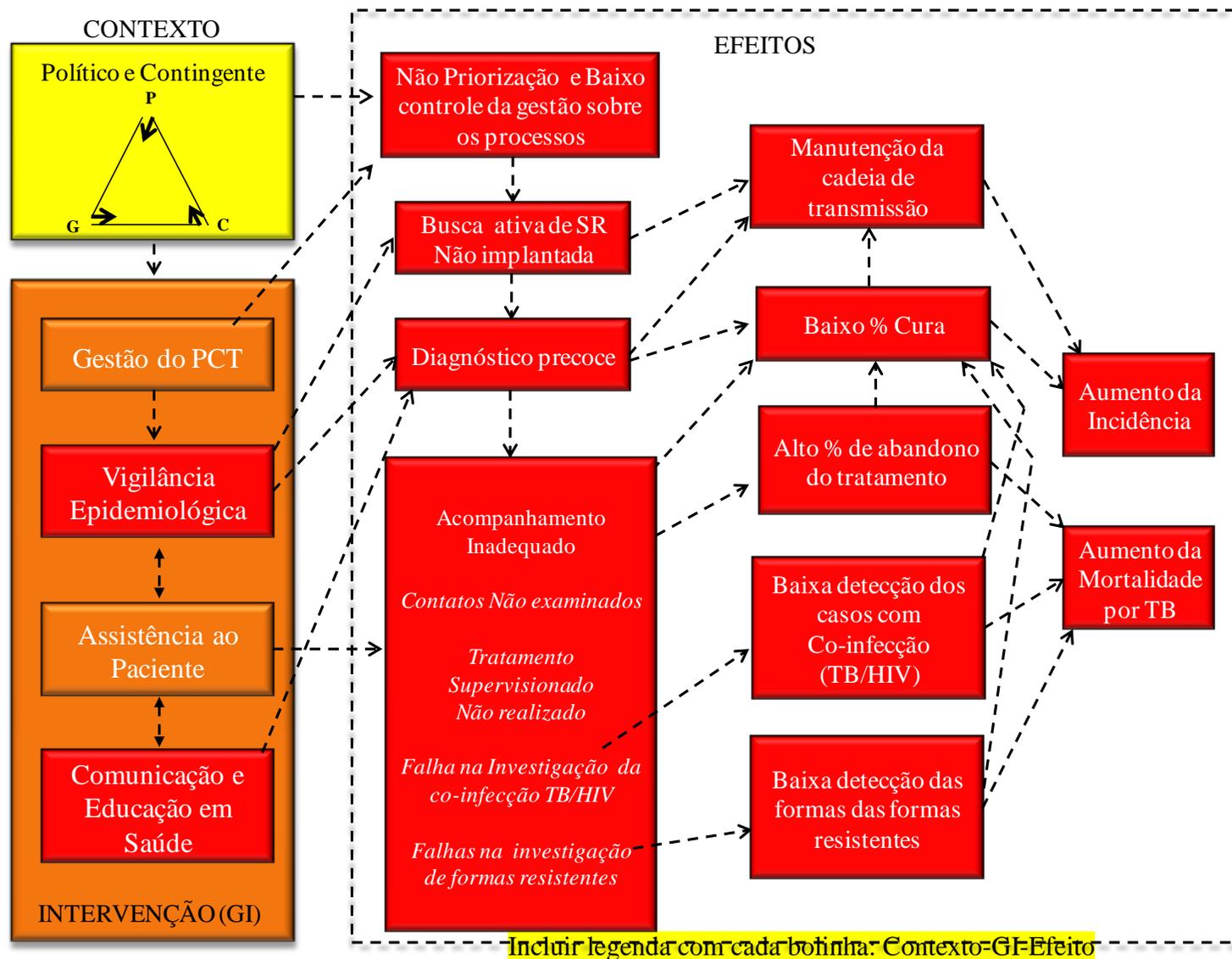
● Alcançado ● Não Alcançado

5.4 Interação Contexto-GI-Efeito

A figura 7 mostra como se apresenta a interação Contexto-GI-efeito no final da avaliação e as diferenças do modelo inicial (Figura 6).

As cores utilizadas representam os resultados alcançados na análise individual de cada elemento e as influências entre esses elementos do modelo (as setas) que tiveram o efeito oposto às previsões estão representadas pontilhadas.

Figura 7. Resultado da interação Contexto-GI-Efeito do PCT. Recife,2015



Grau de Implantação (GI): ● 100 a 80% = Implantado ● 79,9 a 60% = Parcialmente implantado ● 59,9 a 40% = Parcialmente implantado incipiente ● < 40% = Não implantado

Contexto: ● (> 66,6%) Favorável ● (≤ 66,6% e > 33,3%) Pouco favorável ● (≤ 33,3%) Não favorável

Efeitos: ● Alcançado ● Não Alcançado

VI. DISCUSSÃO

Mesmo sabendo da importância que os determinantes sociais exercem sobre a TB, os resultados desta pesquisa sugerem que a situação epidemiológica da doença no Recife também está condicionada às falhas operacionais relacionadas às ações do programa de controle desta doença. Uma vez que o GI das ações do programa está classificado como “**Parcialmente Implantado Incipiente**” num contexto avaliado como “**Pouco Favorável**” e a relação entre esses dois resultados **interage sinergicamente** com os efeitos produzidos pela intervenção, porém **divergindo** do que seria o objetivo da mesma.

No que se refere ao conjunto das US, a dimensão estrutura teve o GI classificado como “**Parcialmente implantado**”. Esta categorização deve-se a existência parcial de uma estrutura considerada mínima para o bom funcionamento do PCT. Estes resultados assemelham-se a uma pesquisa realizada em Pernambuco que avaliou a estrutura das EqSF do estado por porte populacional onde foram evidenciadas as fragilidades e a necessidade de se investir na estrutura física das USF dos municípios com mais de 100.000 hab. A avaliação geral deste estudo constatou que pouco mais da metade das equipes cumpre mais de 50% dos eixos abordados no componente estrutura ⁴⁷.

Starfield⁴⁸ valoriza a estrutura como um dos componentes para análise do sistema de serviços de saúde, que corresponde aos recursos necessários para oferecer os serviços, entre eles, recursos humanos, materiais (equipamentos e insumos) e físicos.

Para Scalco⁴⁹, a produção dos serviços de saúde não depende apenas da estrutura física, material e tecnológica disponível, mas da existência de profissionais qualificados e motivados para transformar insumos em resultados. E a falta de RH para apoio ao

PCT foi identificada como um problema que acarreta a sobrecarga dos coordenadores, diminuindo o seu rendimento na função de gestão, pois gastam maior parte do seu tempo realizando atividades burocráticas e administrativas, e dando suporte a um número considerável de equipes de saúde.

Um estudo realizado por Santos et al.⁵⁰ mostra situação semelhante e atribui tal problema a falta de compromisso político assumido pelo gestor diante da dificuldade em captar e manter recursos, sejam estes, financeiros, materiais ou humanos.

Apesar da estrutura representar apenas 30% da pontuação da matriz que definiu o GI, é sabido que os problemas estruturais dos serviços de saúde dificultam o aprimoramento e a qualificação das ações de saúde e do SUS⁵¹.

Na análise do processo, foram evidenciados os problemas no desenvolvimento das ações do PCT. No componente Vigilância Epidemiológica, para as US, um indicador importante é a busca ativa de SR que foi avaliado como “**Não implantado**”, isso pode significar que a doença está sendo diagnosticada tardiamente, com todas as implicações que esse fato acarreta, não só ao indivíduo como à comunidade onde ele está inserido.

A não priorização dessa atividade nos serviços de saúde também foi constatada num estudo realizado com usuários de 21 UBS de Belém do Pará. Este apresentou uma prevalência de 10,3% (104/1008) de SR na amostra estudada, mas em 72% dos casos essa identificação não foi feita nestes serviços. A detecção dos SR entre as pessoas que procuraram atendimento nos serviços de saúde foi baixa, não favorecendo a identificação precoce dos casos⁵².

Esses resultados reforçam a importância da suspeição diagnóstica de tuberculose frente a um indivíduo que se apresente com tosse em uma US, independentemente do

motivo da procura pelo serviço, além da necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde a estarem atentos à identificação dos SR na sua rotina.

No DS e no NC, as dificuldades na implantação do componente Vigilância Epidemiológica devem-se ao fato do PCT no Recife estar ligado à GAB e não à VE. Logo, não há acesso direto pelos coordenadores ao Sinan. O repasse de informações aos coordenadores não é regular e está condicionado a disponibilidade do técnico da VE que é responsável pela gestão da informação de vários outros agravos.

Ao mesmo tempo em que pode parecer um ganho a inserção do PCT na AB, considerando que é nela que o programa se operacionaliza, a falta de integração entre esta e VE compromete o acompanhamento rotineiro das ações de controle da TB, que envolve processamento, análise e interpretação dos dados dos casos, fragilizando análise da efetividade das ações e planejamento de novas intervenções.

Oliveira e Casanova⁵³ falam sobre a importância de integrar AB e VE e destacam que essa integração favorece o planejamento de ações em saúde, resultando em ações mais próximas às necessidades da população nos diferentes territórios, e dá mais sustentabilidade aos processos de intervenção.

Nos DS, o componente Gestão do PCT apresentou o pior resultado (**Não Implantado**). Este componente envolve ações de monitoramento e avaliação, cuja essência é o monitoramento de indicadores do PCT, e ações de articulação intersetorial, que são incipientes no NC e nos DS foi praticamente inexistente.

As ações de monitoramento e avaliação não são realizadas nos DS e de acordo com Costa et al.⁵⁴, essas atividades são importantes ferramentas para o desenvolvimento pessoal e institucional, onde por meio de uma discussão reflexiva, pode deixar de ser apenas "um acompanhamento sistemático das informações" e passar a ter como objeto a procura de sentido daquelas informações pelos que as utilizam. Um processo ativo de

aprendizagem no qual não apenas os produtos são valorizados, mas todo o processo de produção, favorecendo mudanças institucionais por meio de um conjunto de análises, interpretações e atribuição de novos significados às rotinas ^{55,56}.

Já as ações intersetoriais, têm a sua importância reconhecida para o controle da TB, tendo em vista os inúmeros determinantes sociais, econômicos e culturais associados ao risco de infecção e adoecimento, assim como ao prognóstico de indivíduos doentes ⁵⁷.

O resultado da dimensão processo é coerente com a situação epidemiológica da TB no Recife, uma vez que as atividades que obtiveram menor GI têm relação direta com os indicadores operacionais que se apresentam como críticos e que são objeto de pactuação entre o PNCT e o programa municipal.

O GI final do PCT no Recife obtido neste estudo (Parcialmente Implantado Incipiente) é concordante com os resultados de outro estudo realizado em Recife por Nóbrega ⁵⁸, que avaliou o GI do PCT em três unidades da ESF do DS III, e os resultados obtidos foram: duas unidades com implantação parcial e uma com implantação crítica ou inexistente.

De modo geral, percebe-se que as ações do PCT tem sido avaliadas em diferentes locais, períodos e contexto ^{38, 58, 59, 60, 61, 62, 63}, os resultados não demonstram uma implantação efetiva mesmo após décadas de existência do programa no país.

Um estudo realizado na África do Sul, publicado em 1995, que avaliou as intervenções para o controle da TB, teve como principais resultados: o desconhecimento, por parte dos profissionais, de alguns aspectos da política de controle da tuberculose; a carência de recursos humanos e materiais para implementar algumas atividades; a falta de planejamento, de treinamento em serviço e de supervisão nas US

É interessante refletirmos sobre as semelhanças entre os resultados deste estudo da África e a nossa realidade hoje, cerca de 20 anos depois. É evidente que apesar das melhorias observadas ao longo do tempo na estrutura, no processo e nos indicadores do programa, estas ainda não são suficientes para o efetivo controle da doença.

Nessa reflexão suscitam alguns questionamentos: as novas perspectivas da OMS no seu plano pós 2015 (“*End TB*”)^{4,14} são adequadas à nossa realidade e as características conjunturais do PNCT? Podemos pensar em eliminação da tuberculose se ainda não conseguimos garantir as ações básicas para o seu controle? Em que contexto foram pensadas essas novas metas propostas pela OMS?

Na análise do contexto, a partir do Triângulo de Governo de Matus, em geral foram identificados mais aspectos negativos do que positivos.

Em relação ao **Projeto de Governo**, apesar do controle da TB aparecer no PMS como prioridade da gestão e da existência de um recurso financeiro específico advindo da esfera federal para atividades do PCT, a prioridade para as ações de TB não é dada na prática do serviço, e essa “falsa priorização” compromete o processo de trabalho dos gestores do programa e conseqüentemente as atividades nos serviços de saúde.

Monroe et al.⁶⁵, constatou que existe grande descaso por parte dos gestores municipais de saúde frente às políticas de controle da TB, pois ela está dentre as doenças que não promovem visibilidade política e, conseqüentemente não representam prioridade.

A autora reforça a necessidade de conscientização dos gestores no sentido de reconhecer a doença como prioridade na agenda pública de saúde, e de empregar medidas que ofereçam meios para implementação das estratégias de controle da TB⁶³, como as iniciativas intersetoriais, também incluídas dentro do PG e que foram avaliadas como “Não favorável” no contexto do Recife.

Para Grabois e Ferreira ⁶⁶, as ações de controle da TB, com foco no conceito ampliado de saúde, requerem que a gestão de sistemas de saúde considere fortemente a “intersetorialidade”, como medida capaz de reverter os indicadores de saúde e contribuir para a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da coletividade.

Os três vértices do Triângulo de Governo – governabilidade, capacidade de governo e projeto de governo – se condicionam mutuamente (Matus, 2006). Desta forma, pode-se compreender que falhas no projeto de governo têm repercussões diretas na capacidade de governar ⁶⁷.

A **Capacidade de Governo** foi a categoria que apresentou o maior número de indicadores “**Não favorável**”. As dificuldades quanto à falta de RH para apoio ao PCT, qualificação específica dos gestores para desenvolvimento de suas atividades e o acúmulo de funções do coordenador do PCT (que também é responsável pelas atividades do programa de controle da hanseníase em todos os DS), foram referidas como fatores que comprometem a realização de outros atributos da CG.

No estudo desenvolvido por Santos⁵⁰, verificou-se que os coordenadores municipais do PCT são vistos como atores intermediários que possuem cargos gerenciais na maioria das vezes sem respaldo algum, e que se deparam constantemente com situações conflitantes que dificultam seu desempenho, conformando-se em sérios desafios de ordem política, técnica e operacional.

O perfil desses coordenadores também é critério de avaliação da CG, e foi o que obteve melhor resultado nesta categoria, “**Favorável**”. Ao avaliar conhecimento e experiência com PCT, identificou-se que o referido grupo de gestores tem qualificação, o que poderia permitir ampliar seu campo de atuação (capacidade de governo), oferecendo maior poder de controle diante das variáveis intervenientes (governabilidade), com vistas a fortalecer o projeto de governo ⁶⁸.

No entanto, a capacidade de governo dos coordenadores, sobretudo os dos DS, sofre dificuldades para sua operacionalização, uma vez que não conseguem planejar suas atividades e quando planejam, dificilmente conseguem executar, pois estão envolvidos com demandas advindas do mau funcionamento dos serviços que atendem os pacientes com TB.

Para Peres e Ciampone⁶⁹, planejar é o primeiro passo a ser dado por um gestor e esse planejamento deve servir de alicerce para o processo decisório, pautado na perspectiva do saber técnico e considerando as dimensões política e social do gerenciamento. Esse trabalho gerencial deve fornecer meios para a organização e programação das ações, como capacitação técnica e administrativa para planejar, a fim de ampliar a autonomia do gestor.

Nas coordenações do PCT (DS e NC), observa-se incipiente autonomia dos gestores, principalmente para a aquisição de insumos necessários para viabilizar, satisfatoriamente seus processos de trabalho e para planejar qualquer tipo de atividade que envolva recursos financeiros.

Monroe⁶⁵ afirma que é fundamental que os coordenadores do PCT acompanhem a transferência dos recursos financeiros repassados ao fundo municipal de saúde para obterem informações do montante destinado à TB, bem como o valor que está sendo aplicado para este fim. A autora reforça que tais informações instrumentalizam os coordenadores para o desenvolvimento de estratégias políticas visando acesso e adequada alocação desses recursos.

Nesse âmbito, a maior fragilidade do contexto se deu onde a autonomia dos gestores foi avaliada, na **Governabilidade do Sistema**. Alguns estudos^{50, 70} apontam que a falta de autonomia no processo decisório, além da escassez de recursos, acarreta

problemas gerenciais, de ações não planejadas, levando a adoção da cultura da improvisação.

Atrelada a falta de autonomia para o gerenciamento de algumas ações de controle da TB, está a falha no processo de comunicação e integração entre os gestores do PCT e a VE e a competição entre prioridades.

Outros estudos ^{50, 71}, demonstram que a definição da TB como prioridade na agenda de saúde em nível local, perpassa por obstáculos operacionais e políticos, como a priorização de outras situações como a dengue, exemplo citado por todos gestores do PCT.

Logo, fica evidente a necessidade de uma gestão mais comprometida com a TB, sendo fundamental o envolvimento do gestor no sentido de investir e apoiar o gerenciamento das ações de controle, assumindo a doença como prioridade na agenda de saúde do município independente das outras epidemias.

De acordo com Cruz ⁷² os fatores contextuais podem constituir facilidades ou barreiras, contribuindo para o êxito ou dificultando a execução das atividades e o alcance dos resultados.

Nesta avaliação, o modelo teórico utilizado pressupõe que múltiplos fatores interagem na produção dos efeitos. E embora a influência do contexto externo (por exemplo, a vulnerabilidade social dos pacientes) não tenha sido avaliada, o contexto político-organizacional pouco favorável e a implantação parcial do PCT no caso, podem influenciar os efeitos que foram observados, principalmente as taxas de cura, abandono, incidência e mortalidade que se mantêm inaceitáveis para os padrões estabelecidos pelos órgãos internacionais.

Barreto ⁷³, avaliando a implantação do Sinasc, observou que o contexto organizacional é importante para a implantação dos sistemas de informação e que o GI é decisivo para os efeitos que estes produzem.

A análise da interação entre contexto-GI-efeito, mostrada na Figura 7, evidencia uma interação sinérgica entre o contexto e o GI, porém divergente do objetivo da intervenção. Ou seja, mostra a contribuição simultânea do contexto e do GI sobre o efeito e θ quanto o resultado conjunto do contexto, **“Pouco Favorável”** e do GI **“Parcialmente implantado incipiente”** é superior ao resultado desses fatores isoladamente.

As influências demonstradas pelas setas pontilhadas, ou seja, onde a relação não se deu conforme previsto no objetivo da intervenção, evidenciam a conexão existente entre os componentes elencados no modelo da avaliação, onde um contexto pouco favorável ocasiona uma implantação parcial da intervenção e conseqüentemente, as relações esperadas como efeitos da intervenção não são alcançados.

É importante apontar possíveis limitações deste estudo, decorrentes da utilização de um instrumento semiestruturado para análise de contexto, visto que algumas perguntas podem não ter revelado a realidade vivenciada pelo entrevistado, ou ainda, ter ocultado elementos importantes.

Farand ⁴³, também aponta o tempo de implantação da intervenção como uma fragilidade para que as relações “Contexto-GI-Efeito” não se concretizem. Porém, esta não se aplica a este estudo, uma vez que a implantação do PCT está proposta há décadas.

VII. CONCLUSÃO

A estratégia metodológica utilizada permitiu identificar questões relevantes oferecendo subsídios para o aperfeiçoamento da intervenção, e respondendo ao objetivo desta avaliação ao demonstrar a relação entre o contexto, e o grau de implantação do PCT e o quanto a interação entre esses dois elementos influencia nos efeitos finais do programa. Ou seja, o contexto político-organizacional é importante para a implantação e o GI é decisivo para o alcance dos resultados do PCT.

A coerência entre as proposições teóricas e a realidade observada permitiu validar o modelo teórico adotado. A triangulação das informações de diferentes fontes, considerando as convergências entre elas, fortaleceu a validade interna do estudo.

A partir dos resultados do GI, ficam evidentes as falhas no desenvolvimento das ações do PCT. A análise do contexto nos permite fazer considerações a respeito da necessidade de fortalecimento do processo de descentralização do PCT para os DS. A precariedade no planejamento, aliada à deficiente comunicação entre AB e VE, prejudicam a realização das ações voltadas para as necessidades locais.

Em geral, todos os atores, desestimulados pela falta de apoio e autonomia limitada nos seus processos de trabalho, mostram uma tendência a continuar realizando as ações de controle da TB de forma desintegrada de outros setores.

Os achados deste estudo reforçam a importância das avaliações na área pública, pelo potencial de melhorar sua operacionalização das políticas e alcance de resultados.

VIII. RECOMENDAÇÕES

Com base nos resultados da presente pesquisa avaliativa, para o fortalecimento da implantação do PCT no Recife recomenda-se:

- a) Priorizar a TB na política municipal, garantindo apoio logístico e estrutural para melhoria, continuidade e sustentabilidade das ações de controle da doença.
- b) Estimular que a elaboração do Plano Municipal de Saúde e outros documentos de gestão sejam feitos com participação dos gestores e técnicos que trabalham com o programa;
- c) Melhorar a estrutura do NC e dos DS para melhor desenvolvimento das ações do programa (recursos humanos, materiais, insumos e transporte);
- d) Fomentar a autonomia e o protagonismo dos gestores do PCT no processo decisão e planejamento das ações do programa;
- e) Promover oficinas para o desenvolvimento e implementação de projetos com perspectivas intersetorial e multiprofissional envolvendo os diversos segmentos que podem contribuir para o controle da TB (Saúde, Ação Social, ONG's, Sociedade Civil Organizada, entre outros);
- f) Fortalecer as práticas de gestão referentes ao monitoramento, avaliação e assessoramento técnico às unidades, para reorientação da prática em serviço e fortalecimento das ações de vigilância e controle da TB;
- g) Qualificar a base de dados (Sinan), envolvendo as equipes de saúde na discussão dos indicadores e orientando a importância da produção e registro das informações;
- h) Melhorar o fluxo e o prazo de entrega dos exames laboratoriais para as unidades de saúde;

- i) Implementar estratégias de educação em saúde e mobilização social, incorporando-as na rotina dos serviços de forma contextualizada.
- j) Disseminar os resultados desta avaliação com os gestores, coordenadores e profissionais das equipes de saúde.

IX. REFERÊNCIAS

1. Lönnroth K, Migliori GB, Abubakar I, D'Ambrosio L, Vries G de, Diel R, et al. Towards tuberculosis elimination: an action framework for low-incidence countries. *Eur Respir J* 2015; 45: 928–952
2. Creswell J, Sahu S, Sachdeva KS, Ditiu L, Barreira D, Mariandyshev A, et al. Tuberculosis in BRICS: challenges and opportunities for leadership within the post-2015 agenda. *Bull World Health Organ* 2014;92:459–460
3. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.
4. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2015. Geneva: WHO; 2015.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileira frente à tuberculose. Vol. 46. Nº 9 – 2015.
6. Dye C, Bassili A, Bierrenbach AL, Broekmans JF, Chadha VK, Glaziou P, et al. Measuring tuberculosis burden, trends and the impact of control programmes. 2013. Supporting online material. Disponível em: http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/meeting_s/lid_measuring_tb_burden_supportingmaterial.pdf
7. Nascimento DR do. Comparando a tuberculose e a aids no Brasil. *Revista CLIO – Revista de Pesquisa Histórica*. Volume 28.2. 2010.
8. Hijjar MA, Procópio MJ. Tuberculose - epidemiologia e controle no Brasil. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2006;5(2):15-23
9. Hijjar MA, Gerhardt G, Teixeira GM, Procópio MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.41, suppl.1, pp. 50-57.
10. Santos J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(Supl. 1): 89-94.

11. Procópio MJ, Hijjar MA, Porto OM. Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT). In: Controle da Tuberculose: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2008.
12. World Health Organization. An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control: stop TB communicable disease. Geneva: WHO; 2002.
13. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013. Geneva: WHO; 2013.
14. Mori T, Burhan E. Supporting progress towards the post-2015 targets and regional tuberculosis elimination: a statement of intent from the third meeting of the Asian TB Experts Community. *Eur Respir J.* 2015 Jun; 45(6): 1760–1762.
15. Maciel MS, Mendes PD, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A história da tuberculose no Brasil: os muitos tons (de cinza) da miséria. *Rev Bras Clin Med.* São Paulo, 2012 mai-jun;10(3):226-30.
16. Ruffino-Netto A. Impacto da reforma do setor saúde sobre os serviços de Tuberculose no Brasil. *Boletim de Pneumologia Sanitária – Vol. 7, Nº 1 – jan/jun – 1999*
17. Ruffino-Netto A, Souza AMAF. Reforma do Setor Saúde e Controle da Tuberculose no Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS 1999; 8(4):35-51.*
18. Ministério da Saúde (Brasil). Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília (DF); 1999. 184 p.
19. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Tuberculose na Atenção Primária à Saúde. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 131 p.
20. Recife. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014 - 2017 / Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. 1ª. Ed. - Secretaria de Saúde do Recife, 2014. 84 p.
21. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Sanar - Plano para Redução e Eliminação das Doenças Negligenciadas no Estado de Pernambuco 2011-2014. Recife: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, 2011.
22. Mendes MFM. Avaliação da Implantação dos Núcleos de Epidemiologia em hospitais de alta complexidade da rede pública de Saúde, no Recife/PE. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2001 152p.

23. Worthen BR, et al. O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicas da avaliação. In: Worthen, B R. et al. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Ed. Gente, 2004. cap. 1. p. 33-58.
24. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 15-40.
25. Contrandiopoulos A. et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48.
26. Hartz, ZMA; Pouvourville, G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.3, n.1, p.68-82, 1998.
27. Champagne F, Contandriopoulos A, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 41-60.
28. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP, Denis JL. A análise de implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz, ZMA. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p.217-238.
29. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz Z. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 49-88.
30. Bodestein, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.
31. Natal S, Santos EM, Alves CKA, Felisberto E. Implementação do projeto estratégico de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das secretarias de saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva L, Felisberto E, organizadores. Meta-avaliação da Atenção Básica em Saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
32. Hartz, ZMA. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p.217-238.
33. Champagne F, Brousselle A, Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Modelizar as intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2011. p.61-74.

34. Hartz, ZMA. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: Hartz, ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 1, p. 19-28.
35. Hartz ZMA. Novos desafios para a avaliação em saúde: lições preliminares dos programas de prevenção. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 2, n. 1, jan./abr. 2002.
36. Medina MG, et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA. Avaliação em saúde, dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 41-64.
37. Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248 p.
38. Oliveira LGD, et al. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):997-1008, 2010.
39. Donabedian A. Formulating criteria and standards. In: An introduction to quality assurance in health care. Oxford: Oxford University Press; 2003.
40. Matus C. Política, planejamento e governo. 3ª Ed. Tomo I. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 1997.
41. Fundação Altadir. Triângulo de Governo: Carlos Matus Romo. Strategia Consultores Ltda. 5 de septiembre de 2006.
42. Yin, RK. Case study research: Design and methods. Newbury Park, CA: Sage. 1984.
43. Farand L, Champagne F, Amyot A, Denis JL, Constandriopoulos AP. Évaluation de la réforme des services psychiatriques d estinés aux adultes au pavillon Albert-Prévost. Santé mentale au Québec, vol. 24, n° 2, Automne 1999, p. 90-125.
44. Vuori H. A qualidade da saúde. Divulg. saúde debate. 1991; (3): p. 17-24.
45. Pereira CCB, Vidal AS, Carvalho PI, Frias PG. Avaliação da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em Pernambuco. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2013 jan-mar; 13(1): 39-49.
46. Vieira-da-Silva LM, et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):355-370, fev, 2007

47. Pimentel FC, Albuquerque PC de, Souza WV de. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 88-101, Jan-Mar, 2015.
48. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/MS, 2002.
49. Scalco SV, Lacerda JT de, Calvo MCM. Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(3):603-614, mar, 2010.
50. Santos MLSG, Villa TCS, 2010, Vendramini SHF, et al. A gerência das ações de controle da tuberculose em municípios prioritários do interior paulista. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 64-9.
51. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2006; 11(3): 553-63.
52. Rodrigues ILA, Cardoso NC. Detecção de sintomáticos respiratórios em serviços de saúde da rede pública de Belém, Pará, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saude* 2010; 1(1):67-71
53. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3):929-936, 2009.
54. Costa JMBS, Felisberto E, Bezerra LCA, Cesse EAP, Samico IC. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(5):1201-1216, 2013.
55. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saude Publica* 2012; 28(11):2095-2105.
56. Silva RR, Brandão D. Os quarto elementos da avaliação. *Olho Mágico - Boletim da Rede Unida* 2003; 10(2):59-66.
57. Hino P, Santos CB, Villa TCS, Bertolozzi MR, Takahashi RF. O controle da tuberculose na perspectiva da Vigilância da Saúde. *Esc Anna Nery*. 2011; 15(2):417-21.
58. Nóbrega LVB da. Avaliação do grau de implantação das ações do programa de controle da tuberculose na estratégia saúde da família, Recife-PE. (Dissertação de mestrado) Brasília, 2012.
59. Amaral AS do, Tamaki EM, Sales CM, Renovato RD. Avaliação da Descentralização do Programa de Controle da Tuberculose do Nível Secundário para o Nível Primário do Sistema de Saúde de Dourados. *Saúde Soc*. São Paulo, v.19, n.4, p.794-802, 2010.

60. Sá LD de, Andrade MN de, Nogueira JA, et al. Implantação da estratégia DOTS no controle da Tuberculose na Paraíba: entre o compromisso político e o envolvimento das equipes do programa saúde da família (1999-2004). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(9):3917-3924, 2011.
61. Oliveira LGD de, Natal S, Camacho LAB. O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. *Cad. Saúde Colet.*, 2012, Rio de Janeiro, 20 (2): 250-7.
62. Gutiérrez SE. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades de saúde da atenção básica nas regionais norte e sul de Cuiabá/MT, 2010. (Dissertação de mestrado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
63. Oliveira LGD de, Natal S, Camacho LAB. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(3):543-554, mar, 2015.
64. Lee T, Price M. Indicators and research methods for rapid assessment of a tuberculosis control programme: Case study of a rural area in South Africa. *Tubercle and Lung Disease* 1995; 76(5):441-449
65. Monroe AA, et al. I- Political Commitment to DOTS implementation and sustainability in São Paulo State (2005). In: Ruffino-Neto A, Villa TCS (Org). *Tuberculosis treatment: Dots implementation in some regions of Brazil background and regional features*. Brasília: OPAS, 2007, IV, p. 77-83
66. Graboys V, Ferreira SCC. In: Ferreira SCC, Monken M. *Gestão em Saúde. Contribuições para análise da integralidade*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2009.
67. Rivera U. Planejamento situacional: uma análise reconstrutiva. In: Gallo E, Rivera U, Machado M, organizadores. *Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Relume- Dumará; 1992.
68. Sampaio J, Carvalho EMF de, Pereira GFC, Mello FMB de. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(1):279-290, 2011.
69. Peres AM, Ciampone MHT. Gerência e competências gerais do enfermeiro. *Texto e Contexto – Enfermagem*. Florianópolis, v. 15, n. 3, Set 2006.
70. André AM, Ciampone MHT. Desafios para a gestão de Unidades Básicas de Saúde. *Rev Adm Saúde*. 2007 Jan-Mar; 9(34):16-21.
71. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, et al. Envolvimento de equipes da Atenção Básica à Saúde no Controle da Tuberculose. *Rev Esc Enferm USP* 2008; 42(2):262-7.

72. Cruz MM. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWF. Caminhos para análise das políticas de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ENSP/Fiocruz; 2011. p.181-99.
73. Barreto IC. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em âmbito municipal. (Dissertação de Mestrado). Recife, 2013.

Apêndice 1. Modelo Lógico do PCT em âmbito Municipal

MODELO LÓGICO PROPOSTO PARA O PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO ÂMBITO MUNICIPAL, 2015					
COMPONENTES	SUBCOMPONENTES	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	IMPACTO
GESTÃO DO PCT	PLANEJAMENTO E INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES	Profissionais qualificados; Insumos; Equipamentos; Veículo; Serviços de apoio	Planejamento anual das ações de Controle da TB	Qualificação das ações do PCT; Descentralização e integração das ações; Melhoria dos processos de gestão e tomada de decisão;	
			Planejamento de atividades integradas entre VE e AB		
			Desenvolvimento de atividades integradas com foco em populações especiais (PVHA, Indígenas, PPL, PVSR)		
			Elaboração de plano atividades integradas com outros programas/setores		
	GERENCIAMENTO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE		Monitoramento indireto dos casos pelo do Sinan		
			Acompanhamento da qualidade do preenchimento dos livros de Registro de Acompanhamento e de SR das US		
			Monitorar a atualização do Sinan, com o envio/recebimento dos Boletins de Acompanhamento Mensal para as US		
			Acompanhamento da qualidade dos dados (limpeza de banco)		
			Utilização dos dados do Sinan para planejamento de atividades		
			Elaboração e divulgação de fluxos e rotinas para as US		
			Articulação com laboratório e outros serviços de apoio		
			Elaboração e divulgação de boletim epidemiológico		
			Realização de visitas às US para Apoio Matricial às equipes		
			Reuniões para discussão dos indicadores com as equipes		
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Monitoramento e Avaliação das ações planejadas (atividades/metabolismos/resultados)				
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	PREVENÇÃO	Vacinação BCG em recém-nascidos	Aumento da detecção de casos; Diagnóstico precoce Interrupção da cadeia de transmissão; Garantia de realização das ações de vigilância e controle da TB; Melhoria da qualidade da informação;		
		Investigação dos contatos do caso de TB notificados			
		Realização da quimioprofilaxia para os casos de ILTB			
	NOTIFICAÇÃO / INVESTIGAÇÃO	Busca ativa de SR			
		Notificação oportuna dos casos de TB			
		Notificação de ILTB			
	PRODUÇÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE	Notificação dos casos de tratamentos especiais e mudança de esquema no SITE-TB			
		Acompanhamento dos casos de TB através do preenchimento adequado dos livros de registro do PCT			
		Utilização adequada dos impressos do programa (Ficha de TDO; Ficha de controle de contatos)			
		Atualização mensal das informações do acompanhamento dos pacientes de TB à coordenação			
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	DIAGNÓSTICO	Realização do diagnóstico dos casos (TB primária, efeitos adversos e resistências) na US	Acompanhamento oportuno dos casos; Identificação precoce de co-infecção TB/HIV; Identificação precoce de casos de falência e resistência; Redução do abandono do tratamento; Aumento da cura; Melhoria dos indicadores operacionais do PCT		
		ACOMPANHAMENTO			Acompanhamento do TDO para os pacientes em tratamento
	LABORATÓRIO E OUTROS SERVIÇOS DE APOIO	Acompanhamento Bacteriológico Mensal			
		Solicitação de cultura para os casos indicados (retratamento; baciloscopia + a partir do 2º mês de tratamento; co-infectados; contatos de TB resistente)			
		Oferta de exame de baciloscopia para todos os casos e SR			
	REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA	Oferta de teste HIV			
		Oferta de raio-X para apoio diagnóstico e exame de contatos			
		Entrega oportuna dos resultado dos exames			
		Encaminhamento dos casos especiais aos serviços de referência (intolerâncias, comorbidades, resistências)			
		Acolhimento e acompanhamento conjunto dos casos encaminhados			
COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	EDUCAÇÃO EM SAÚDE E MOBILIZAÇÃO SOCIAL	Realização de atividades educativas com a comunidade nas US e Promoção de Campanhas de mobilização social contra a TB	População sensibilizada sobre a situação da TB; Aumento da detecção de casos; Melhor adesão ao tratamento; Fortalecimento do vínculo entre paciente e US		
		EDUCAÇÃO PERMANENTE	Equipe integrada e com Profissionais instrumentalizados e com habilidade para desempenhar as atividades do PCT; Melhor arranjo organizacional do processo de trabalho		

Redução da incidência e mortalidade por Tuberculose

*TB: Tuberculose; VE: Vigilância Epidemiológica; AB: Atenção Básica; PVHA: População Vivendo com HIV/AIDS; PPL: População Privada de Liberdade; PVSR: População Vivendo em Situação de Rua; Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; US: Unidade de Saúde; ILTB: Infecção Latente Tuberculose; SITE-TB: Sistema de Infomação de Tratamentos Especiais para Tuberculose; PCT: Programa de Controle da Tuberculose; TDO: Tratamento Diretamente Observado; SR: Sintomático Respiratório.

Apêndice 2. Matriz de análise e julgamento do grau de implantação das ações do PCT nas Unidades Básicas de Saúde

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO/INDICADOR	PADRÃO	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	
ESTRUTURA							
	Recursos Humanos	Disponibilidade de EqSF (Equipe mínima)	Mínimo 4 categorias profissionais (médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS)	Entrevista	Sim= 1,0 Não = 0	1,0	
		Nº de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada	1 ACS/ 750 pessoas	Entrevista	Sim= 1,0 Não = 0	1,0	
	Espaço Físico	Número de consultórios	1 Consultório para USF com 1 Equipe; 3 consultórios para USF com 2 ou 3 equipes		Observação direta	Sim= 1,0 Não = 0	1,0
		Adequação do consultório		1. Área mínima de 9m2/dimensão mínima de 2,50m. 2. Oferece condições de atendimento em mesa de escritório para usuário e acompanhante sentados; 3. Exame clínico em mesa/maca adequado 4. Dispõe de lavatório com torneiras 5. Sempre tem água corrente nas torneiras 6. Ambientes são claros, com o máximo de luminosidade natural possível; 7. As salas dispõem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar;	Observação direta	Sim=0,2 Não= 0	1,0
						Sim=0,1 Não= 0	
						Sim=0,1 Não= 0	
						Sim=0,1 Não= 0	
						Sim=0,1 Não= 0	
						Sim=0,2 Não= 0	
		Existência de Sala de Procedimento	1 sala de procedimento	Observação direta	Sim= 1,0 Não = 0	1,0	
		Adequação da sala de procedimento		1. Área mínima de 9m2/dimensão mínima de 2,50m. 2. Oferece condições de atendimento em mesa de escritório para usuário e acompanhante sentados; 3. Exame clínico em mesa/maca adequado 4. Dispõe de lavatório com torneiras 5. Sempre tem água corrente nas torneiras 6. Ambientes são claros, com o máximo de luminosidade natural possível; 7. As salas dispõem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar;	Observação direta	Sim=0,2 Não= 0	1,0
						Sim=0,1 Não= 0	
	Sim=0,1 Não= 0						
	Sim=0,1 Não= 0						
Existência de Sala de vacina	1 sala de vacina	Observação direta	Sim= 1,0 Não = 0	1,0			
Adequação da sala de vacina		1. Dispõe de bancada com pia e torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos 2. Sempre tem água corrente nas torneiras 3. Dispõe de mesa tipo escritório com gavetas, cadeiras, armários sobre e sob bancada. 4. Dispõe de Refrigerador 260 litros. 5. Apresenta área mínima de 9m2 com dimensão mínima de 2,50m. 6. A Sala é livre de luz solar incidente	Observação direta	Sim=0,2 Não= 0	1,0		
				Sim=0,2 Não= 0			
				Sim=0,1 Não= 0			
				Sim=0,2 Não= 0			
Existência de Sala de espera	1 sala de espera	Observação direta	Sim= 1,0 Não = 0	1,0			
Adequação da sala de espera		1. Para cada EqSF assentos para comportar aproximadamente 15 pessoas 2. Ambientes claros, com o máximo de luminosidade natural possível; 3. As salas devem dispor de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar	Observação direta	Sim = 0,33 Não = 0	1,0		
				Sim = 0,33 Não = 0			

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO/INDICADOR	PADRÃO	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA
ESTRUTURA						
	Impressos e materiais	Existência de impressos/materiais pertinentes ao PCT 1)Ficha de notificação/investigação de TB 2)Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de TB; 3) Livro de Registro de SR; 4) Impresso de Controle de Contatos; 5) Ficha de Acompanhamento do TDO 6)Ficha de Notificação da ILTB	Sim para todos os itens	Observação direta	Sim para todos = 3; A cada item que não seja apresentado diminuir 0,5 ponto	3,0
		Existência de Material educativo (Folder, cartazes, panfletos, etc.) em quantidade suficiente para a rotina	Sim	Observação direta	Sim= 1,0 Não = 0	1,0
	Insumos, medicamentos e serviços	Disponibilidade de potes plásticos para coleta de exame de escarro	Sim	Observação direta	Sim= 2,0 Não = 0	2,0
		Disponibilidade de laboratório para exame de escarro (Baciloscopia e cultura)	Sim para os dois exames	Entrevista	Sim para os 2 exames = 2; Sim, para 01 = 1; Não = 0	2,0
		Disponibilidade de exame de Raio-X	Serviço disponível por livre demanda (sem cota)	Entrevista	Sim= 2,0 Não = 0	2,0
		Disponibilidade de laudo junto ao exame de imagem (raio-x)	Sim	Entrevista	Sim, sempre= 2; Sim, às vezes= 1; Não = 0	2,0
		Disponibilidade de teste rápido para HIV na US	Sim	Entrevista	Sim= 2,0 Não = 0	2,0
		Disponibilidade de Serviço de Referência secundária formalizado	Consulta disponível na necessidade de referência e em tempo oportuno : até 7 dias	Entrevista	Sim= 2,0 Não = 0	2,0
		Disponibilidade de medicamentos para TB 1) Disponibilidade de Poliquimioterapia Esquema Básico TB 2) Disponibilidade de Isoniazida para tratamento de ILTB	No mesmo dia = 2,0; 1-3 dias= 1,0; Mais de 3 dias= 0 (Considerando que não se deve manter estoque de medicação na US, verificar tempo entre a solicitação e a disponibilidade da medicação para início do tratamento)	Entrevista	Sim para todos os itens = 2; Sim para 01 = 1; Não = 0	2,0
	Normas Técnicas	Disponibilidades de normas técnicas (manuais) sobre diagnóstico e vigilância da TB 1) Manual de recomendação para o controle da TB no Brasil 2) Tratamento Diteramento Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de Enfermagem 3) Documentos diversos (NT/CI/Ofícios/Informes) municipais que abordem as questões de organização, fluxos e condutas do PCT	Sim para todos os itens	Observação direta	Sim para todos = 2; Se sim para apenas 2 itens= 1; Menos de 2 itens= 0	2,0
TOTAL DE PONTOS - ESTRUTURA						30,0

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO/INDICADOR	PADRÃO	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	
PROCESSO							
Vigilância Epidemiológica	Prevenção	Acompanhamento do tratamento de ILTB	Sim	Entrevista	Sim= 2,0 Não = 0	2,0	
		% de SR examinados dentre os estimados	Estimativa de SR para o período (1% da população adscrita)	Livro Registro de SR	100% = 4; 99-75%=3; 74-50%=2; <50%= 0	4,0	
		% de contatos de casos de TB examinados entre os registrados	≥70% dos contatos	Sinan-TB	≥70% = 3; 50 - 69,9% = 2; <50% = 0	3,0	
	Notificação / Investigação	Notificação de casos de ILTB	Sim	Entrevista	Sim= 2,0 Não = 0	2,0	
		% de notificações registradas no Sinan em tempo oportuno	100% de notificações oportunas (Considerar até 30 dias entre a data de notificação e a data da digitação)	Sinan-TB	100% = 2; <100-75%=1; <75-50%=0,5; <50%= 0	2,0	
	Produção da Informações em Saúde	Preenchimento adequado dos livros de Registro	1) Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose 2) Livro de Registro dos SR no Serviço de Saúde	Sim para os dois livros (Adequado = Preenchimento completo e de acordo com a recomendação do Livro)	Observação direta	Sim para os dois = 4; Sim para um = 2; Não = 0	4,0
		Atualização e envio mensal do Boletim de Acompanhamento da TB		Sim	Boletim de Acompanhamento	Sim =2,0 Não = 0	2,0
Utilização adequada da ficha de controle de contatos			Sim	Ficha de Controle de Contatos	Sim =2,0 Não = 0	2,0	
Utilização adequada da Ficha de TDO			Sim	Ficha de TODO preenchida adequadamente	Sim =2,0 Não = 0	2,0	
Assistência ao Paciente	Diagnóstico	% de casos de TB confirmados bacteriologicamente	100%	Sinan-TB	100% = 2; <100-75%=1; <75-50%=0,5; <50%= 0	2,0	
		% de casos de TB em tratamento que realizaram baciloscopia de acompanhamento mensal	100%	Sinan-TB	100% = 2; <100-75%=1; <75-50%=0,5; <50%= 0	2,0	
	Acompanhamento	% de casos de TB testados para		75%	Sinan-TB	≥75%=3; 50-74,9%=2; <50%= 0	3,0
		Rotina de solicitação de cultura para casos com indicação (retratamento, BK+ a partir do 2º mês de tratamento, HIV+, Pop. Especiais)		Sim	Entrevista	Referir pelo menos os 4 critérios de indicação de cultura citados no indicador = 3; Refere de 2-3 critérios = 2; Refere apenas 1 critério = 1; Não conhece os critérios para solicitação de cultura = 0	3,0
		% de casos de TB que realizaram TDO	80% dos casos TB pulmonar Bacilífero		Sinan-TB	≥80%=3; 50 - 79,9%=2; <50%= 0	3,0
		% de cura dos casos de TB	85% dos casos		Sinan-TB	≥85%=3; 50 - 79,9%=2; <50%= 0	3,0
		% de abandono do tratamento	5% dos casos		Sinan-TB	≤5%=3; >5-10%=2; >10%= 0	3,0
		Proporção de casos de TB com encerramento oportuno	100% de notificações oportunas (Considerar até 90 dias após o prazo preconizado para conclusão do tratamento, a contar da data de início do tratamento)		Sinan-TB	100% = 3; <100-75%=2; <75-50%=1; <50%= 0	3,0
		Realização de Busca Ativa de Faltosos através de visita domiciliar		Sim, Sempre	Observação direta (verificar na US pelo menos um registro de busca de faltoso)	Sim, sempre= 3,0 Sim, às vezes= 2,0 Não = 0	3,0

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO/INDICADOR	PADRÃO	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA
PROCESSO						
Assistência ao Paciente	Laboratório e outros serviços de apoio	Existência de fluxo de recolhimento diário das amostras de escarro na US	Sim	Entrevista	Sim (diário) = 2,0 Alguns dias da semana= 1,0 Não = 0	2,0
		Rotina de orientações ao paciente para coleta de escarro	Sim	Entrevista	Sim = 2,0 Não = 0	2,0
		Oportunidade de coleta da 1ª amostra de escarro na US	Sim	Entrevista	Sim = 2,0 Não = 0	2,0
		Entrega dos resultados de exame de baciloscopia em tempo oportuno	Até 3 dias	Entrevista	Até 3 dias = 2; 3 - 7 dias = 1; >7 dias = 0	2,0
		Entrega dos resultados de exame de Cultura de escarro em tempo oportuno	Até 60 dias	Entrevista	Até 60 dias = 2; 60 - 90 dias = 1; >90 dias = 0	2,0
		Entrega dos resultados do raio-x em tempo oportuno	Até 3 dias	Entrevista	Até 3 dias = 2; 3 - 7 dias = 1; >7 dias = 0	2,0
	Entrega dos resultados de teste de HIV em tempo oportuno	Método de Teste rápido para HIV	Entrevista	Teste Rápido = 2; Outro método em até 7 dias = 1; >7 dias = 0	2,0	
Referência e Contrarreferência	Utilização de formulário específico para referência e contrarreferência dos pacientes de TB	Sim	Observação direta	Sim = 2,0 Não = 0	2,0	
Educação e Promoção da Saúde	Educação em Saúde e Mobilização social	Realização de atividades educativas 1) Atividades Coletivas na US sobre prevenção e controle da TB	Mínimo 1 / trimestre	Registro das atividades (atas, fotos, livro de reuniões, outros)	1 ou mais por trimestre = 2; 1 por semestre = 1; 1 por ano = 0, 5 Não= 0	2,0
		2) Em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais das comunidades para realização de ações educativas de controle da TB	Mínimo 1 / trimestre	Registro das atividades (atas, fotos, livro de reuniões, outros)	1 ou mais por trimestre = 2; 1 por semestre = 1; 1 por ano = 0, 5 Não= 0	2,0
	Educação Continuada	Qualificação da abordagem dos ACS nas visitas domiciliares, através de discussões técnicas entre equipe sobre a TB	Mínimo 1 / trimestre	Registro das atividades (atas, fotos, livro de reuniões, outros)	1 ou mais por trimestre = 1; 1 por semestre = 0,5; Não= 0	1,0
		Participação da Equipe em eventos (cursos, capacitações, simpósios, etc) sobre TB	Mínimo 1 no ano	Entrevista	Sim = 1,0 Não = 0	1,0
TOTAL DE PONTOS - PROCESSO						70,0
VALOR TOTAL DA MATRIZ						100,0

*EqSF: Equipe de Saúde da Família; USF: Unidade de Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde; TB: Tuberculose; VE: Vigilância Epidemiológica; AB: Atenção Básica; PVHA: População Vivendo com HIV/AIDS; PPL: População Privada de Liberdade; PVSR: População Vivendo em Situação de Rua; Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; US: Unidade de Saúde; ILTB: Infecção Latente Tuberculose; SITE-TB: Sistema de Infomação de Tratamentos Especiais para Tuberculose; PCT: Programa de Controle da Tuberculose; TDO: Tratamento Diretamente Observado; SR: Sintomático Respiratório.

Apêndice 2. Matriz de análise e julgamento do grau de implantação das ações do PCT nas Unidades de Referência Secundária

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO/INDICADOR	PADRÃO	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	
ESTRUTURA							
	Recursos Humanos	Equipe de Referência para TB	Mínimo 3 categorias profissionais (médico pneumologista ou infectologista, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem)	Entrevista/Observação direta	Sim para 3 = 2; Sim para 2 = 1; Menos de 2 = 0 * um dos membros da equipe deverá ser obrigatoriamente o médico especialista	2,0	
	Espaço Físico	Número de consultórios		Mínimo 1 Consultório	Observação direta	Sim= 1,0 Não = 0	1,0
		Adequação do consultório			Observação direta	1. Área mínima de 9m2/dimensão mínima de 2,50m.	Sim=0,2 Não= 0
						2. Oferece condições de atendimento em mesa de escritório para usuário e acompanhante sentados;	Sim=0,1 Não= 0
						3. Exame clínico em mesa/maca adequado	Sim=0,1 Não= 0
						4. Dispõe de lavatório com torneiras	Sim=0,1 Não= 0
						5. Sempre tem água corrente nas torneiras	Sim=0,1 Não= 0
						6. Ambientes são claros, com o máximo de luminosidade natural possível;	Sim=0,2 Não= 0
	7. As salas dispõem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar;					Sim=0,2 Não= 0	
	Existência de Sala de Procedimento		1 sala de procedimento	Observação direta	Sim= 1,0 Não = 0	1,0	
Adequação da sala de procedimento				Observação direta	1. Área mínima de 9m2/dimensão mínima de 2,50m.	Sim=0,2 Não= 0	
					2. Oferece condições de atendimento em mesa de escritório para usuário e acompanhante sentados;	Sim=0,1 Não= 0	
					3. Exame clínico em mesa/maca	Sim=0,1 Não= 0	
					4. Dispõe de lavatório com torneiras	Sim=0,1 Não= 0	
					5. Sempre tem água corrente nas torneiras	Sim=0,1 Não= 0	
6. Ambientes são claros, com o máximo de luminosidade natural possível;	Sim=0,2 Não= 0						
7. As salas dispõem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar;	Sim=0,2 Não= 0						
Existência de Sala de espera		1 sala de espera	Observação direta	Sim= 1,0 Não = 0	1,0		
Adequação da sala de espera				Observação direta	1. Para cada EqSF assentos para comportar aproximadamente 15 pessoas	Sim = 0,33 Não = 0	
					2. Ambientes claros, com o máximo de luminosidade natural possível;	Sim = 0,33 Não = 0	
					3. As salas devem dispor de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar	Sim = 0,33 Não = 0	

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO/INDICADOR	PADRÃO	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	
ESTRUTURA	Impressos e materiais	Existência de impressos/materiais pertinentes ao PCT	Sim para todos os itens	Observação direta	Sim para todos = 3; A cada item que não seja apresentado diminuir 0,5 ponto	3,0	
		1) Ficha de notificação/investigação de Tuberculose					
		2) Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de TB;					
		3) Ficha de notificação ILTB					
		4) Impresso de Controle de Contatos;					
		5) Ficha de Acompanhamento da tomada diária da medicação do TDO					
	Insumos, medicamentos e serviços	6) Ficha de Notificação de casos de TB resistente (SITE-TB)	Disponibilidade de potes plásticos para coleta de exame de escarro	Sim	Observação direta	Sim= 2,0 Não = 0	2,0
		Disponibilidade de medicamentos para TB	1) Poliquimioterapia Esquema Básico	Considerando que não se deve manter estoque de medicação na US, verificar tempo entre a solicitação e a disponibilidade da medicação para início do tratamento, avaliar cada item individualmente considerando o seguinte padrão: No mesmo dia = 1; 1-3 dias = 0,5; Mais de 3 dias = 0	Entrevista	Sim para todos os itens = 3; 2 itens = 2; 1 item = 1; Não = 0	3,0
			2) Disponibilidade de Isoniazida para tratamento de ILTB				
			3) Drogas para esquemas especiais				
		Disponibilidade de acesso ágil aos seguintes exames/procedimentos:	1) Baciloscopia de escarro	Sim para todos os itens	Entrevista/ Observação direta	Sim para todos = 7; A cada item que não seja apresentado diminuir 0,77.	7,0
			2) Raio-x de tórax				
			3) Tomografia computadorizada de tórax				
			4) Cultura de escarro				
			5) Teste de sensibilidade				
6) Broncoscopia com biópsia							
7) Biópsia de outras localizações							
8) Bioquímica hepática							
9) Análise do líquido pleural (bioquímico, citológico e adenosina deaminase)	Disponibilidade de teste rápido para HIV na US	Sim	Entrevista	Sim= 2,0 Não = 0	2,0		
Disponibilidade de Referência terciária para encaminhar casos mono, poli ou multiresistentes	Sim	Entrevista	Sim= 2,0 Não = 0	2,0			
Normas Técnicas	Disponibilidades de normas técnicas (manuais) sobre diagnóstico e vigilância da TB	Sim	Observação direta	Sim para todos = 3; Se sim para apenas 2 itens = 1,5; Menos de 2 itens = 0	3,0		
	1) Manual de recomendação para o controle da tuberculose no Brasil						
	2) TDO da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de Enfermagem						
	3) Manual de Diagnóstico e Tratamento de TB Resistente e Multi-Droga Resistente						
	4) Documentos diversos (NT/CL/Ofícios/Informes) municipais que abordem as questões de organização, fluxos e condutas do PCT						
TOTAL DE PONTOS - ESTRUTURA						30,0	

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO/INDICADOR	PADRÃO	FONTES DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA
PROCESSO						
Vigilância Epidemiológica	Prevenção	Acompanhamento do tratamento de ILTB	Sim	Entrevista	Sim= 2,0 Não = 0	2,0
		% de contatos de casos de TB examinados entre os registrados	≥70% dos contatos	Sinan-TB	≥70% = 3; 50 - 69,9% = 2; <50%= 0	3,0
	Notificação/ Investigação	Notificação de casos de ILTB	Sim	Entrevista	Sim= 2,0 Não = 0	2,0
		% de notificações registradas no Sinan em tempo oportuno	100% de notificações oportunas (Considerar até 30 dias entre a data de notificação e a data da digitação)	Sinan-TB	100% = 2; <100-75%=1; <75-50%=0,5; <50%= 0	2,0
		Notificação dos casos de tratamentos especiais e mudança de esquema no SITE-TB	Sim	Entrevista	Sim= 2,0 Não = 0	2,0
	Produção da Informação em Saúde	Preenchimento adequado dos livros de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de TB	Sim	Observação direta	Sim = 3; Não= 0	3,0
		Atualização e envio mensal do Boletim de Acompanhamento da TB	Sim	Boletim de Acompanhamento	Sim =2,0 Não = 0	2,0
		Utilização adequada da ficha de controle de contatos	Sim	Ficha de Controle de Contatos	Sim =2,0 Não = 0	2,0
		Utilização adequada da Ficha de Acompanhamento da tomada diária da medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO)	Sim	Ficha de Acompanhamento da tomada diária da medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO) pelo ACS	Sim =2,0 Não = 0	2,0
		Atualização e envio do boletim de acompanhamento dos casos de tratamentos especiais e mudança de esquema no SITE-TB	Sim	Entrevista	Sim =2,0 Não = 0	2,0
Assistência ao Paciente	Diagnóstico	Elucidação diagnóstica (diagnóstico diferencial) dos casos encaminhados da AB	Sim	Entrevista	Sim =2,0 Não = 0	2,0
		Identificação da ocorrência de efeitos adversos	Sim	Entrevista	Sim =2,0 Não = 0	2,0
		% de casos de TB confirmados bacteriologicamente	100%	Sinan-TB	100% = 2; <100-75%=1; <75-50%=0,5; <50%= 0	2,0
	Acompanhamento	Adequação do tratamento e acompanhamento dos pacientes com efeitos adversos	Sim	Entrevista	Sim =2,0 Não = 0	2,0
		Acompanhamento dos casos com comorbidades.	Sim	Entrevista	Sim =2,0 Não = 0	2,0
		% de casos de TB em tratamento que realizaram baciloscopia de acompanhamento mensal	100%	Sinan-TB	100% = 2; <100-75%=1; <75-50%=0,5; <50%= 0	2,0
		% de casos de TB testados para HIV	75%	Sinan-TB	≥75%=3; 50-74,9%=2; <50%= 0	3,0
		Rotina de solicitação de cultura para casos com indicação (retratamento, BK+ a partir do 2º mês de tratamento e Pop. Especiais)	Sim	Entrevista	Referir pelo menos os 4 critérios de indicação de cultura citados no indicador = 2; 2-3 critérios = 2,0; < 2 critérios = 0	2,0

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO/INDICADOR	PADRÃO	ONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA
PROCESSO						
Assistência ao Paciente	Acompanhamento	% de casos de TB que realizaram Tratamento Diretamente Observado (TDO) pela UR ou compartilhado (com a atenção básica)	80% dos casos TB pulmonar Bacilífero	SINAN-TB	≥80%=2; 50 - 79,9%=1; <50%= 0	2,0
		% de cura dos casos de TB	85% dos casos	Sinan-TB	≥85%=3; 50 - 79,9%=2; <50%= 0	3,0
		% de abandono do tratamento	5% dos casos	Sinan-TB	≤5%=3; >5-10%=2; >10%= 0	3,0
		Proporção de casos de TB com encerramento oportuno	100% de notificações oportunas (Considerar até 90 dias após o prazo preconizado para conclusão do tratamento, a contar da data de início do tratamento)	Sinan-TB	100% = 3; <100-75%=2; <75-50%=1; <50%= 0	3,0
		Realização de Busca Ativa de Faltosos através de visita domiciliar ou contato telefônico	Sim, Sempre	Entrevista	Sim, sempre= 2,0; Sim, às vezes= 1,0 Não = 0	2,0
	Laboratório e outros serviços de apoio	Existência de fluxo de recolhimento das amostras de escarro na US	Sim	Entrevista	Sim (diário) = 2,0 Alguns dias da semana= 1,0 Não = 0	2,0
		Entrega dos resultados de exame de baciloscopia em tempo oportuno	Até 3 dias	Entrevista	Até 3 dias = 2; 3 - 7 dias = 1; >7 dias = 0	2,0
		Entrega dos resultados de exame de Cultura de escarro em tempo oportuno	Até 60 dias	Entrevista	Até 60 dias = 2; 60 - 90 dias= 1; >90 dias = 0	2,0
		Entrega dos resultados de teste de HIV em tempo oportuno	Método de Teste rápido para HIV	Entrevista	Teste Rápido = 2; Outro método = 1; >30 dias = 0	2,0
		Realização e entrega de Raio-x de tórax em tempo oportuno	Sim, no mesmo dia	Entrevista	Até 3 dias = 2; 3 - 7 dias = 1; >7 dias = 0	2,0
		Referência e Contrarreferência	Encaminhamento dos casos de monorresistência, polirresistência e multirresistência à unidade de referência terciária	Sim	Entrevista	Sim =2,0 Não = 0
	Utilização de formulário de Referência/contra-referência para AB		Sim	Entrevista	Sim =2,0 Não = 0	2,0
	Utilização de formulário de Referência/contrarreferência para serviço de referência terciária		Sim	Entrevista	Sim =2,0 Não = 0	2,0
Educação e Promoção da Saúde	Educação em Saúde e Mobilização social	Realização de atividades educativas na US sobre TB	Mínimo 1 / trimestre	Registro das atividades (atas, fotos, livro de reuniões, outros)	1 ou mais por trimestre = 2; 1 por semestre = 1; 1 por ano = 0, 5 Não= 0	1,0
	Educação Continuada	Participação da Equipe em eventos (cursos, capacitações, simpósios, etc) sobre TB	Mínimo 1 no ano	Entrevista	Sim = 1,0 Não = 0	1,0
TOTAL DE PONTOS - PROCESSO						70,0
VALOR TOTAL DA MATRIZ						100,0

*EqSF: Equipe de Saúde da Família; USF: Unidade de Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde; TB: Tuberculose; VE: Vigilância Epidemiológica; AB: Atenção Básica; PVHA: População Vivendo com HIV/AIDS; PPL: População Privada de Liberdade; PVSR: População Vivendo em Situação de Rua; Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; US: Unidade de Saúde; ILTB: Infecção Latente Tuberculose; SITE-TB: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais para Tuberculose; PCT: Programa de Controle da Tuberculose; TDO: Tratamento Diretamente Observado; SR: Sintomático Respiratório, UR: Unidade de Referência.

DIMENSÃO / COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	CRITÉRIO/INDICADOR	PADRÃO	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	
ESTRUTURA	Recursos Humanos	Existência de Coordenador para o PCT	Sim	Entrevista	Sim, exclusivo para o PCT = 3; Sim, não exclusiva para o PCT = 1; Não = 0	3,0	
		Nº de Técnicos disponíveis para ações do PCT	Mínimo 2 (apoio técnico e/ou apoio administrativo)	Entrevista	≥2 apoios técnicos = 3; 1 apoio técnico = 1,5; Não = 0	3,0	
	Espaço Físico e equipamentos	Sala para equipe do PCT	Sim	Observação direta	Sim = 1; Não = 0	1,0	
		Nº de computadores funcionando adequadamente e com acesso a internet disponível	Mínimo 2 (sendo 1 p/ técnico e 1 p/ coord. do PCT)	Observação direta	Sim, exclusivo para o PCT = 1 ; Sim, compartilhado = 0,5; Não = 0	1,0	
		Software do Sinan instalado e funcionando sem dificuldades	Sim	Observação direta	Sim = 1; Não = 0	1,0	
		Nº de impressoras funcionando adequadamente	Mínimo 1	Observação direta	Sim, exclusivo para o PCT = 1 ; Sim, compartilhado = 0,5; Não = 0	1,0	
		Nº de linhas telefônicas disponíveis	Mínimo 1	Observação direta	1 ou mais = 1; Não= 0	1,0	
		Nº de veículos existentes	Mínimo 1	Entrevista e Observação direta	Sim, exclusivo para o PCT = 3; Sim, compartilhado com outras políticas = 1; Não = 0	3,0	
	Impressos e materiais	Existência de impressos/materiais pertinentes ao PCT 1) Ficha de Notificação/Investigação do Sinan-TB 2) Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos 3) Livro de Registro dos SR no Serviço de Saúde 4) Impresso para Controle de Contatos TB (mensal) 6) Ficha de Acompanhamento do TDO 7)Ficha de notificação da ILTB	Sim para todos os itens	Observação direta	Sim para todos os itens = 3,5 ; A cada item que não seja apresentado diminuir 0,5 ponto	3,5	
		Suficiência de material de expediente (papel, tinta para impressora, pastas, xerox) para rotina do PCT	Sim (suficientes)	Entrevista	Sim = 3; Não = 0	3,0	
		Disponibilidade de Material educativo (folder, panfleto)	Sim, em quantidade suficiente para distribuir para as Equipes de Saúde e para utilização nas atividades de rotina)	Entrevista e Observação direta	Sim, suficiente = 2; Sim, mas insuficiente = 1; Não = 0	2,0	
	Serviços de Apoio	Disponibilidade de serviço de laboratório para realização de baciloscopia de escarro (baciloscopia e cultura) na rede municipal	Sim para os dois exames	Entrevista	Sim para os 2 exames = 1; Sim, para 01 = 0,5; Não = 0	1,0	
		Disponibilidade de serviço para realização de Raio-X	Sim, no território de cada DS	Entrevista	Sim, no território do DS = 1 ; Sim, fora do DS = 0,5 ; Não = 0	1,0	
		Disponibilidade de laudo junto ao exame de imagem (raio-x)	Sim	Entrevista	Sim, sempre = 1; Sim, às vezes = 0,5 Não = 0	1,0	
		Disponibilidade de testagem para HIV na rede municipal	Sim	Entrevista	Se Teste Rápido descentralizado para todas as US = 1; Disponibilidade de testagem por outro método (Elisa) = 0,5; Não= 0	1,0	
		Serviço de referência secundária instituído	Sim, no território de cada DS	Entrevista	Sim, no território do DS = 2 ; Sim, fora do DS = 1 ; Não = 0	2,0	
	Normas Técnicas	Disponibilidades de normas técnicas (manuais) sobre diagnóstico e vigilância da TB 1) Manual de recomendação para o controle da TB no Brasil 2) TDO da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de Enfermagem 3) Documentos diversos (NT/CI/Ofícios/Informes) municipais que abordem as questões de organização, fluxos e condutas do PCT	Sim para todos os itens	Observação direta	Sim para todos os itens = 1,5 ; A cada item que não seja apresentado diminuir 0,5 ponto	1,5	
	TOTAL DE PONTOS - ESTRUTURA						30,0

PROCESSO	Gestão do PCT	Planejamento e Ações Integradas	Planejamento anual das ações de Controle da TB	Sim	Documentos (ex.: Plano de trabalho)	Sim = 3; Não = 0	3,0	
			Planejamento de atividades integradas PCT/AB/VE	Sim	Documentos (ex.: Plano de trabalho)	Sim = 3; Não = 0	3,0	
			Elaboração de plano integrado de atividades com foco em populações especiais (PVHA, Índigenas, PPL; PVSR)	Sim	Documentos (ex.: Relatórios de atividades)	Sim = 3; Não = 0	3,0	
			Elaboração de plano atividades integradas com outros programas/setores	Sim	Documentos (ex.: Relatórios de atividades)	Sim = 3; Não = 0	3,0	
		Monitoramento e Avaliação	Realização de visitas às US para Apoio Matricial às EqSF	Sim, trimestralmente	Documentos e Entrevistas	Sim, trimestralmente = 4; Sim, semestralmente= 2; Sim, anualmente= 1; Não = 0	4,0	
			Reuniões para discussão dos indicadores com as EqSF	Sim, trimestralmente	Documentos e Entrevistas	Sim, trimestralmente = 3; Sim, semestralmente= 2; Sim, anualmente= 1; Não = 0	3,0	
	Monitoramento e Avaliação das ações planejadas (atividades, metas, prazos e resultados)		Sim, trimestralmente	Documentos e Entrevistas	Sim, trimestralmente = 4; Sim, semestralmente= 3; Sim, anualmente= 1; Não = 0	4,0		
	Vigilância Epidemiológica	Gerenciamento da Informação	Acompanhamento da qualidade da informação/adequabilidade do preenchimento dos livros de Registro de Acompanhamento e de SR das US	Sim, trimestralmente	Observação direta e Entrevistas	Sim, trimestralmente = 3; Sim, semestralmente= 2; Sim, anualmente= 1; Não = 0	3,0	
			Monitoramento indireto dos casos de TB	Sim, mensalmente	Relatórios e Observação direta do Sinan	Mensal = 4; Bimestral = 3; Trimestral= 2; Semestral= 1; Não = 0	4,0	
			Acompanhamento da Atualização do Sinan através do envio/recebimento dos Boletins de Acompanhamento Mensal para as US	Sim, mensalmente	Documentos, Observação direta e Entrevista com os profissionais das US	Sim, mensalmente = 3; Sim, periodicidade maior que mensal = 1,5; Não = 0	3,0	
			Acompanhamento qualidade dos dados (limpeza de banco)	Sim, mensalmente	Relatórios e Observação direta do Sinan	Sim, mensalmente = 3; Sim, trimestralmente = 2; Sim, semestralmente = 1; Não = 0	3,0	
			Utilização dos dados do Sinan para planejamento de atividades	Sim, mensalmente	Relatórios e Observação direta do Sinan	Sim, mensalmente = 3; Sim, trimestralmente = 2; Sim, semestralmente = 1; Não = 0	3,0	
			Elaboração e divulgação de boletim epidemiológico	1, semestral	Boletim Epidemiológico	1 semestral = 2; 1 anual= 1; Não = 0	2,0	
	Assistência ao Paciente	Organização de fluxos e Programação de insumos	Definição e divulgação de fluxos e serviços 1) Definição e divulgação de fluxo para recolhimento de amostra de escarro para baciloscopia/cultura nas US 2) Definição e divulgação de fluxo de envio de notificações 3) Definição e divulgação de fluxo para acesso ao de serviço de raio-x na rede 4) Definição e divulgação de fluxo para acesso rede de referência secundária	Sim para todos os itens	Documentos e Entrevistas	Sim para todos os itens = 8 ; A cada item que não seja apresentado diminuir 2 pontos	8,0	
			Planejamento de Necessidades 1) Planejamento das medicações junto à assistência farmacêutica 2) Planejamento de quantitativo de potes plásticos (coleta de escarro) para distribuição nas US	Sim para todos os itens	Documentos e Entrevista	Sim para todos os itens = 4; Sim para um = 2; Não = 0	4,0	
		Laboratório e outros serviços de apoio	Acompanhamento do tempo de resposta do laboratório e serviços de apoio 1) Entrega dos resultados de exame de baciloscopia em tempo oportuno (até 3 dias) 2) Entrega dos resultados de exame de Cultura de escarro em tempo oportuno (até 60 dias) 3) Entrega dos resultados do raio-x em tempo oportuno (até 3 dias) 4) Entrega dos resultados de teste de HIV em tempo oportuno (até 7 dias)	Sim para todos os itens	Documentos e Entrevista	Sim para todos os itens = 8 ; A cada item que não seja apresentado diminuir 2 pontos	8,0	
			Educação e Comunicação em Saúde	Educação em Saúde e Mobilização social	Realização de campanha municipal para intensificação do diagnóstico precoce e educação em saúde	Sim, 2 /ano	Documentos (Ex.: relatórios de atividades, atas de frequência, etc)	2/ano = 2; 1/ano= 1; Não = 0
		Realização de atividades educativas/de mobilização social para tuberculose fora dos períodos de campanha (na rotina)		Sim, 2 /ano	Documentos (Ex.: relatórios de atividades, atas de frequência, etc)	2/ano = 2; 1/ano= 1; Não = 0	2,0	
		Realização de multirões de detecção e atividades educativas em populações especiais (PVHA, Índigenas, PPL; PVSR)		Sim, 2 /ano	Documentos (Ex.: relatórios de atividades, atas de frequência, etc)	2/ano = 2; 1/ano= 1; Não = 0	2,0	
	Educação continuada	Realização de atividades de Educação Continuada/capacitação para as EqSF		Sim, 2 /ano	Documentos (Ex.: relatórios de atividades, atas de frequência, etc)	2/ano = 2; 1/ano= 1; Não = 0	2,0	
	TOTAL DE PONTOS - PROCESSO							70,0
	VALOR TOTAL DA MATRIZ							100,0

*EqSF: Equipe de Saúde da Família; USF: Unidade de Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde; TB: Tuberculose; VE: Vigilância Epidemiológica; AB: Atenção Básica; PVHA: População Vivendo com HIV/AIDS; PPL: População Privada de Liberdade; PVSR: População Vivendo em Situação de Rua; Sinan: Sistema de Informação de Agravos de Notificação; US: Unidade de Saúde; ILTB: Infecção Latente Tuberculose; SITE-TB: Sistema de Informação de Tratamentos Especiais para Tuberculose; PCT: Programa de Controle da Tuberculose; TDO: Tratamento Diretamente Observado; SR: Sintomático Respiratório, UR: Unidade de Referência.

Apêndice 3. Matriz de Contexto: Categorias, definições e indicadores operacionais de análise com base no triângulo de Governo 79

Categories de análise	Pontuação máxima	Definição	Critério	Indicadores	Fonte de Verificação	Parâmetro (Contexto Favorável)	Pontuação atribuída			
Projeto de Governo	30pts	Refere-se ao conteúdo propositivo dos projetos de ação que um ator propõe-se a realizar para alcançar seus objetivos	Plano de Governo (10 pts)	a) O Controle da tuberculose no Plano de Governo	Consulta a documentos: PMS 2014-2017	O PMS contempla a Tuberculose; e as ações e metas contempladas nesse documento são coerentes com o que é preconizado para a implantação do programa.	3			
				b) A tuberculose como prioridade para a gestão	Entrevistas	Priorização da Tuberculose pela gestão municipal expressa no discurso dos coordenadores.	3			
				c) Coerência entre os problemas priorizados e as ações propostas no plano	Consulta a documentos: PMS de 2014-2017; Entrevistas	Coerência entre as propostas contempladas nos PMS e as respostas obtidas pelos coordenadores do PCT nas entrevistas	4			
			Recurso financeiro (10 pts)	a) Recurso financeiro específico para implementação das ações de tuberculose	Entrevistas	Existência de recurso financeiro específico de modo a viabilizar a implantação das ações do PCT (recursos próprios da SMS ou parcerias com outras instituições)	5			
				b) Investimento na estruturação de serviços relacionados ao controle da tuberculose	Entrevistas	Houve investimento em recursos humanos, financeiros e/ou materiais para estruturação/melhoria de serviços relacionados ao PCT	5			
			Direcionalidade do Projeto de Governo (5 pts)	a) Conformidade do Plano com a Política Nacional para o controle da TB (Objetivos e metas)	Consulta a documentos: PMS de 2014-2017	O PMS está alinhada com a proposta do PNCT (ações e metas)	2,5			
				b) Conformidade do Plano com a Política Estadual para o controle da TB (Objetivos e metas)	Consulta a documentos: PMS de 2014-2017	O PMS está alinhada com a proposta do PECT (ações e metas)	2,5			
			Iniciativas intersetoriais (5 pts)	a) Articulação com outros setores do governo municipal com objetivos complementares ao PCT	Entrevistas	Existência de articulação com outras secretarias/políticas que complementem/fortaleçam as ações do PCT	2,5			
				b) Articulação com o setor público, privado e filantrópico	Entrevistas	Existência de articulação com outros setores (público/privado/filantrópico) para fortalecimento da implantação do PCT	2,5			
			Capacidade de Governo	40pts	Capital teórico, instrumental e experiência acumulada da equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo (destreza para estratégias e táticas)	Perfil da Gestão (10pts)	a) Gestor com formação na área de saúde coletiva ou áreas afins	Entrevistas	Gestores do PCT possuem formação na área de saúde coletiva ou áreas afins (epidemiologia/saúde da família)	2
							b) Gestor capacitado/qualificado para as ações do PCT	Entrevistas	Gestores receberam capacitação para gestão do PCT	2
							c) Gestores com experiência anterior com o PCT	Entrevistas	Gestores do PCT possuem experiência anterior com o programa (mínimo 1 ano)	2
d) Conhecimento do gestor sobre a situação da tuberculose	Entrevistas	Gestores do PCT conhecem a situação epidemiológica da Tuberculose no município (mencionam dados epidemiológicos) e consideram um problema de saúde pública					2			
e) Conhecimento do gestor sobre o PCT	Entrevistas	Gestores conhecem o PCT, o que é, seu objetivo, metas e as estratégias necessárias para sua implantação.					2			
Perfil do quadro técnico (5 pts)	a) Número adequado/suficiente de profissionais para atuação nas atividades relacionadas ao PCT	Entrevistas				Disponibilidade de equipe de apoio (Dois apoios = 01 apoio técnico e 01 apoio administrativo) Obs.: Caso de contar com apenas um apoio atribuir pontuação = 01	2			
	b) Quadro de técnicos com formação em saúde coletiva ou áreas afins	Entrevistas				A equipe técnica disponível têm formação na área de saúde coletiva ou áreas afins (epidemiologia/saúde da família)	1			
	c) Quadro técnico capacitado/qualificado para o PCT	Entrevistas				A equipe técnica deve ter sido capacitada para desenvolvimento das ações do PCT	1			
	d) Quadro técnico com experiência anterior com o PCT	Entrevistas				A equipe técnica têm experiência anterior com o PCT (mínimo 1 ano)	1			
Desenho organizativo (5 pts)	a) O PCT no organograma institucional	Entrevistas				Existe um setor específico para o PCT representado no organograma do NC da SMS e dos DS	1			
	b) Coordenação específica/exclusiva para o PCT no nível central e em todos os Distritos Sanitários	Entrevistas				Existe um coordenador exclusivo para o NC da SMS e nos DS	2			
	c) Estabilidade do gestor e quadro técnico no serviço	Entrevistas				Há garantia de manutenção do profissional no cargo/função relacionada ao PCT	2			

Categories de análise	Pontuação máxima	Definição	Critério	Indicadores	Fonte de Verificação	Parâmetro (Contexto Favorável)	Pontuação atribuída			
Capacidade de Governo	40pts	Capital teórico, instrumental e experiência acumulada da equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo (destreza para estratégias e táticas)	Aperfeiçoamento da gestão (10 pts)	a) Prática de planejamento baseado em diagnóstico situacional da tuberculose	Entrevistas	Gestores planejam suas atividades com base no diagnóstico situacional do território e de informações disponíveis no Sinan	3			
				b) Planejamento integrado (Gerências, Coordenações AB, VE e PCT)	Entrevistas	O planejamento das ações do PCT é construído com a participação de gestores e técnicos da AB, VE e PCT	3			
				c) Realização de Monitoramento e Avaliação regulares	Entrevistas	É realizado monitoramento e avaliação das ações do PCT periodicamente (considerar mínimo semestral)	4			
			Microprocessos entre gestão e operadores do PCT (10 pts)	a) Funcionamento adequado da atenção básica para as ações do PCT	Resultado da avaliação do GI do PCT na AB	O Grau de Implantação das ações do PCT na AB deve estar considerado "Implantado" de acordo com avaliação realizada nesta pesquisa	2			
				b) Funcionamento adequado das Unidades de Referência de Tuberculose	Resultado da avaliação do GI do PCT nas UR	O Grau de Implantação das ações do PCT nas UR deve estar considerado "Implantado" de acordo com avaliação realizada nesta pesquisa	2			
				c) Integração com setores de apoio ao PCT: assistência farmacêutica	Entrevistas	Integração com assistência farmacêutica considerada "bastante satisfatória" pelo coordenador	1,5			
				c) Integração com setores de apoio ao PCT: Laboratório municipal	Entrevistas	Integração com laboratório municipal considerada "bastante satisfatória" pelo coordenador	1,5			
				d) Gestão dos serviços de média complexidade para tuberculose (referências secundárias)	Entrevistas	O gestor consegue desenvolver suas atividades de gestão e mantém boa articulação com os serviços de referência secundária	1,5			
				e) Articulação com os serviços de alta complexidade para tuberculose (referências terciárias)	Entrevistas	O gestor consegue boa articulação com os serviços de referência terciário	1,5			
			Governabilidade	30pts	É a relação entre o peso das variáveis que um ator controla e as que não controla no processo de governo	Autonomia do responsável pelo PCT (10pts)	a) Autonomia para planejar e utilizar os recursos financeiros para ações de TB	Entrevistas	Gestores (coordenadores do PCT do NC da SMS e dos DS) têm autonomia para planejar suas atividades inclusive aquelas que envolvem a necessidade de recursos financeiros	3
							b) Acompanhamento do recurso financeiro disponível para as ações do PCT	Entrevistas	Gestores (coordenadores do PCT do NC da SMS e dos DS) sabem o valor do recurso financeiro disponível para o desenvolvimento das ações do PCT e acompanham o gasto desse recurso	3
							c) Autonomia para tomada de decisão	Entrevistas	Gestores (coordenadores do PCT do NC da SMS e dos DS) possuem autonomia na tomada de decisão e na condução dos seus processos de gestão	4
Adesão dos interessados (10 pts)	a) Integração entre Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica para as ações do PCT	Entrevistas				Gestores consideram a integração entre AB e VE para o desenvolvimento das ações do PCT como "bastante satisfatória"	5			
	b) Adesão de outras áreas técnicas e outros setores e serviços com interface nas ações do PCT (AB, VE, Programa DST/AIDS, Assistência Farmacêutica, laboratório municipal)	Entrevistas				Gestores consideram "bastante satisfatória" de todos os setores/serviços de apoio ao PCT	5			
Relação do coordenador do PCT com as demais esferas de gestão (6 pts)	a) Relação dos Coordenadores com seus superiores hierárquicos	Entrevistas				Gestores consideram manter "muito boa" relação com seus superiores hierárquicos	3			
	b) Relação dos Coordenadores com as demais esferas de gestão (estadual e federal)	Entrevistas				Gestores consideram manter "muito boa" relação com as demais esferas de gestão	3			
Competição entre prioridades (4 pts)	a) Tuberculose como prioridade independente de outras epidemias	Entrevistas				A tuberculose é uma prioridade independentemente de ocorrência de epidemias de outras doenças transmissíveis.	4			

Apêndice 4. Questionários estruturados para o Grau de Implantação na gestão, unidades básica e de referência

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO MUNICIPAL, 2015.

INSTRUMENTO – GRAU DE IMPLANTANÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NO NÍVEL CENTRAL/DISTRITAL

Data: ____/____/____ Número do questionário: _____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Nome:	
Endereço do local:	
Telefone de contato:	
Idade:	Sexo: () F () M
Formação:	Ano:
Pós-graduação: () Sim () Não	
() especialização () residência () mestrado () doutorado.	
Ano de conclusão do maior título: _____	
Nº de Equipes sob sua responsabilidade:	
Cargo/função:	Tempo no cargo/função:

ESTRUTURA
Recursos humanos

1. O município/distrito sanitário (DS) possui coordenador exclusivo para o Programa de controle da tuberculose?

() Sim () Não

2. Se sim, qual a carga horária deste profissional?

() 20 horas () 30 horas () 40 horas

3. Quantos profissionais compõem a equipe que trabalha com as ações de tuberculose do município/DS?

Profissionais	Quantitativo	Carga Horária	Atribuição
---------------	--------------	---------------	------------

Técnicos de nível superior			
Técnico de nível médio			

3.1 Em sua opinião, o número de profissionais, deste setor, é suficiente para realização das ações de controle de tuberculose na área?

sim não não sabe

Obs.: _____

Espaço físico

4. O Programa de Controle da Tuberculose (PCT) possui espaço físico próprio?

sim não

4.1 Se não, onde está instalado?

- Espaço compartilhado com a Vigilância Epidemiológica
 Espaço compartilhado Atenção Básica
 Espaço compartilhado com os sistemas de informação
 Não há um local definido
 Outros: _____

Equipamentos

5. Qual o número de computadores conectados à internet disponíveis para os técnicos do Programa ? _____

5.1 São suficientes e adequados para as ações de rotina do serviço?

- Adequados e suficientes Suficientes, mas não adequados
 Adequados, mas não suficientes Não sabe

6. Qual o número de computadores com software do Sinan instalado? _____

6.1 Estão funcionando perfeitamente? Sim Não

6.2 O computador é exclusivo para o Sinan (sem outro software de sistemas de informação instalado)? Sim Não

7. Dispõe de impressoras para o PCT? Sim Não

7.1 Quantas? _____

8. Dispõe de linha telefônica para o PCT?

() Sim, livre para realizar todas os tipos de chamadas () Sim, mas apenas para realizar chamadas para telefone fixo () Sim, mas apenas para receber chamadas () Não

8.1 Quantos? _____

9. O PCT dispõe de veículo para o desenvolvimento das ações?

() sim () não () não sabe

9.1 Se sim, qual modalidade?

() exclusivo () compartilhado com a VE () compartilhado com outros setores
() Não () Não sabe

10. Tem alguma dificuldade com insumos/matérias de expediente (papel, tinta de impressora, xerox, etc.) para a rotina do Programa?

() sim () não ()

10.1 Se “Sim”, quais:

() Inexistência () Insuficiência () Outros:

Impressos e Materiais

11. Os seguintes impressos estão disponíveis em quantidade suficiente para distribuição na rede de saúde distrital.

(Observação direta: observar a existência do material ou protocolo de entrega dos mesmos às US este ano)

Impressos e materiais PNCT	Sim	Não
Ficha de notificação/investigação de Tuberculose		
Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose;		
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		

12. Você dispõe de material educativo sobre tuberculose (cartazes, panfletos, cartilhas, vídeos, álbum seriado) para serem distribuídos para todas as Unidades de Saúde?

(Observação direta: observar a existência do material ou protocolo de entrega dos mesmos às US este ano)

Material educativo	Sim	Não	Não sabe
Cartazes			
Panfletos/folders			
Álbum seriado			
Cartilhas			
Vídeos			

Outros			

Serviços

13. O município/DS dispõe de serviço de laboratório para realização de baciloscopia de escarro proveniente de todas as equipes de saúde?

Sim Não Não sabe

13.1 Se sim, qual tipo?

Municipal Conveniado no município Conveniado em outro município

Outro: _____

14. O município/DS dispõe de serviço para realização de Raio-X proveniente de todas as equipes de saúde?

Sim Não Não sabe

14.1 Se sim, qual tipo?

Municipal Conveniado no município Conveniado em outro município

14.2 O Raio-x é disponibilizado com Laudo?

Sempre Às vezes Nunca Não sabe

Referência e contrarreferência

15. Existe na rede municipal/distrital serviço de referência secundária (oficial)?

Sim Não Não sabe

15.1 Se “Sim” quantos? _____

15.1 Qual a especialidade do profissional da referência?

Pneumologia Infectologia Clínico Geral Não sabe

Outro: _____

16. Existe algum formulário (impresso) para ser preenchido no encaminhamento do paciente para referência/contrarreferência (específico para tuberculose)?

Sim Não Não sabe

Normas Técnicas

17. Este setor possui normatização técnica (manual, protocolo, notas técnicas, rotina de procedimentos) direcionada a assistência e vigilância dos casos de Tuberculose?

Documento	Sim	Não
Manual de recomendação para o controle da tuberculose no Brasil		
Tratamento Diteramento Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de Enfermagem		
Nota Informativa nº 08, de 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS (Recomendações para controle de contatos e tratamento da infecção latente da tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado).		
Nota Técnica nº 32/2014 DGCD/SEVS/SES-PE (Sobre Critérios para coleta e acondicionamento do escarro, indicação de cultura do escarro e fluxo de diagnóstico)		
Outros:		

PROCESSO
Planejamento e ações integradas

18. Você realiza planejamento das ações de TB anualmente?

(Observação direta: Plano de trabalho)

Sim Não Não sabe

19. O planejamento das atividades é realizado em conjunto atenção básica e vigilância epidemiológica/Coordenação PMCT?

(Observação direta: Plano Integrado/Registro de reuniões de planejamento/Outros documentos)

Sim Não Não sabe

20. Existe um plano de trabalho com foco em populações especiais (Co-Infetados; Índigenas, População Privada de Liberdade (PPL); População Vivendo em Situação de Rua)? *(Observação direta: Plano de trabalho para populações vulneráveis)*

Sim Não Não sabe

21. Existe um plano de trabalho elaborado/sendo desenvolvido com outros programas/setores?

(Observação direta: Plano de trabalho Integrado)

Sim Não Não sabe

21.1 Se “Sim”, com que setor/programa? _____

Monitoramento e Avaliação

22. Realiza apoio matricial junto às equipes de saúde? *(Observação direta: Ver cronograma e planejamento de visitas)*

Sim Não Não sabe

22.1 Se Sim, com que periodicidade? *(Observação direta: Ver cronograma)*

trimestral semestral Anual Irregular

23. Realiza reuniões para discussão e pactuação de indicadores com as equipes de saúde? *(Observação direta: Ver cronograma /Planejamento/ Atas de reuniões)*

Sim Não Não sabe

23.1 Se Sim, com que periodicidade? *(Observação direta: Ver cronograma)*

trimestral semestral Anual Outros

24. Realiza monitoramento e avaliação das ações planejadas? *(Observação direta: Ver plano de trabalho/Cronograma de Monitoramento/Registros da atividade)*

Sim Não Não sabe

24.1 Se Sim, com que periodicidade?

trimestral semestral Anual Outros

24.2 Qual instrumento utiliza para esta atividade?

O próprio plano de trabalho

Matriz de indicadores

Outro: _____

Informação em Saúde

25. Existe um fluxo de envio das notificações definido?

() Sim () Não () Não sabe

25.1 Este fluxo já foi divulgado oficialmente para as equipes de saúde? (Observação direta: Ver documento e protocolo de entrega)

() Sim () Não () Não sabe

25.2 Existem dificuldades em relação a esse fluxo? Quais?

() Profissionais não cumprem com o fluxo estabelecido

() Não funciona em todas Unidades

() A informação não chega oportunamente

() Outro: _____

26. Você acompanha a qualidade das informações produzidas nas Unidades de Saúde (Preenchimento adequado dos livros de registro das Unidades de Saúde) ?

() Sim () Não () Não sabe

26.1 Se Sim, com que periodicidade?

() trimestral () semestral () anual () outros ?

26.2 Se “Não”, por quê?

() Não tenho tempo

() Não é minha atribuição

() Não acho necessário

() Não tenho transporte disponível para realizar visitas às Unidades de Saúde

() Outro: _____

27. Você utiliza o boletim de acompanhamento mensal do SINAN?

() Sim () Não () Não sabe

27.1 Se sim, existe um fluxo de envio/recebimento desses boletins?

() Sim () Não () Não sabe

27.2 Como esse fluxo está estabelecido (descrever o fluxo)?

27.3 Existem dificuldades em relação ao uso do boletim de acompanhamento mensal?

- Profissionais das equipes de saúde não devolvem preenchidos
- Não consigo enviar com a periodicidade adequada (mensal) por falta de tempo
- Não consigo enviar com a periodicidade adequada (mensal) por dificuldades com o sistema de informação (Sinan)
- Não tenho como imprimir os boletins
- Outro: _____

27.4 Este fluxo já foi divulgado oficialmente para as equipes de saúde? (Observação direta: Ver documento e protocolo de entrega)

- Sim Não Não sabe

28. Você (coordenador) realiza/acompanha as rotinas do Sinan no que diz respeito à análise dos dados, vinculação, duplicidades, inconsistências, incompletudes (limpeza de banco)?

- Sim, eu mesmo(a) realizo
- Sim, é realizada pelo técnico do Sinan sob minha supervisão
- Esta atividade é realizada pelo técnico do Sinan
- Não é realizado
- Não sabe

28.1 Se Sim, com que periodicidade?

- Semanal Mensal trimestral semestral anual outros

29. Utiliza as informações do Sinan para planejamento das atividades?

- Sim Não Não sabe

30. Elabora boletins epidemiológicos para divulgação da situação da tuberculose? (Observação direta: Boletim Epidemiológico)

- Sim Não Não sabe

30.1 Se Sim, com que periodicidade? (Observação direta: Verificar os dois últimos Boletins)

Mensal trimestral semestral anual outros

Organização de fluxos e insumos

31. Existe fluxo para recolhimento de amostra (escarro) nas Unidades de Saúde?

Sim Não Não sabe

31.1 Se “Sim”, descreva:

- Serviço de transporte (motoboy) recolhe as amostras nas US diariamente
- Serviço de transporte (motoboy) recolhe as amostras nas US em alguns dias da semana (cronograma fixo)
- Serviço de transporte (motoboy) recolhe as amostras nas US quando a Unidade solicita
- Os profissionais das Equipes são responsáveis por entregar as amostras nos laboratório
- Outro: _____

31.2 Existem dificuldades em relação a esse fluxo?

Sim Não Não sabe

31.3 Se “Sim”, quais?

- Os prestadores do serviço (motoboy) não são suficientes para a demanda das US
- O transporte se dá de forma inadequada, comprometendo a qualidade das amostras
- Outros:
- _____
- _____

31.4 Este fluxo já foi divulgado oficialmente para as equipes de saúde? (Observação direta: Ver documento e protocolo de entrega)

Sim Não Não sabe

32. Sobre a entrega dos resultados dos exames, marque as opções abaixo de acordo com cada exame listado:

Exame	Fluxo?		Como?			Tempo	Dificuldade?
	Sim	Não	GAL	Mensageiro	Outros		
BK de diagnóstico							
BK de controle							
Cultura							
HIV							
Raio-x de tórax							

32.1 Estes fluxos já foram divulgados oficialmente para as equipes de saúde?

(Observação direta: Ver documento e protocolo de entrega)

Exame	Sim	Não	Documento (Observação direta)
BK de diagnóstico			
BK de controle			
Cultura			
HIV			
Raio-x de tórax			

33. A coordenação realiza/acompanha o planejamento dos medicamentos dos pacientes de TB junto à assistência farmacêutica? (Observação direta)

Sim Não Não sabe

34. A coordenação realiza/acompanha o planejamento do quantitativo de potes para coleta de escarro por US? (Observação direta)

Sim Não Não sabe

35. Em casos de pacientes em risco social, é viabilizado algum benefício para auxiliar esse paciente durante o tratamento?

Sim Não Não sabe

35.1 Se “sim”, Qual e através de que setor?

36. Você acompanha o envio/resultado das lâminas do laboratório para o controle de qualidade?

Sim Não Não sabe

36.1 Se Sim, com que periodicidade?

mensal trimestral semestral anual outros

Educação em Saúde - Mobilização Social – Educação Permanente

38. Este setor promove ações educativas em conjunto com as Unidades de Saúde e/ou setor de educação em saúde, envolvendo ações de prevenção e controle da tuberculose?

Sim Não Não sabe

38.1 Se “Sim”, que tipo de atividades?

Campanhas

Mobilização social em espaço diversos

Mutirões para detecção de casos novos

Outros : _____

38.2 Com que periodicidades?

Mensal Trimestral Semestral anual Outros Não Não sabe

39. Este setor promove ações educativas em conjunto com as Unidades de Saúde e/ou setor de educação em saúde, envolvendo ações de prevenção e controle da

tuberculose em populações especiais (População HIV/AIDS, População Privada de Liberdade, População Vivendo em Situação de Rua) ?

Sim Não Não sabe

39.1 Se “Sim”, com que periodicidade?

Trimestral Semestral anual Outros Não Não sabe

40. Este setor promove atividades de educação permanente em tuberculose para os profissionais das Equipes de Saúde?

Sim Não Não sabe

40.1 Se “Sim”, com que periodicidade?

Trimestral Semestral anual Outros Não Não sabe

41. Você já participou de alguma capacitação em tuberculose promovida pelo município/estado/ministério da saúde?

Sim pelo município Sim, pelo estado Sim, pelo ministério da saúde

Não Não sabe

41-Você saberia dizer se existe parcerias com instituições de ensino ou outras entidades científicas para promover qualificação dos profissionais deste setor?

sim não não sabe

41.1 Se “Sim”, quais:

**AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: UMA
ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO MUNICIPAL, 2015.**

**INSTRUMENTO - GRAU DE IMPLANTANÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA
DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Data: ____/____/____ **Número do questionário:** _____

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE (Preencher previamente os campos em destaque)	
Nome da Unidade:	
Endereço:	
Bairro:	
DS:	Microrregião:
Tempo de implantação:	
Nº de EqSF que funcionam na US:	
Nº de famílias cadastradas:	Nº de pessoas cadastradas:
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Nome:	
Telefone de contato:	
Idade:	Sexo: ()F ()M
Categoria Profissional: () Enfermeiro () Médico	
Pós-graduação: () Sim () Não	
() especialização () residência () mestrado () doutorado. Ano de conclusão do maior título: _____	
Tempo de atuação nesta Unidade:	
ESTRUTURA	
Recursos humanos	

1.A equipe de Saúde está completa?

() Sim () Não ()

1.1 Quantos profissionais compõem a equipe no momento? _____

1.2 Quantos são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) _____

1.3 Existe micro-área descoberta de ACS? () Sim () Não ()

1.4 Atende pacientes de área descoberta? () Sim () Não ()

Espaço Físico

1. Quanto ao espaço físico, verificar as seguintes informações (observação direta)

Número de consultórios				
Adequação dos ambientes				
Observar os seguintes itens	Consultórios		Sala de procedimento	
	Sim	Não	Sim	Não
1. Área mínima de 9m ² /dimensão mínima de 2,50m.				
2. Oferece condições de atendimento em mesa de escritório para usuário e acompanhante sentados;				
3. Exame clínico em mesa/maca adequado				
4. Dispõe de lavatório com torneiras				
5. Sempre tem água corrente nas torneiras				
4. Ambientes são claros, com o máximo de luminosidade natural possível;				
5. As salas dispõem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar;				
Adequação dos ambientes				
Sala de vacina	Sim		Não	
1. Dispõe de bancada com pia e torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos				
2. Sempre tem água corrente nas torneiras				
2. Dispõe de mesa tipo escritório com gavetas, cadeiras, armários sobre e sob bancada.				
3. Dispõe de Refrigerador 260 litros.				
4. Apresenta área mínima de 9m ² com dimensão mínima de 2,50m.				
5. A Sala é livre de luz solar incidente				
Sala de Espera	Sim		Não	
1. Para cada ESF dispõe de assentos para comportar aproximadamente 15 pessoas				
2. Os Ambientes são claros, com o máximo de luminosidade natural possível;				
3. As salas dispõem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar;				
Impressos e Materiais				

2. Quanto aos impressos específicos do PNCT, verificar a disponibilidade dos seguintes itens (Observação direta)

Impressos e materiais PNCT	Sim	Não
Ficha de notificação/investigação de Tuberculose		
Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose;		

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		

3. Quanto a outros materiais/ insumos importantes para o PNCT, verificar a disponibilidade dos seguintes itens: (Observação direta)

Insumo/Material	Sim	Não
Disponibilidade de potes plásticos para coleta de exame de escarro		
Disponibilidade de Vacina BCG		

3.1 As medicações para o tratamento de TB (esquema básico) e para tratamento da ILTB (isoniazida) ficam disponíveis na Unidade de Saúde?

() Sim, para os primeiros 15 dias de tratamento () Sim, para o primeiro mês de tratamento () Não () Não sabe

3.2 Caso “ Não”, em quanto tempo da notificação você consegue disponibilizar a medicação ao paciente para o início do tratamento?

() No mesmo dia () No dia seguinte () Em até 3 dias () Em até 5 dias () Mais de uma semana () Outros: _____

4. A unidade tem serviço de Raio-x disponível?

() Sim () Não () Não sabe

4.1 Tem cota definida para solicitação deste exame?

() Sim () Não () Não sabe

4.2 O raio-x vem com laudo do especialista?

() Sim () Não () Não sabe

4.3 O tempo de resposta entre a solicitação e o resultado do exame é?

() menos de 3 dias () 3-7 dias () 7-10 dias () mais de 10 dias

5. Em caso de necessidade, a equipe conta com consulta especializada para encaminhar seu paciente (referência secundária)?

() Sim () Não () Não sabe

5.1 O tempo de resposta entre a solicitação da consulta e acesso do paciente ao serviço é?

() Uma semana () até 15 dias () entre 15 e 30 dias () mais de 30 dias
() outros: _____

5.2 É utilizado algum formulário específico de encaminhamento (Referência-contrarreferência)? (Observação direta)

() Sim () Não

5.3 A equipe tem alguma dificuldade em relação ao serviço se referência (secundária)?

() Sim () Não

5.4 Se sim qual (ais)?

- () Não consegue o atendimento do paciente
 () Não tem retorno sobre o atendimento do paciente (Contrarreferência)
 () Não consegue resolutividade do problema e precisa encaminhar para o referência terciária
 () Já encaminha direto para o serviço terciário

Outros:

Normas Técnicas

6. A Unidade dispõe de normatização técnica (manual, protocolo, notas técnicas, rotina de procedimentos) direcionado a assistência e vigilância dos casos de Tuberculose? (Observação direta)

Documento	Sim	Não
Manual de recomendação para o controle da tuberculose no Brasil		
Tratamento Diteramento Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de Enfermagem		
Nota Informativa nº 08, de 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS (Recomendações para controle de contatos e tratamento da infecção latente da tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado).		
Nota Técnica nº 32/2014 DGCD/SEVS/SES-PE (Sobre Critérios para coleta e acondicionamento do escarro, indicação de cultura do escarro e fluxo de diagnóstico)		
Outros:		

PROCESSO

Prevenção / Notificação / Investigação

7. A Unidade realiza vacina BCG para recém-nascidos?

() Sim () Não () Não sabe

7.1 Qual o percentual de cobertura da vacina BCG em < 1 ano da área adscrita?

(Complementar esta informação com informações disponíveis no SIS-PNI)

8. Realiza a notificação dos casos de Infecção Latente da Tuberculose (ILTb)?

() Sim () Não () Não sabe () Não se aplica

8.1 Realiza o acompanhamento dos pacientes em tratamento de ILTB?

Sim Não Não sabe Não se aplica

9. Defina o que é um Sintomático Respiratório (SR)?

Considerar a seguinte definição: Pessoa com tosse por tempo igual ou superior a três semanas (Brasil, 2011).

Resposta: Correta Parcialmente correta Incorreta

9.1 Você conhece a estimativa de SR para sua população?

Considerar a seguinte definição: 1% da população adscrita ao longo de um ano (Brasil, 2011).

Resposta: Correta Parcialmente correta Incorreta

9.2 A equipe realiza busca ativa de SR?

(Observação direta: Livro de Sintomáticos Respiratórios da Unidade – Verificar a presença de registro no ano de 2015)

Sim Não

Anotar o nº de registros realizados até o momento no ano de 2015:

9.3 Alcançou a estimativa no último ano (2014)?

Sim Não

Anotar o nº de registros realizados no ano de 2014:

10. Poderia descrever a sua conduta diante de um SR?

(Observar na resposta os seguintes itens e marcar com um X o que for verbalizado)

Solicita a baciloscopia de escarro em 2 amostras

Solicita raio-x

Realiza o registro no Livro de SR

Outras observações:

10.1 Onde o paciente realiza a coleta da primeira amostra do escarro?

Colhe a primeira amostra na oportunidade da consulta (na Unidade) e é orientado a entrega da segunda amostra para a manhã do dia seguinte

O paciente leva os potes para casa e é orientado a trazer as duas amostras apenas no dia seguinte

É entregue os potes coletores ao paciente e se determina o dia que o mesmo deve trazer a amostra (dias específicos da semana em que são recolhidas as amostras na Unidade)

É entregue os potes coletores ao paciente e não se determina o dia que o mesmo deve trazer a amostra

Outras observações:

11. Você preenche a ficha de notificação/investigação de Tuberculose?

(Observação direta)

Sim Não Não sabe

11.2 Existe um fluxo de envio das notificações definido?

(Observação direta – Nota Técnica/CI/ Ofício que explique o fluxo)

Sim Não Não sabe

11.3 Se “Sim”, você poderia descrever como se dá esse fluxo?

- Comunica a Vigilância epidemiológica(VE) do DS via telefone
 Envia a notificação para a VE via mensageiro no mesmo dia
 Envia a notificação para a VE via mensageiro quando tiver disponível
 Outros:
-
-

11.3.1 Você acha que esse fluxo atende a necessidade da equipe?

Sim Não Não sabe

11.3.2 Se “Não”, por que?

11.4 Você já recebeu algum documento explicando (formalizando) esse fluxo?

Sim Não Não sabe

12. Descreva o que você considera “Contato” de tuberculose:

(Considerar a seguinte definição: Toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice, no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode se dar em casa e/ou ambiente de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escolar. (Brasil, 2011).

Resposta: Correta Parcialmente correta Incorreta

12.1 Realiza investigação dos contatos dos pacientes de tuberculose?

(Observação direta: Ficha de controle de contatos ou outro registro que comprove)

Essa informação deve ser complementada de acordo com dados do SINAN

Sim Não

Anotar os registros encontrados na Unidade:

- N° de contatos registrados: _____

- N° de contatos examinados: _____

*Essa informação deve ser complementada de acordo com dados do SINAN.

12.2 Qual a conduta diante deste? (Observar na resposta os seguintes itens)

- Solicita PPD para todos os contatos
 Proceder com a investigação com avaliação clínica e radiológica
 Apenas avaliação clínica
 Apenas avaliação radiológica

Obs.: _____

Informação em Saúde

13. Preenche adequadamente os livros de Registro do PNCT? (Observação direta)

- Livro de Registro e Acompanhamento dos casos na US: () Sim () Não
- Livro de Sintomático Respiratório: () Sim () Não

14. Recebe/envia o Boletim de acompanhamento do SINAN-TB mensalmente?

() Sim () Não () Não sabe

15. Utiliza a ficha de acompanhamento da tomada diária da medicação do Tratamento Diretamente Observado (TDO)? (Observação direta da ficha com registro)

() Sim () Não () Não sabe

Diagnóstico | Acompanhamento

16. Que critérios você utiliza para fechar diagnóstico de TB?

- () apenas a baciloscopia positiva
- () apenas quadro clínico
- () apenas exame radiológico
- () sinais clínicos + exame radiológico sem necessidade de baciloscopia
- () sinais clínicos + exame radiológico + baciloscopia
- () Encaminha para a referência

Outros:

17. Você pode descrever a sua conduta frente ao paciente de “Retratamento”?

(Considerando o “Retratamento” todos os casos de recidiva e reingresso após abandono)

- () Solicita apenas baciloscopia de diagnóstico
- () Solicita Baciloscopia + Cultura de BAAR
- () Solicita Cultura de BAAR + Teste de sensibilidade
- () Encaminha para a referência

Outros: _____

17.1 Em que situações você solicita o exame de cultura?

- () Retratamento () BK positivo a partir do mês de tratamento () Populações especiais () Não solicita () Não sabe

18. Solicita testagem de HIV para todos os pacientes de TB?

Sim Não Apenas para alguns

18.1 O teste rápido para HIV está sendo realizado nesta US?

Sim Não No momento não por falta de material/equipamento No momento não por falta de estrutura da Unidade Não sabe

18.1. Existe alguma dificuldade em relação ao exame de HIV?

Sim Não Não sabe

18.2 Se sim, qual (ais)?

Tempo para realização da coleta e envio da amostra
 Demora na entrega dos resultados
 Recusa do paciente

Outros:

19. Você solicita baciloscopia de escarro para controle mensal do tratamento dos pacientes de TB?

Sim Não Apenas para alguns

19.1 Existe alguma dificuldade em relação ao exame de baciloscopia ?

Sim Não Não sabe

19.2 Se “Sim”, qual (ais)?

Dificuldade no fluxo de recolhimento da amostra
 Dificuldade no tempo de entrega dos resultados
 Recusa do paciente

Outras:

20. Você sabe o que é o Tratamento diretamente observado (TDO)?

(Para fins operacionais considerar a visualização da tomada da medicação diariamente (segunda a sexta) por algum profissional da equipe de saúde)

Resposta: Correta Parcialmente correta Incorreta

20.1 A Equipe realiza o TDO dos pacientes em tratamento?

Sim Não Apenas para alguns

20.1 Se “Sim”, com que frequência a equipe realiza a supervisão das doses?

(Complementar esta informação com o registro da ficha de acompanhamento do TDO)

Segunda a sexta-feira Alguns dias da semana 1x ao mês outros

20.2 Existe alguma dificuldade em relação a realização desta atividade?

Sim Não Não sabe

20.3 Se sim, qual/quais?

(Observar os seguintes itens na resposta e marcar de acordo com o que for verbalizado)

recusa de membros da equipe em realizar

distância territorial

dificuldade de tempo disponível da equipe para realizar a visita

paciente trabalha

paciente não está no momento da visita domiciliar

Outros: _____

21. A equipe realiza consulta do paciente com TB com que frequência?

(Observação direta – ver algum registro)

semanal mensal de acordo com a necessidade dele outros

22. A equipe utiliza algum controle sobre a data que o paciente deve receber a medicação? (Observação direta – ver algum registro)

Sim Não Não sabe

23. A equipe realiza busca ativa de faltosos? (Observação direta – ver algum registro)

Sim Não Não sabe

Fluxos | Controle de qualidade

24. Existe fluxo para recolhimento de amostra (escarro) nas Unidades de Saúde?

Sim Não Não sabe

24.1 Se sim, descreva: (Observação direta – verificar a disponibilidade de algum documento que explique o fluxo)

Recolhimento de amostras diariamente através de motoqueiro

Quando tem amostra faz contato com o DS e solicita o recolhimento

O próprio paciente leva a amostra até o laboratório

Outro:

24.2 Você considera que esse fluxo atende a necessidade do serviço de forma adequada?

Sim Não Não sabe

Observações:

24.3 Você já recebeu esse fluxo descrito (formalizado) através de documento?

Sim Não Não sabe

24.4 Você oferece orientações ao paciente em relação a coleta de amostra do escarro?

Sim Não Não sabe

24.5 Se “sim”, quais?(Marcar de acordo com o que for verbalizado na resposta):

- Entrega o pote coletor e pede que traga as amostras em outro dia
- Entrega o pote já identificado (nome do paciente e data de coleta e nº da amostra)
- Informa que o local de coleta deve ser em ambiente aberto de preferência ao ar livre
- A 2ª amostra ao despertar pela manhã, lavar a boca apenas com água.
- Inspirar profundamente, prender a respiração por instante e escarrar após esforço da tosse
- O transporte até a unidade deve ser feito protegido da luz, preferencia até 2h após a coleta

Outros: _____

25. Existe fluxo para entrega dos resultados dos exames nas Unidades de Saúde?

(Observação direta - Verificar a disponibilidade de documentos que descrevam como estes fluxos estão organizados)

Exame	Sim	Não	Não sabe	Tempo de resultado
Baciloscopia de diagnóstico				
Baciloscopia de controle				
Cultura				
Raio-x				
HIV				

--	--	--	--	--

Observações:

Referência e Contrarreferência

26. Você já foi informado oficialmente (através de documento) qual o seu serviço de referência para Tuberculose?

Sim Não Não sabe

27. Você acompanha algum paciente que também é atendido na referência (atendimento compartilhado)?

Sim Não Não sabe

28. Você tem dificuldades em relação a esse acompanhamento “compartilhado” ?

Sim Não Não sabe

28.1 Se “Sim”, qual (ais)?

Demora para conseguir o atendimento

Paciente retorna sem informações da conduta realizada na referência

Outras:

Educação em Saúde Mobilização Social Educação Permanente

29. Você desenvolve atividades educativas com conteúdos relacionados à prevenção e controle da tuberculose na rotina da Unidade de saúde?

Sim Não Não sabe

29.1. Caso sim, com que frequência as atividades para prevenção e controle da TB são realizadas?

Quinzenalmente Semanalmente

Mensalmente Semestralmente Apenas nas Campanhas

Outros:

30. Você desenvolve atividades educativas com conteúdos relacionados à prevenção e controle da tuberculose em outros espaço além da US (escolas, igrejas, associações, etc)

Sim Não Não sabe

30.1. Caso sim, com que frequência as atividades para prevenção e controle da TB são realizadas?

Quinzenalmente Semanalmente

Mensalmente Semestralmente Apenas nas Campanhas

Outros:

31. Quais as estratégias educativas utilizadas com mais frequência? (Pode marcar mais de um alternativa)

Orientação individual

Entrega de Folder/Folheto informativo

Palestras

Explicação em Sala de espera

Feiras de Saúde

Atividades lúdicas (teatro, apresentações culturais, etc)

Todas as alternativas

Nenhuma das alternativas

outras:

32. Classifique a participação dos membros da equipe nas atividades educativas com a temática “Tuberculose” :

Profissional	Pouco	Muito	Não participa
Médico			
Enfermeiro			
ACS			
Técnico de Enfermagem			
Dentista			
Auxiliar de Consultório dentário			
Equipe NASF			

33. Há materiais educativos sobre Tuberculose (Cartazes, Panfletos, Cartilhas, vídeos, álbum seriado) nesta Unidade?

Material educativo	Sim	Não	Não sabe
Cartazes			
Panfletos/folders			
Álbum seriado			
Cartilhas			
Vídeos			
Outros			

--	--	--	--

34. Caso sim, você os utiliza durante as atividades educativas realizadas?

- Sim, sempre sim, às vezes Não

35. A Equipe realiza reuniões periódicas para discussão dos casos de Tuberculose em acompanhamento? (Observação direta – registro de reuniões)

- Sim Não Não sabe

35.1 Se sim, com que periodicidade? (Observar registro)

- Quinzenalmente Semanalmente Mensalmente Semestralmente
 só diante de casos muito complicados

36. A equipe participou de atividades de educação permanente sobre tuberculose promovidas pelo município?

- Sim Não Não sabe

36.1 Se sim, há quanto tempo?

- Este ano
 Ano passado (2014)
 há mais de 2 anos
 Não lembro

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO MUNICIPAL, 2015.

INSTRUMENTO - GRAU DE IMPLANTANÇÃO DAS AÇÕES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NAS UNIDADES DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA

Data: ____/____/____ **Número do questionário:** _____

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE	
Nome da Unidade:	
Endereço:	
Bairro:	
DS:	Microrregião:
IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Nome:	
Telefone de contato:	
Idade:	Sexo: ()F ()M
Categoria Profissional: () Enfermeiro () Médico	
Pós-graduação: () Sim () Não	
() especialização () residência () mestrado () doutorado.	
Ano de conclusão do maior título:	
Área:	
Tempo de atuação nesta Unidade:	
Função	
Carga horária: () 20 horas () 30 horas () 40 horas	

1. Quantos e quais profissionais compõem a equipe envolvidas com o PCT:

Nº: _____

- () Médico Pneumologista
 () Enfermeiro
 () Técnico de Enfermagem
 () Assistente Social
 () Outros:

2. Eles são exclusivos para as ações do PCT ou desempenham outras atividades na Unidade?

- () Sim, exclusivos para as ações do PCT
 () Não, desenvolvem outras atividades na Unidade

3. Quanto ao espaço físico, verificar as seguintes informações:

Número de consultórios	
Existe um consultório específico para	() Sim () Não

atendimentos dos pacientes de TB?					
Adequação dos ambientes					
Observar os seguintes itens	Consultórios		Sala de procedimento		
	Sim	Não	Sim	Não	
5. Área mínima de 9m ² /dimensão mínima de 2,50m.					
2. Oferece condições de atendimento em mesa de escritório para usuário e acompanhante sentados;					
3. Exame clínico em mesa/maca adequado					
4. Dispõe de lavatório com torneiras					
5. Sempre tem água corrente nas torneiras					
4. Ambientes são claros, com o máximo de luminosidade natural possível;					
5. As salas dispõem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar;					
Adequação dos ambientes					
Sala de Espera		Sim		Não	
1. Para cada ESF dispõe de assentos para comportar aproximadamente 15 pessoas					
2. Os Ambientes são claros, com o máximo de luminosidade natural possível;					
3. As salas dispõem de janelas ou de ventilação indireta adequada (exaustores), possibilitando a circulação de ar;					

4. Quanto aos impressos específicos do PNCT, verificar a disponibilidade dos seguintes itens:

Impressos e materiais PNCT	Sim	Não
Ficha de notificação/investigação de Tuberculose		
Livro de Registro de Pacientes e Acompanhamento do tratamento dos casos de tuberculose;		
Ficha de notificação de casos de Tuberculose resistente		
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		
Ficha de notificação de Casos de Tuberculose Resistente e Situações Especiais		

5. Quanto a outros materiais/ insumos importantes para o PNCT, verificar a disponibilidade dos seguintes itens:

Insumo/Material	Sim	Não
Disponibilidade de potes plásticos para coleta de exame de escarro		

6. As medicações para o tratamento de TB (esquema básico), para tratamento da ILTB (isoniazida) e as drogas substitutivas para os esquemas especiais ficam disponíveis na Unidade de Saúde?

- () Sim, para os primeiros 15 dias de tratamento
 () Sim, para o primeiro mês de tratamento
 () Não
 () Não sabe

6.1 Caso “não”, em quanto tempo da notificação você consegue disponibilizar a medicação ao paciente para o início do tratamento?

- () No mesmo dia
 () No dia seguinte
 () Em até 3 dias
 () Em até 5 dias
 () Mais de uma semana
 () Outros:

6.2 Você acha que esse fluxo funciona adequadamente (atende a necessidade)?

- () Sim () Não () Não sabe

6.3 Se “Não”, por quê?

6.4 Você já recebeu algum documento explicando (formalizando) esse fluxo?

- () Sim () Não () Não sabe

7. A unidade tem acesso ágil aos serviços abaixo relacionados:

Serviço/exame	Sim	Não	Não sabe
Baciloscopia de escarro			
Raio-x de tórax			
Tomografia computadorizada de tórax			
Cultura e teste de sensibilidade			
Broncoscopia com biópsia			
Biópsia de outras localizações			
Bioquímica hepática			
Análise do líquido pleural (bioquímico, citológico e adenosina deaminase)			

8. Quanto a material de normatização técnica (manual, protocolo, notas técnicas, rotina de procedimentos) direcionado a assistência e vigilância dos casos de Tuberculose, verificar a disponibilidade dos seguintes itens (Observação direta):

Documento	Sim	Não
Manual de recomendação para o controle da tuberculose no Brasil		
Tratamento Diteramento Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica – Protocolo de Enfermagem		
Nota Informativa nº 08, de 2014 CGPNCT/DEVEP/SVS/MS (Recomendações para controle de contatos e tratamento da infecção latente da tuberculose na indisponibilidade transitória do Derivado Proteico Purificado).		
Nota Técnica nº 32/2014 DGCD/SEVS/SES-PE (Sobre Critérios para coleta e acondicionamento do escarro, indicação de cultura do escarro e fluxo de diagnóstico)		
Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Resistente e Multi-Droga Resistente		

9. Já notificou casos de Infecção Latente da Tuberculose (ILTb)?

Sim Não Não sabe Não se aplica

9.1 Se “sim”, realizou o acompanhamento dos pacientes nesta Unidade?

Sim Não, transferi para outra US (Qual? _____)

Não sabe Não se aplica

10. Você preenche a ficha de notificação/investigação de Tuberculose?

Sim Não Não sabe

10.1 Existe um fluxo de envio das notificações definido?

Sim Não Não sabe

10.2 Se “Sim”, você poderia descrever como se dá esse fluxo?

10.2.1 Você acha que esse fluxo atende a necessidade do serviço?

Sim Não Não sabe

10.2.2 Se “Não”, por quê?

10.2.3 Você já recebeu algum documento explicando (formalizando) esse fluxo?

Sim Não Não sabe

11. Classifique a frequência de atendimento de acordo com as situações descritas abaixo:

SITUAÇÃO	ÀS VEZES	SEMPRE	NUNCA
TB sensível			
Elucidação diagnóstica			
TB extrapulmonar			
Falência de tratamento			
Casos com baciloscopia positiva durante o tratamento			
Efeitos adversos menores			
Efeitos adversos maiores			
Monorresistências			
Polirresistências			
Multirresistências			

12. Os pacientes recebidos no serviço trazem algum formulário de encaminhamento da atenção primária?

() Sim, sempre () Sim, as vezes () Não () Não sabe

12.1 Se “sim”, este formulário contempla todas as informações sobre a história de doença do paciente?

() Sim, sempre () Sim, as vezes () Não () Não sabe

13. Os pacientes atendidos são acompanhados por este serviço durante todo o tratamento?

- () Sim, todos
 () Sim, apenas alguns
 () Sim, mas de forma compartilhada com a atenção primária
 () Não

Obs.: _____

14. Você utiliza algum formulário específico para contrarreferência do paciente de tuberculose?

() Sim () Não () Não sabe

15. Já acompanhou algum paciente que necessitou de alterações no esquema terapêutico (esquemas especiais)?

() Sim () Não () Não sabe () Não se aplica

15.1 Se “sim”, este paciente foi notificado em algum formulário específico?

() Sim () Não () Não sabe

16. Você conhece o SITE-TB (Sistema de informação de tratamentos especiais de TB)?

() Sim () Não

17. Você conhece a ficha de notificação do SITE-TB?

() Sim () Não

17.1. Já utilizou (preencheu) a ficha de notificação do SITE-TB?

() Sim () Não

18. Recebe algum boletim de acompanhamento para preenchimento da situação dos pacientes em tratamento com esquemas especiais?

() Sim () Não () Não sabe () Não se aplica

19. Recebe algum boletim de acompanhamento mensal para preenchimento da situação dos pacientes em tratamento com esquema básico?

() Sim () Não () Não sabe () Não se aplica

20. Descreva o que você considera “Contato” de tuberculose:

(Considerar a seguinte definição: Toda pessoa que convive no mesmo ambiente com o caso índice, no momento do diagnóstico da TB. Esse convívio pode se dar em casa e/ou ambiente de trabalho, instituições de longa permanência, escola ou pré-escolar. (Brasil, 2011).

Resposta: () Correta () Parcialmente correta () Incorreta

20.1 Realiza investigação dos contatos dos pacientes de tuberculose?

(Ver Ficha de controle de contatos ou outro registro que comprove)

Essa informação deve ser complementada de acordo com dados do SINAN

() Sim () Não

Anotar os registros encontrados na Unidade:

- Nº de contatos registrados: _____

- Nº de contatos examinados: _____

*Essa informação deve ser complementada de acordo com dados do SINAN.

Obs.:

20.2 Se “Sim” Qual a conduta diante deste? (Observar na resposta os seguintes itens)

() Solicita PPD para todos os contatos

() Faz avaliação clínica

() Solicita baciloscopia

() Solicita Raio-x

() _____)

Outros: _____

—

21. Você pode descrever a sua conduta frente ao paciente de “Retratamento”?

(Considerando o “Retratamento” todos os casos de recidiva e reingresso após abandono)

() Solicita baciloscopia

() Solicita Raio-x

- () Solicita Cultura de BAAR
 () Solicita Cultura de BAAR + Teste de sensibilidade
 () Encaminha para a referência terciária
 () Outros

Obs.: _____

22. Em que situações você solicita o exame de cultura?

- () Retratoamento
 () BK positivo a partir do mês de tratamento
 () Populações especiais
 () Não solicita
 () Não sabe
 () Outros

Obs.: _____

23. Solicita testagem de HIV para todos os pacientes de TB?

- () Sim () Não () Apenas para alguns

23.1 Se “Não” por quê?

24. O teste rápido para HIV é realizado nesta US?

- () Sim () Não () Não sabe

24.1 Se “não”, por quê?

- () Falta de material/equipamento
 () Falta de estrutura da Unidade
 () Falta de recursos humanos capacitados para o teste
 () Não sabe
 () Outros

Obs.: _____

25. Existe alguma dificuldade em relação ao exame de HIV?

- () Sim () Não () Não sabe

25.1 Se sim, qual (ais)?

- () Tempo para realização da coleta e envio da amostra
 () Demora na entrega dos resultados
 () Recusa do paciente

() Outros

Obs.: _____

26. Você solicita baciloscopia de escarro para controle mensal do tratamento dos pacientes de TB?

() Sim

() Não

() Apenas para alguns

() Não, por que este acompanhamento é realizado pela atenção primária

26.1 Existe alguma dificuldade em relação ao exame de baciloscopia?

() Sim () Não () Não sabe

26.2 Se “Sim”, qual (ais)?

() Dificuldade no fluxo de recolhimento da amostra

() Dificuldade no tempo de entrega dos resultados

() Recusa do paciente

() Outros

Obs.: _____

27. Você sabe o que é o Tratamento diretamente observado (TDO)?

(Para fins operacionais considerar a visualização da tomada da medicação diariamente (segunda a sexta) por algum profissional da equipe de saúde)

Resposta: () Correta () Parcialmente correta () Incorreta

27.1 Realiza o Tratamento Diretamente Observado (TDO)? (Observação direta da ficha com registro)

() Sim, através de visita domiciliar e/ou contato telefônico

() Sim, compartilhado com a atenção primária

() Não, mas acompanha se atenção primária realiza

() Não, nem acompanha esta informação

() Não sabe

Obs.: _____

27.2 Existe alguma dificuldade em relação à realização desta atividade (TDO)?

() Sim () Não () Não sabe

27.3 Se “sim”, qual (ais)?

28. Preenche adequadamente o livro de Registro e Acompanhamento dos casos?

Sim Não Não utiliza o livro

29. A equipe realiza consulta do paciente com TB com que frequência?

(Observação direta – ver algum registro)

semanal mensal de acordo com a necessidade dele outros

Obs.: _____

30. A equipe utiliza algum controle sobre a data que o paciente deve retornar ao serviço? (Observação direta – ver algum registro)

Sim Não Não sabe Não se aplica

31. A equipe realiza busca ativa de faltosos? (Observação direta – ver algum registro)

Sim Não Não sabe

Obs.: _____

32. Existe fluxo para recolhimento de amostra (escarro) nas Unidades de Saúde?

Sim Não Não sabe

32.1 Se sim, descreva:

Recolhimento de amostras diariamente através de motoqueiro

Calendário semanal definido de recolhimento de amostras ____ dias na semana

Quando tem amostra faz contato com o DS e solicita o recolhimento

O próprio paciente leva a amostra até o laboratório

Outro

Obs.: _____

32.2 Você considera que esse fluxo atende a necessidade do serviço?

Sim Não Não sabe

Obs.: _____

33.3 Você já recebeu esse fluxo descrito (formalizado) através de documento?

Sim Não Não sabe

34. Você oferece orientações ao paciente em relação à coleta de amostra do escarro?

() Sim () Não () Não sabe

34.1 Se “sim”, quais ?

- () Entrega o pote coletor e pede que traga as amostras em outro dia
 () Informa que o local de coleta deve ser em ambiente aberto de preferência ao ar livre
 () Inspirar profundamente, prender a respiração por instante e escarrar após esforço da tosse
 () O transporte até a unidade deve ser feito protegido da luz, preferencia até 2h após a coleta
 () Outras:

35. Sobre o tempo de entrega dos resultados dos exames abaixo:

Exame	Sim	Não	Não sabe	Tempo de resultado
Baciloscopia				
Cultura				
Raio-x				
HIV				

Obs.: _____

36. Você já foi informado oficialmente (através de documento) qual o seu serviço de referência terciária para Tuberculose?

() Sim () Não () Não sabe

37. Que situações você encaminha para referência terciária?

38. Você utiliza algum formulário específico para referenciar o paciente de tuberculose para atenção terciária?

() Sim () Não () Não sabe

39. Você acompanha algum paciente que também é atendido na referência terciária (atendimento compartilhado)?

() Sim () Não () Não sabe

39.1 Caso “sim”, você recebe algum formulário específico de contrarreferência do paciente de tuberculose para atenção terciária?

() Sim () Não () Não sabe

39.2 Você tem dificuldades em relação a esse acompanhamento “compartilhado” ?

() Sim () Não () Não sabe

39.2.1 Se “Sim”, qual (ais)?

- Demora para conseguir o atendimento
 Paciente retorna sem informações da conduta realizada
 Outras

Obs.: _____

40. Você desenvolve atividades educativas com conteúdos relacionados à prevenção e controle da tuberculose na Unidade de Saúde

- Sim Não Não sabe

40.1. Caso “sim”, com que frequência estas atividades são realizadas?

- Quinzenalmente Semanalmente
 Mensalmente Semestralmente Apenas nas Campanhas

Outros: _____

40.2 Quais as estratégias educativas utilizadas com mais frequência? (Pode marcar mais de uma alternativa)

- Orientação individual
 Entrega de Folder/Folheto informativo
 Palestras
 Explicação em Sala de espera
 outras:

41. Há materiais educativos sobre Tuberculose (Cartazes, Panfletos, Cartilhas, vídeos, álbum seriado) nesta Unidade?

Material educativo	Sim	Não	Não sabe
Cartazes			
Panfletos/folders			
Álbum seriado			
Cartilhas			
Vídeos			
Outros			

42. A equipe já participou de atividades de educação permanente (capacitação) sobre tuberculose?

- Sim Não Não sabe

42.1 Se sim, há quanto tempo?

- Este ano
 Ano passado (2014)
 há mais de 2 anos
 Não lembro

Apêndice 4. Questionários semiestruturados para análise do contexto.

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO MUNICIPAL, 2015.

INTRUMENTO PARA ANÁLISE DO CONTEXTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO	
Nome:	
Endereço do local:	
Telefone de contato:	
Idade:	Sexo: () F () M
Cargo/função:	Tempo no cargo/função:

PROJETO DE GOVERNO
1. Plano de Governo
Indicadores:
a) O Controle da tuberculose no Plano de Governo
b) A tuberculose como prioridade para a gestão
c) Coerência entre os problemas priorizados e as ações propostas no plano

1.1 Para os indicadores a, b e c do item 1, realizar análise documental.

1.2 A TB é prioridade para a gestão?

() Sim () Não () Não sabe

1.2.1 Se “Sim”, desde quando e por quê?

1.3 A tuberculose está contemplada no Plano Municipal de Saúde (2014-2017) e nas Programações Anuais de Saúde correspondentes ao plano?

() Sim () Não () Não sabe

1.3.1 Se “sim”, especificar metas indicadores e com base em que eles foram construídos:

2. Recurso Financeiro

Indicadores:

- a) Recurso financeiro específico para implementação das ações de tuberculose
- b) Investimento na estruturação de serviços relacionados ao controle da tuberculose

2.1 Existe recurso financeiro específico para implementação das ações de tuberculose?

() Sim () Não () Não sabe

2.1.1 Se “sim”, como é utilizado?

2.2 Recentemente foram investidos recursos desta SMS para implantação/implementação de ações do PCT?

() Sim () Não () Não sabe

2.2.1 Se “Sim”, Especifique os investimentos (R.H, financeiros e materiais) e quando?

3. Direcionalidade do Projeto de Governo

Indicadores:

- a) Conformidade do Plano com a Política Nacional para o controle da TB (Objetivos e metas)
- b) Conformidade do Plano com a Política Estadual para o controle da TB (Objetivos e metas)

3.1 Para os indicadores a e b do item 3, realizar análise documental.

4. Iniciativas intersetoriais

Indicadores:

- a) Articulação com outras políticas/programas com objetivos complementares ao PCT
- b) Articulação com o setor público, privado e filantrópico

4.1 Existe alguma articulação (planejamento integrado ou comitê gestor misto) com outros setores do governo que tenham objetivos complementares ao PCT?

() Sim () Não () Não sabe

4.1.1 Se “Sim”, qual(ais)? E como se dá essa articulação?

4.2 Existem mecanismos de articulação do PCT com o setor público, privado e filantrópico para o desenvolvimento de ações?

4.2.1 Se “Sim”, qual(ais)? E como se dá essa articulação?

CAPACIDADE DE GOVERNO

5. Perfil do Gestor

Indicadores:

- | |
|--|
| a) Gestor com formação na área de saúde coletiva ou áreas afins
b) Gestor capacitado/qualificado para as ações do PCT
c) Gestores com experiência anterior com o PCT
d) Conhecimento do gestor sobre a situação da tuberculose e as diretrizes do PCT
e) Motivação do gestor |
|--|

5.1 Qual a sua formação?

5.2 Você já participou de algum curso específico para Gestão das ações de Tuberculose?

() Sim () Não

5.3 Sente-se capacitado para desenvolver suas atividades?

() Sim () Não () Não sabe

5.3.1 Por quê?

5.4 Já teve experiências anteriores com a PCT?

() Sim () Não

5.4.1 Se “Sim”, quando e em que posição/função?

5.5 Qual é a situação da tuberculose no seu município, em relação ao estado e ao país?

5.6 Comente o que sabe sobre o Programa de Controle da Tuberculose (o que é, qual é o seu objetivo, como funciona, quais as estratégias para implantação e os documentos que orientam essa implantação):

5.7 Quais as atividades de rotina do coordenador do PCT?

5.8 Considera que executa corretamente as atividades do PCT?

() Sim () Não () Não sabe

5.8.1 Se “Sim”, Por quê?

5.9 Está satisfeito com o trabalho desenvolvido pela sua equipe?

() Sim () Não () Regular () Não sabe

5.10 Você se identifica com o trabalho desenvolvido no PCT?

() Sim () Não () Regular () Não sabe

5.10.1 Por quê?

5.11 Você se sente satisfeito:

a) Pessoal () Sim () Não () Regular () Não sabe

b) Profissionalmente () Sim () Não () Regular () Não sabe

5.11.1 Por quê?

5.12 Teria outro setor que você tem mais identificação e gostaria de permutar?

() Sim () Não () Não sabe

5.12.1 Sim “Sim”, qual?

5.13 Pretende fazer carreira profissional neste setor?

() Sim () Não () Não sabe

6. Perfil do quadro técnico

Indicadores:

a) Quadro de técnicos com formação em saúde coletiva ou áreas afins

b) Quadro técnico capacitado/qualificado para o PCT

c) Quadro técnico com experiência anterior com o PCT

d) Número adequado/suficiente de profissionais para atuação nas atividades relacionadas ao PCT

6.1 Conta com equipe técnica, própria do PCT, que se articula com as demais áreas técnicas para as atividades de vigilância (investigação de campo/busca ativa, análises estatísticas, rotinas do Sinan, etc.)?

() Sim () Não () Não sabe

6.1.1 Se “Sim”, quantos são e qual a formação deles?

6.1.2 Eles tem experiências anteriores com o PCT?

Sim, todos Apenas alguns Não Não sabe

6.1.3 E você acha esse quadro suficiente?

6.2 Essa equipe já recebeu capacitação para as ações de Tuberculose?

Sim, todos Apenas alguns Não Não sabe

7. Desenho organizativo

Indicadores:

- a) O PCT no organograma institucional
- b) Coordenação específica para o PCT no nível central e em todos os Distritos Sanitários
- c) Estabilidade do gestor e quadro técnico no serviço

7.1 Reconhecimento do PCT no organograma institucional : Observação direta

7.2 Existe coordenação específica/exclusiva para o PCT em todos os níveis de gestão (Central e Distrital)?

Sim, todos Apenas alguns Não Não sabe

7.3 Existe definição de mecanismos efetivos de contratação de recursos humanos para a equipe PCT (Concurso público, seleção pública)?

Sim Não Não sabe

7.4 Há garantia de manutenção dos profissionais no PCT?

Sim Não Não sabe

7.5 Qual sua opinião sobre a rotatividade de técnicos no setor?

7.6 Qual o tempo médio que um técnico permanece no PCT?

- 6 meses
- 12 meses
- 24 meses
- Mais de 24 meses
- Outro_____

7.7 Qual o tempo médio que um coordenador permanece no PCT?

- 6 meses
- 12 meses
- 24 meses
- Mais de 24 meses
- Outro____

8. Aperfeiçoamento da gestão

Indicadores:

- a) Prática de planejamento baseado em diagnóstico situacional da tuberculose
- b) Planejamento integrado (Gestor, Gerências, Coordenações e técnicos do PCT)
- c) Realização de M&A regulares
- d) Comunicação efetiva com os operadores do PCT

8.1 Utiliza regularmente os sistemas de informação (Sinan)?

Sim Não Não sabe

8.1.1 Se “Sim”, com que periodicidade?

Diária Semanal Mensal Trimestral Semestral Outros_____

8.1.2 Com que finalidade?

- Planejamento de ações
- Qualificação das informações (limpeza de banco)
- Acompanhamento dos casos
- Outros: _____

8.2 Utiliza os indicadores operacionais epidemiológicos e para o planejamento das ações do PCT?

Sim Não Não sabe

8.2.1 Se sim, quais?

- Cura
- Abandono
- Testagem de HIV
- Cultura de Retratamento
- TDO
- Mortalidade
- Estimativa de SR
- Contatos examinados
- Outros: _____

8.3 Como se dá o processo de planejamento das ações do PCT? Explique como é feito e quem participa:

8.4 Há uma rotina de monitoramento das ações de TB?

Sim Não Não sabe

8.4.1 Se “Sim”, como esse monitoramento é feito?

8.4.2 Os resultados desses monitoramentos são apresentados aos operadores do PCT (equipes de saúde, laboratório municipal, assistência farmacêutica, equipes de referência)?

Sim Não Não sabe

8.4.3 Se “Sim”, como é feito?

- Reuniões periódicas
 Comunicação verbal (in loco)
 Envio de CI/Informes impressos
 Outros: _____

8.5 Qual a principal forma de comunicação que você utiliza com os operadores do PCT?

- Email
 Telefone
 Reuniões
 CI/ Informes impressos

8.6 Você considera a comunicação entre a coordenação e esses operadores efetiva?

Sim Não Não sabe

8.6.1 Por quê?

9. Microprocessos entre gestão e operadores do PCT

Indicadores:

- a) Funcionamento adequado da atenção básica para as ações do PCT
- b) Funcionamento adequado das Unidades de referência de Tuberculose
- c) Integração com setores de apoio ao PCT: assistência farmacêutica e Laboratório
- d) Gestão dos serviços de média complexidade para tuberculose (referências secundárias)
- e) Articulação com os serviços de alta complexidade para tuberculose (referências terciárias)

9.1 Os indicadores a e b do item 8, serão respondidos através do resultados do GI das ações do PCT avaliados neste estudo.

9.2 Existe uma boa integração com setores de apoio do PCT: assistência farmacêutica e laboratório?

Sim Não Não sabe

9.2.1 Por quê?

9.3 Qual o seu papel junto aos serviços de referência secundária de tuberculose?

9.4 Como você se articula com os serviços de referência terciário para tuberculose?

GOVERNABILIDADE

10. Autonomia do responsável pelo PCT
--

Indicadores:

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> a) Autonomia do gestor para planejar ações b) Autonomia para planejar o uso do recurso financeiro para ações de TB c) Controle dos gastos com tuberculose na rotina d) Autonomia para tomada de decisão |
|--|

10.1 Você tem autonomia para planejar as ações do programa independente do superior hierárquico? (Se no nível central perguntar em relação as Gerencias (AB e VE) e se no nível distrital perguntar em relação a coordenação do nível central e as gerencias distritais)

Sim Não Não sabe

10.1.1 Comente:

10.2 Você tem autonomia para planejar o uso de recursos financeiros, independente do superior hierárquico? (Se no nível central perguntar em relação as Gerencias (AB e VE) e se no nível distrital perguntar em relação a coordenação do nível central e as gerencias distritais)

Sim Não Não sabe

10.2.1 Comente:

10.3 Você acompanha o uso dos recursos financeiros do PCT?

Sim Não Não sabe

10.3.1 Se “Sim”, como se dá esse acompanhamento?

10.4 A tomada de decisão para as atividades de TB é centralizada na Coordenação do nível central? (Ao perguntar á coordenação do nível central, referir-se a sua gerência)

Sim Não Não sabe

10.4.1 Comente:

11. Adesão dos interessados

Indicadores:

- a) Integração entre Atenção Básica e Vigilância Epidemiológica para as ações do PCT
- b) Adesão de outras áreas técnicas e outros setores e serviços com interface nas ações do PCT (Lacen, Assistência Farmacêutica, Programa DST/AID, etc.)

11.1 Como você classifica a integração entre AB e VE para o desenvolvimento das ações do PCT?

- Bastante satisfatória
- Satisfatória
- Pouco satisfatória
- Insatisfatória

11.1.2. Comente:

11.2 Como você classifica a adesão das outras áreas técnicas e outros setores/serviços (Laboratório, Assistência Farmacêutica, Programa DST/AID, etc.) para o desenvolvimento das atividades do PCT?

- Bastante satisfatória
- Satisfatória
- Pouco satisfatória
- Insatisfatória

11.2.1 Comente:

12. Relação do coordenador do PCT com a alta direção e com as demais esferas de gestão

Indicadores:

- a) Relação dos Coordenadores com seus superiores hierárquicos
- b) Relação dos Coordenadores com as demais esferas de gestão
- c) Satisfação dos Coordenadores com as demais esferas de gestão

12.1 Como você classifica a sua relação com seus superiores hierárquicos?

- Bastante satisfatória
- Satisfatória
- Pouco satisfatória
- Insatisfatória

12.1.1 Comente:

12.2 Como você classifica a sua relação com as demais esferas de gestão do PCT (Estadual e Federal)? (No caso do DS, referir-se a coordenação do nível central e a coordenação estadual)

- () Bastante satisfatória
 () Satisfatória
 () Pouco satisfatória
 () Insatisfatória

12.2.1 Comente:

12.2 Você está satisfeito com as demais esferas de gestão do PCT (Estadual e Federal)? (No caso do DS, referir-se a coordenação do nível central e a coordenação estadual)

- () Bastante satisfeito
 () Satisfeito
 () Pouco satisfeito
 () Insatisfeito

12.2.1 Comente:

13. Competição entre prioridades

Indicadores:

a) Tuberculose como prioridade independente de outras epidemias

13.1 Diante das diversas endemias e epidemias (por exemplo, de dengue) que ocorrem no município, você considera o controle da tuberculose uma prioridade, ou seja, as ações de controle não são prejudicadas mesmo quando ocorrem epidemias de outras doenças?

- () Sim () Não () Não sabe

13.1.1. Por quê?

Questões complementares:

14. Na sua opinião, o que facilita e o que dificulta a implantação do PCT no município?

15. Que sugestões você daria para melhoria da implantação do PCT município?

Apêndice 5. Termo de consentimento livre e esclarecido**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Senhor (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: **PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO NO ÂMBITO MUNICIPAL, 2014.**

Instituições participantes da Pesquisa:

- Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP
- Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE

Neste estudo pretendemos: **Avaliar a implantação do Programa de Controle da Tuberculose no município do Recife.**

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é untária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de **sigilo**.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE: UMA ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO NO ÂMBITO MUNICIPAL, 2014, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Data:

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Assinatura da Testemunha: _____

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Pesquisador responsável: **Eline Ferreira Mendonça**

Telefone: **(81)99930318 (81)31840186**

E-mail: **elinefmendonca@gmail.com**

Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos do IMIP

Rua dos Coelhoos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa IMIP, Prédio Administrativo

Orlando Onofre, 1º Andar.

Telefone: (81) 21224756

E-mail: **comitedeetica@imip.org.br**

Funcionamento: 2ª a 6ª Feira nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 e 13:30 às 16:

00 às 11:30 e 13:30 às 16:

ANEXOS

Anexo 1. Declaração de aprovação do Comitê de Ética

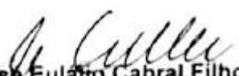
Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil
Instituição Civil Filantrópica



DECLARAÇÃO

Declaro que o projeto de pesquisa nº 4592-15 intitulado "**Programa de controle da tuberculose: uma análise de implantação municipal, 2014**" apresentado pelo (a) pesquisador (a) **Eline Ferreira Mendonça** foi **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 11 de Fevereiro de 2015.

Recife, 12 de Fevereiro de 2015.


Dr. José Eulálio Cabral Filho
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa em Seres Humanos do
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira

Anexo 2. Carta de anuência termo de adesão do órgão – Secretaria Municipal de Saúde do Recife

**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Eline Ferreira Mendonça** mestranda em avaliação em saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, a desenvolver pesquisa no Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "Programa de controle da tuberculose: uma análise de implantação no âmbito municipal, 2014.", sendo orientada por Lygia Carmen de Moraes Vanderlei e co orientada por Marina Ferreira de Medeiros Mendes e Monik Silva Duarte.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 09 de dezembro de 2014.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE