MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO GERAL DE DOENÇAS ENDÊMICAS
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, Brasil 2007-2015.

Brasília, outubro de 2006

I. Apresentação

Em nível mundial, um terço da população já está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis,* e o número atual de casos novos da doença está em torno de 8.9 milhões. Além disso, estima-se que ocorrem, anualmente, 1,7 milhões de óbitos por tuberculose, e, destes, aproximadamente 98% ocorrem em países em desenvolvimento. Cerca de 250.000 são casos de TB associados com HIV/AIDS. O surgimento da epidemia de AIDS e de focos de tuberculose multirresistente em zonas com controle deficiente da doença complica ainda mais o problema em escala mundial.

Em 1993, a Organização Mundial da Saúde declarou a TB como uma EMERGÊNCIA GLOBAL e lançou a estratégia **DOTS** (*Directly Observed Treatment, Short-course)*, como a forma mais eficaz e de melhor custo-benefício de controle da doença em nível mundial.

Posteriormente, na conferência ministerial sobre Tuberculose e Desenvolvimento Sustentável, em março de 2000, os 20 países que representavam 80% da carga mundial de tuberculose, incluindo o Brasil, reuniram-se em Amsterdã, Países Baixos, para realizar uma análise da situação dessa doença, e aprovaram a "DECLARAÇÃO DE AMSTERDÃ PARA DETER A TUBERCULOSE" cujas metas eram **detectar 70% dos casos infecciosos e curar, pelo menos, 85% deles,** até 2005, a fim de reduzir a carga da endemia em nível mundial.

No Relatório Global da OMS de 2005 assinala-se que 183 países aplicaram a estratégia DOTS em 2004 e que 77% da população mundial viviam em países que dispunham de cobertura DOTS. Estimou-se, também, que 1,8 milhões dos casos novos notificados eram bacilíferos, com uma taxa de detecção de 58%, ainda longe da meta de 70%.

Sem dúvida, em que pesem os esforços realizados nos últimos anos, a tuberculose continua produzindo sofrimento e perdas econômicas nas Américas. Diante desta realidade, a OPAS, juntamente com os países da região, decidiram aprofundar o controle da tuberculose, através do fortalecimento da estratégia DOTS e da aplicação de novas iniciativas para detê-la e superar os novos rumos produzidos pela propagação do HIV/AIDS, à tuberculose multirresistente às drogas antimicrobianas, ao empobrecimento da população. Tais iniciativas devem responder a metas de médio e longo prazos, destinadas a reduzir a carga da enfermidade e alcançar os "Objetivos de Desenvolvimento do Milênio"

A quadragésima sexta sessão do Conselho Diretor da OPAS, realizada em setembro de 2005, em resposta aos novos desafios que se impõem para o controle da tuberculose adotou a Resolução CD46.R12: "Estratégia Regional para o Controle da Tuberculose para 2005-2015", que reafirma o compromisso dos países em ratificar o controle da tuberculose como uma prioridade nos programas de saúde, garantindo os recursos financeiros e humanos necessários, e aponta o Plano Estratégico Regional de Tuberculose 2005-2015 como base para a formulação de planos nacionais.

O Plano Estratégico Regional de Tuberculose 2005-2015 foi construído tendo como base a experiência de expansão da Estratégia DOTS na Região e se sedimenta no compromisso renovado por parte dos países na busca do controle da tuberculose, projetando implementar a nova estratégia da OMS: "Alto à Tuberculose".

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Brasil acolhe esta iniciativa de Controle da Tuberculose e decide elaborar seu plano estratégico para 2007-2015.

II – SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA E OPERACIOAL DA TB DO PAÍS

A tuberculose é um importante e prioritário problema de saúde pública no Brasil, afetando as populações mais pobres e nas idades mais produtivas da vida.

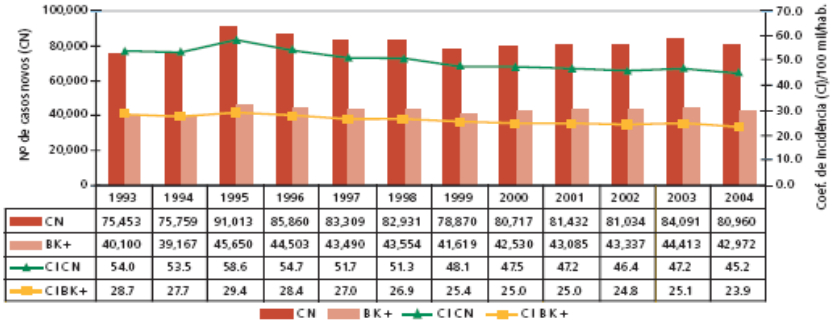
O Brasil, com uma extensão territorial de 8.514.876,599 km^2 e uma população de 179.108.134 habitantes, distribuídos em 26 Estados mais o Distrito Federal, com 5.570 municípios, é responsável por 35% dos casos de tuberculose notificados anualmente na Região das Américas.

Em nível mundial, o Brasil ocupa o 14º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo. A prevalência estimada é de 50 milhões de infectados, aproximadamente 109,672 casos novos e em torno de 6.000 óbitos por ano. No Brasil, a tuberculose constitui a nona causa de hospitalização e a quarta causa de mortalidade por doenças infecciosas.

Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN/MS), o número total de casos registrados em 2005 foi de 87,233. Uma taxa de incidência de 41,9 por 100.000. Dentre eles, 88.4% (77.120) eram casos **novos** de TB de todas as formas e, desses, 85,6% (66,083,) eram pulmonares e 63,7% (42,093) pulmonares com baciloscopia positiva.

Analisando uma série de 10 anos (1993-2004), a tendência da incidência da tuberculose no Brasil parece bastante estável, embora ligeiramente descendente nos casos de tuberculose de todas as formas (Gráfico 1). A taxa de incidência para esses casos varia de 45,2 a 58,6 em cada 100.000 habitantes (de 75.453 a 91.013 casos), variando a taxa de incidência de casos BAAR (+) entre 23,9 e 29,4 casos em 100.000 habitantes (de 39.167 a 45.650 casos). É necessário destacar que esses números apresentam, provavelmente, algum grau de sub-registro, mas, com base nas estimativas da OMS, o número de casos detectados no Brasil em 2004 representou 71% da incidência estimada (casos novos de TB) e 87.3% dos números estimados para as formas pulmonares positivas.

Gráfico 1. Taxa de incidência do total de casos e casos de TB pulmonar BAAR (+) Brasil, 1993-2004



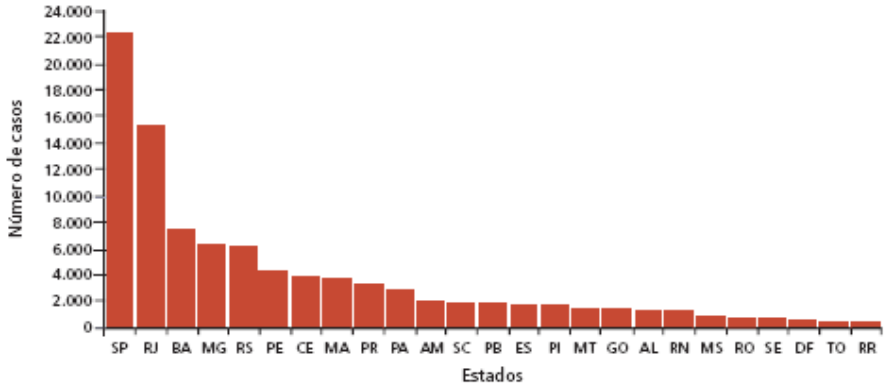
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
CN	75,453	75,759	91,013	85,860	83,309	82,931	78,870	80,717	81,432	81,034	84,091	80,960
BK+	40,100	39,167	45,650	44,503	43,490	43,554	41,619	42,530	43,085	43,337	44,413	42,972
CICN	54.0	53.5	58.6	54.7	51.7	51.3	48.1	47.5	47.2	46.4	47.2	45.2
CIBK+	28.7	27.7	29.4	28.4	27.0	26.9	25.4	25.0	25.0	24.8	25.1	23.9

Secretaria de Vigilância em Saúde / MS

1 - Distribuição geográfica: Estados e Municípios prioritários

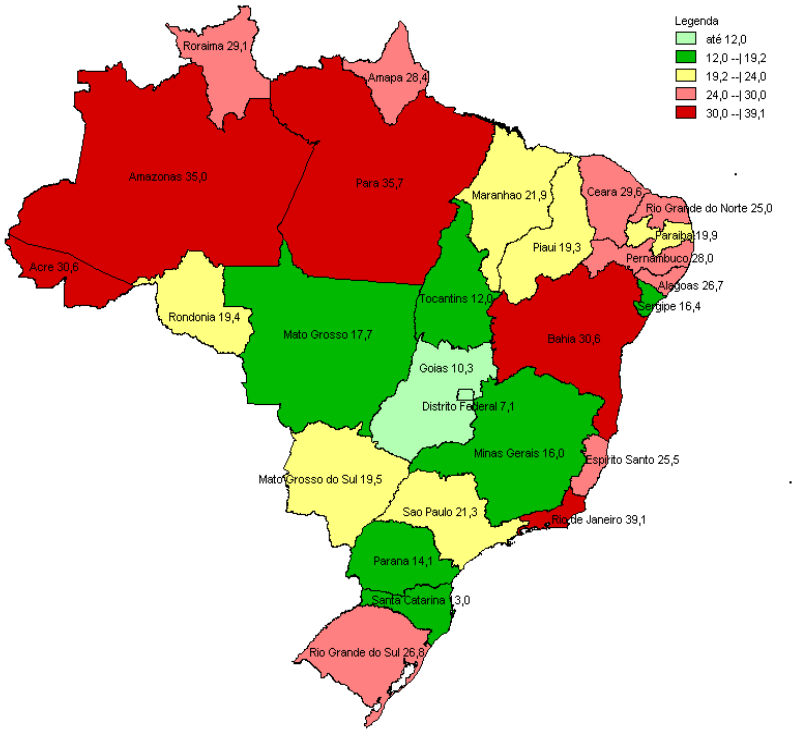
Embora o Brasil seja constituído por 26 Estados mais o DF e 5.570 municípios, a distribuição geográfica da tuberculose indica que 70% dos casos concentram-se em 315 municípios, que incluem as grandes cidades e capitais, designadas prioritárias pelo Ministério da Saúde para o controle da TB e a implementação da estratégia DOTS (Gráfico 2).

Gráfico 2. Distribuição geográfica da TB no Brasil, 2004.



Há, nesses municípios, áreas urbanas periféricas, com bolsões que concentram uma alta proporção dos doentes, que vivem em condições de extrema pobreza e habitações precárias, o que facilita a transmissão da doença. Isso ocorre, principalmente, nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Minas Gerais, Pernambuco e outros (Gráfico 2).

Figura 1. Estratificação dos estados segundo a incidência de casos BAAR (+), Brasil, 2004 (por 100.000 hab)



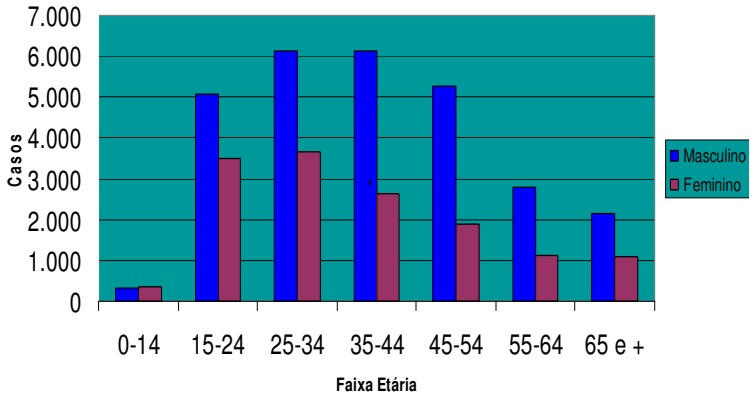
Em 2004, os seguintes estados notificaram os maiores números de casos e as maiores taxas de incidência de TB.

1. **São Paulo** notifica o maior número de casos todo ano, tendo notificado, em 2004, 18.823 casos novos de todas as formas sendo 7.980 de TB BAAR (+), para uma taxa de incidência 49,5 e 28,6 casos por 100,000 habitantes, respectivamente.
2. **Rio de Janeiro** notificou um total 14.025 casos novos de todas as formas sendo 6.542 casos BAAR (+), para uma taxa de incidência de 96,3 e 44,9 casos de TB por 100.000 habitantes, respectivamente.
3. **Bahia** notificou 7.294 casos novos de todas as formas sendo 4,190 casos BAAR (+), para uma taxa de incidência de 48,8 e 31,2 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.
4. **Minas Gerais** notificou 5.754 casos de todas as formas sendo 2.625 casos BAAR (+), com uma incidência de 26,7 de casos de todas as formas e de 14,1 BAAR (+).
5. **Pernambuco** notificou 5.011 casos novos de todas as formas sendo 2.132 casos BAAR (+), **c**om taxas de incidência de casos de todas as formas e de casos de BAAR (+) por 100.000 habitantes de 51,7 e 26,1, respectivamente.
6. **Rio Grande do Sul** notificou 4.671 casos de todas as formas sendo 2.631 casos BAAR (+), com uma taxa de incidência de 44,4 casos de TB de todas as formas e 25 casos novos BAAR (+) por 100.000 habitantes.
7. **Amazonas** notificou 2.420 casos novos de todas as formas sendo 1.774 casos BAAR (+), com uma taxa de incidência de 68,5 casos de TB de todas as formas e 36,3 casos BAAR (+) por 100.000 habitantes.

Segundo as características demográficas (Gráfico 3) a TB afeta toda a população, nas diferentes faixas etárias, principalmente na idade produtiva e dentro da idade

média de vida (em torno dos 36 anos), com predomínio do sexo masculino [59.440 (64,5%) casos do sexo masculino contra 32.828 (35,5%) casos do sexo feminino].

Gráfico 3. Distribuição por faixa etária e sexo de Casos TB BAAR (+), Brasil, 2005.



A distribuição etária dos casos de Tuberculose no Brasil (Gráfico 3) reflete uma transmissão ativa do bacilo numa população jovem, que representa a força de trabalho do país, como ocorre em outros países em desenvolvimento, onde as ações de controle não conseguiram ainda alcançar os resultados esperados em termos de detecção dos casos e de tratamento das fontes de infecção, especificamente nas áreas de alta densidade demográfica e onde a população se defronta com os maiores problemas socioeconômicos.

2 – Co-infecção TB /HIV

A situação da infecção por HIV é um problema importante no Brasil, em especial nas grandes cidades, onde a epidemia tem progredido rapidamente nos últimos anos. Portanto, HIV/AIDS constitui uma ameaça e um grande desafio para o controle da TB no país, com prioridade para aqueles estados de maior prevalência, conforme apresentado no Gráfico 4. Essa situação implica a necessidade de unir esforços e desenvolver ações conjuntas para enfrentar ambas epidemias, com o objetivo de alcançar melhores resultados a curto e médio prazos.

Gráfico 4. Prevalência da Co-infecção TB/HIV. Brasil, 2004.

Segundo dados do Programa Nacional de DST/AIDS, a taxa de prevalência estimada da infecção por HIV é de 0,65% na população de 15 a 45 anos. Anualmente, são notificados aproximadamente 20.000 casos novos, estimando-se uma prevalência de infectados da ordem

600.000 casos. Até o presente, há 140.000 casos em tratamento, estimando-se que outros 460.000 indivíduos desconheçãm estar infectados pelo HIV. As taxas de co-infecção TB/HIV no período 2001-2004 foram as seguintes: 8,7% em 2001; 7,9% em 2002; 8,1% em 2003; e 7,7% em 2004 (Tabela 1). Os estados com mais alta carga de Co-infecção são o Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo.

Tabela 1. Situação epidemiológica da co-infecção TB/HIV. Brasil, 2001-2004

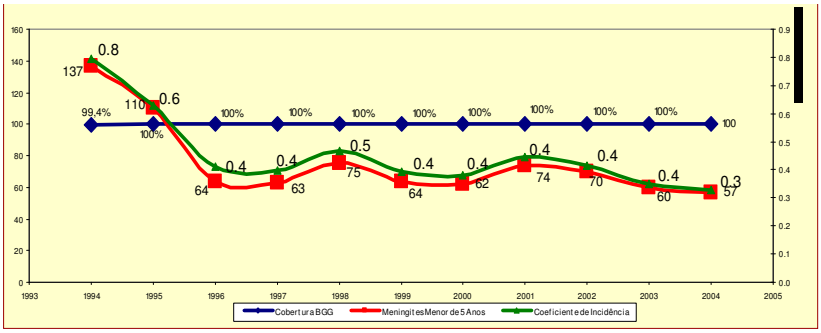
Casos de TB com HIV+ Brasil, 2001-2004			Percentual de casos de Aids com TB Brasil, 2001-2004	
Ano	Casos	%	Ano	%
2001	8.080	8,7	2001	15,6
2002	6.552	7,9	2002	12,1
2003	6.870	8,1	2003	9,2
2004	5.941	7,7	2004	6,8

A integração entre as Coordenações do PNCT PNCT e o Programa DST/AIDS tem feito progresso na implementação de ações conjuntas, observando-se que 56,7% de todos os casos de tuberculose diagnosticados em 2005 (49.529 dentre 87,233 casos) foram submetidos a exames de HIV. Desses casos investigados, 7.499 eram positivos, o que representa um índice de soropositividade para o HIV de aproximadamente 15.1% entre os pacientes de tuberculose. Sabe-se que o programa de controle de HIV/AIDS no Brasil constitui um modelo em nível mundial, mas também se sabe que a colaboração entre os programas de controle de tuberculose e HIV precisam ser reforçados, visto que as atividades conjuntas desses dois programas não têm conseguido controlar o impacto da intercorrência.

3 - Tuberculose meníngea

A tuberculose meníngea na população menor de 5 anos de idade não é um problema de saúde pública no Brasil. A tendência da incidência tem sido bastante estável nos últimos anos, e as taxas específicas da meningite TB para esse grupo etário não são altas, o que pode ser atribuído, até certo ponto, aos altos níveis de cobertura (100%) da vacinação com BCG alcançados na população menor de um ano (Gráfico 5).

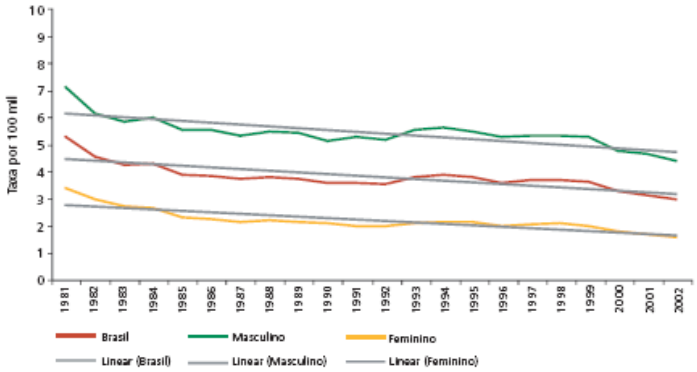
Gráfico 5. Tendência de TB meníngea em crianças < 5 anos e cobertura de BCG – Brasil, 1994-2004



4 –Mortalidade

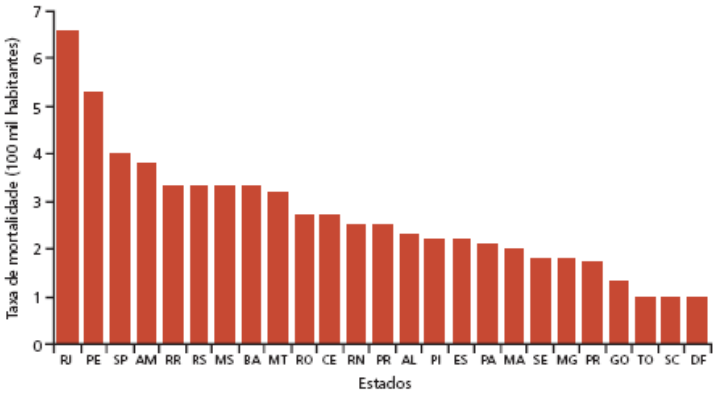
Ao observar uma série histórica de 20 anos, constata-se que a tendência da mortalidade por tuberculose apresenta uma curva descendente (Gráfico 6). A taxa de mortalidade de 5,5 casos por 100.000 habitantes em 1982 diminuiu até alcançar 3,2 casos por 100.000 habitantes em 2002, o que representa uma redução da mortalidade de quase 42% nos últimos 20 anos**.** O declínio pode ser explicado por melhor atenção ao doente, pelo uso de regimes medicamentosos adequados e, é evidente, por uma melhora nas condições de vida da população brasileira.

Gráfico 6. Taxa de mortalidade de tuberculose por sexo. Brasil, 1981-2002



Mesmo assim, cerca de 6.000 óbitos são notificados todo ano, sendo os estados com as maiores taxas de mortalidade o Rio de Janeiro (6,5), Pernambuco (5,2), São Paulo (4,0), e Amazonas (3,8). Com uma taxa média de letalidade de 7,8%, Pernambuco é o estado mais afetado (Gráfico 7).

Gráfico 7. Taxa de mortalidade de tuberculose por UF. Brasil, 2003



Em geral, a origem das altas taxas de mortalidade e letalidade por TB está no diagnóstico tardio da doença, que é realizado, em muitos casos, no nível de atenção secundária de saúde, em pacientes já em estágios avançados da doença. A Co-infecção HIV/TB constitui, em si mesma, um dos principais fatores do aumento da mortalidade por TB, especialmente nas populações mais jovens. No Brasil, esse último fator é muito importante, principalmente nas grandes cidades, onde ambas as infecções registram altas taxas de prevalência e incidência. É

indispensável destacar que o uso de anti-retrovirais e a quimioprofilaxia com isoniazida (INH) estão tendo um impacto positivo considerável na diminuição da mortalidade por TB, conforme registrado nos últimos anos.

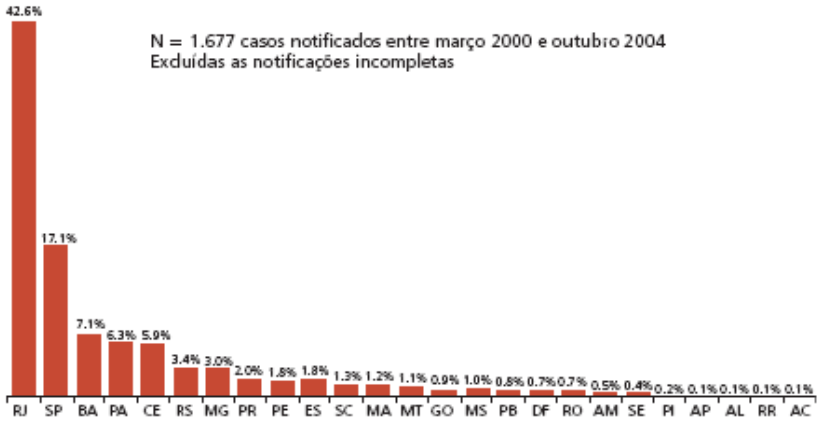
5 - TB multiresistente (TB-MR)

A TB multiresistente (MR), não constitui um problema importante para o país (Gráfico 8), tendo sido registrada uma prevalência de 1.677 casos em todo o país, no período 2000-2003. Río de Janeiro apresenta a situação mais grave dentre os estados, pois concentra 42,6% dos casos notificados em nível nacional, seguido em importância pelos estados de São Paulo e Bahia. Deste total, 97% (1.629) são casos notificados de resistência adquirida e 3% de resistência primária (48 casos).

No período 1994-1996, o Centro de Referência para TB "Professor Helio Fraga" (CRPHF) realizou um estudo de TB-MR em escala nacional para conhecer os níveis de resistência aos medicamentos antituberculose. Os resultados desse estudo permitiram determinar a magnitude do problema no Brasil, indicando a existência de baixos níveis (1,5%) de resistência primária. Apenas 1.0 % de todos os casos notificados em 2003 foram classificados como TB-MR.

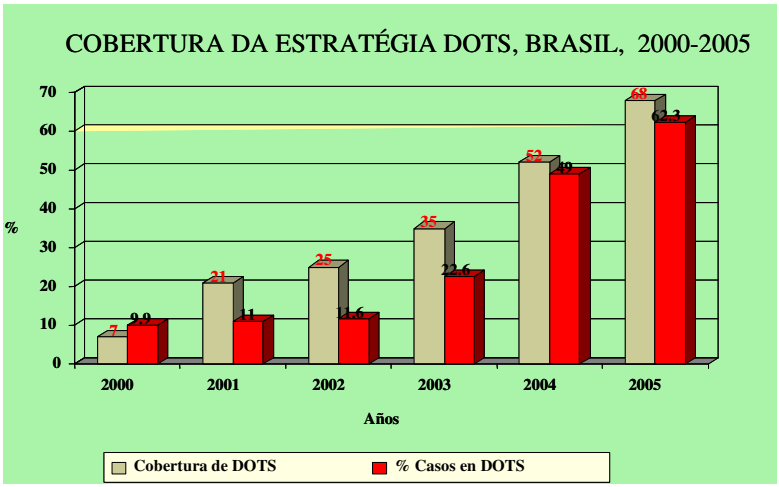
Em 2005, inicio-se um segundo estudo sobre vigilância, com uma amostra representativa de doentes de todo o país, cujo objetivo é conhecer a situação atual da resistência a drogas anti-TB e da MR no Brasil.

Gráfico 8. Distribuição de casos de TB-MR notificados. Brasil 2000-2003



B – SITUAÇÃO OPERACIONAL: COBERTURA DE TS-DOTS 2004 E RESULTADOS DO TRATAMENTO 2003

Embora a implantação da estratégia DOTS tenha sido iniciada em 1997 em áreas piloto nos estados da região Centro-Oeste e no Estado de Tocantins, a cobertura da estratégia DOTS no Brasil tem avançado lentamente, tanto em sua implementação como em sua expansão. Mesmo assim, a cobertura populacional da estratégia DOTS registrou um aumento progressivo, tendo passado de 3% em 1998 para 68% em 2005 (Gráfico 9). Nos 315 municípios prioritários a cobertura de TS-DOTS alcança 78%



Os resultados de tratamento na área piloto da região Centro-Oeste e no Estado de Tocantins mostram diferenças estatisticamente significativas entre as áreas DOTS e não-DOTS (Tabela 2). Dentre 4.803 pacientes (886 sob DOTS e 3.917 sob tratamento auto-administrado), as taxas de cura e de abandono de tratamento dos pacientes DOTS foram de 79% e 2,2%, respectivamente, enquanto que no grupo de tratamento auto-administrado as taxas foram 56% para cura e 11% para abandono do tratamento, evidenciando diferenças e justificando a importância e necessidade de aumentar a cobertura da estratégia DOTS nos 27 municípios prioritários do plano piloto. Quando se considera o êxito de tratamento, o grupo TS-DOTS alcança 90% contra 69% do grupo não-DOTS

Tabela 2. Resultados de um estudo comparativo de casos DOTS e não-DOTS Região Centro-Oeste (Brasil) – 1998-2003 (N = 4.803 novos casos; 886 DOTS e 3.917 não-DOTS)

Condição de Saída	Casos DOTS (%)	Casos Não-DOTS
Curados	79,0	56
tratamento concluído	11	13
Abandono	2.2	11
Óbitos	3,3	4.5
Transferidos	4,4	13,5
Êxito	90	69

Os resultados do tratamento dos doentes de TB constituem um excelente indicador da eficiência do programa de controle em alcançar a cura dos doentes de tuberculose que iniciam o tratamento. É extremamente importante analisar as coortes dos casos BAAR (+), visto que constituem as fontes infectantes responsáveis pela transmissão do bacilo na população. No ano 2004 (Tabela 3), os resultados do tratamento para uma coorte desse tipo de doentes (sem discriminar se houve ou não supervisão), segundo as diferentes categorias de saída, são indicados a seguir.

Tabela 3. Resultados do tratamento de casos de TB pulmonares BAAR (+) Brasil, 2003. (SINAN-MS)

CONDIÇÕES DE SAÍDA	CASOS	%
Total de Novos Casos Bk (+) notificados	45.369	100%
Casos Incluídos na Coorte	38.084	84%
Curados	11.364	29,8
Tratamento concluído	17.926	47,1
Êxito de tratamento	29.290	76,9
Fracasso	162	0,4
Óbitos	2.130	5,6
Abandono de tratamento	3.824	10,0
Transferências não confirmadas	162	7,0

Verifica-se que na primeira coluna estão os casos segundo a categoria de saída do registro e, na segunda, os percentuais dos resultados do tratamento obtidos com base nos casos encerrados (84%). A tabela também mostra dois fatos de grande importância: primeiramente, é preciso alcançar um encerramento superior a 90% dos casos notificados para os percentuais serem confiáveis; em segundo lugar, embora o Brasil alcance e ultrapasse a taxa de detecção de 70% recomendada pela OMS, a taxa de êxito do tratamento, 76.9%, ainda está bem distante da meta de 85%.

Esses resultados de tratamento são diferentes quando se analisam as coortes de casos, comparando-se os doentes tratados segundo a estratégia DOTS e os que não foram tratados conforme essa estratégia, e, para tanto, temos neste ano a possibilidade de avaliar os casos tratados em 2003, comparando os resultados dos casos notificados na estratégia DOTS e dos notificados como não-DOTS, segundo o SINAN(tabela 5).

Embora o êxito do tratamento nos casos DOTS não chegue a 85%, fica evidente que aplicar o tratamento sob supervisão e acompanhamento do doente que resulta em melhor atenção ao paciente, porque a taxa de êxito do tratamento é maior (83,2% nos pacientes DOTS e 75,0% nos não-DOTS) e o abandono do tratamento é menor (7,2% nos pacientes DOTS e 12,6% nos não-DOTS). O percentual de óbitos de pacientes ainda é alto (6%) em ambas as coortes. Na coorte de 2003, segundo dados preliminares e com apenas 84,9% dos casos avaliados, os resultados do tratamento nos novos casos pulmonares positivos tratados em condições DOTS foram os seguintes: 83,2% de êxito; 8,5% de abandono; 6,5% de óbitos; 0,5% de fracasso; e 1% de transferência.Nos casos tratados em condições não-DOTS, os resultados foram de 75% de êxito; 11% de abandono; 5% de óbitos; 0,5% de fracassos; e 9% de transferências.É necessário destacar que a taxa de fracasso do tratamento nos diferentes esquemas terapêuticos, seja DOTS seja não-DOTS, é muito baixa (0,3%).

Tabla 5.Resultado de Tratamiento de Casos Nuevos BK+, BRASIL, 2002-2003

	2002					2003				
	DOTS	%	Ñ DOTS	%	Total	DOTS	%	Ñ DOTS	%	Total
TOTAL DE CASOS						10,647	100.0	34,722	100.0	45,369
CASOS AVALIADOS	4,606		24,246		28,852	9,043	84.9	29,041	83.6	38,084
ÉXITO	3,463	75.2	17,028	70.2	20,491	7,523	83.2	21,767	75.0	29,290
Tratamiento completo	1,343	29.2	13,703	56.5	15,046	3,250	35.9	14,676	50.5	17,926
Curados	2,120	46.0	5,895	24.3	8,015	4,273	47.3	7,091	24.4	11,364
Abandono	357	7.8	3,025	12.5	3,382	769	8.5	3,055	10.5	3,824
Fallecido	284	6.2	1,428	5.9	1,712	588	6.5	1,542	5.3	2,130
Transferencia	486	10.6	2,570	10.6	3,056	121	1.3	2,557	8.8	2,678
Fracaso	16	0.3	61	0.3	77	42	0.5	120	0.4	162

2 – Tuberculose em populações penitenciárias

Segundo dados preliminares sobre essa população no país, coletados em 2004, o estado com maior população carcerária é São Paulo, que concentra 44,8% dos presos do país, seguido pelo Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Pernambuco. O coeficiente médio de incidência por centro penitenciário é de 1.425,3 casos de TB de todas as formas e 761,8 de TB pulmonar BAAR(+) em cada 100.000 habitantes, respectivamente (variação de 301 a 3,142.6 por 100.000 habitantes). Casos novos BAAR (+) representam 53,4% dos casos. Quanto à prevalência de Co-infecção TB/HIV entre os casos de TB nessa população, constatou-se que em 32,3% dos casos investigados a prevalência de positividade era 22,5%. Dentre os casos de TB em tratamento, 37% seguiram a estratégia DOTS.

Os resultados da coorte de casos tratados são os seguintes: 60,3% de êxito; 7,1% de abandono; 11,6% de transferência sem confirmação; 3,3% de fracasso; e 4,7% de óbitos; além de 13,0% de casos sem informação no final do tratamento.

UF	Incidência nas UF todas as formas*	Incidência nas penitenciárias todas as formas**	Incidência nas UF BK (+)*	Incidência nas penitenciárias BK (+)**
AC	48,8	0,0	30,3	0,0
AM	69,7	1181,1	33,8	944,9
PA	50,9	940,3	33,5	470,1
AP	42,5	595,2	29,3	148,8
TO	19,2	0,0	13,2	0,0
MA	40,0	1445,8	19,3	963,9
CE	47,3	287,8	28,2	205,5
PB	39,3	1168,6	20,2	946,0
MG	27,6	3004,8	14,8	510,8
ES	40,2	1340,6	25,3	1241,3
RJ	62,6	3142,6	29,8	1448,1
PR	28,0	881,1	14,3	440,5
SC	27,2	626,9	12,9	429,5
MT	35,2	1589,7	17,6	1076,9
MS	42,0	1165,3	20,7	965,0
GO	17,0	411,0	9,6	365,3
DF	22,6	301,3	9,4	301,3
Total informado	**42,5**	**1425,3**	**22,4**	**761,8**

Fontes: *Sinan; **Coordenações Estaduais do PCT

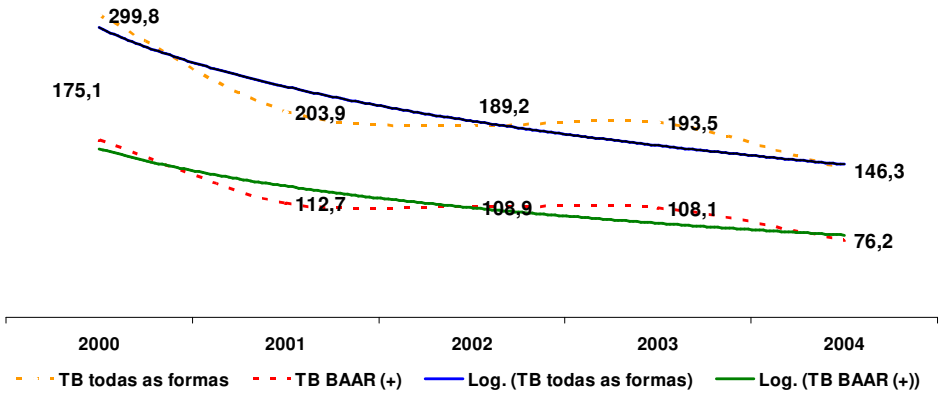
3 – Tuberculose em populações indígenas

A população indígena no país é estimada em 440.000 pessoas (0,2% da população total), agrupadas em 210 etnias, que falam aproximadamente 70 dialetos diferentes e ocupa cerca de 12% do território nacional. Existe uma organização para fornecer serviços de saúde às comunidades indígenas. Essa organização é constituída por postos de saúde satélites, agrupados em torno de uma unidade base, vinculada, por sua vez, a uma unidade de saúde de referência.
No período 2000-2004, foram notificados 2.290 casos de TB na população indígena, 52% dos quais eram pulmonares positivos. Um importante percentual (22%) dos casos diagnosticados é de menores de 15 anos, o que significa uma transmissão ativa do bacilo na população indígena.

A incidência da tuberculose nessas populações é elevada e, algumas vezes, os percentuais são dez vezes superiores aos encontrados na população brasileira em geral. Os Estados com os maiores coeficientes de incidência de TB BAAR(+) na população indígena são: Rio de Janeiro (747 em cada 100.000 habitantes), Tocantins (236 em cada 100.000 habitantes) e Rondônia (155 em cada 100,000 habitantes).

Observe-se que a incidência notificada diminuiu de 2000 a 2004 (Gráfico 9), devido a importantes intervenções de controle de TB desenvolvidas nessa população.

Gráfico 9.Tendência temporal da incidência de TB na população indígena, Brasil, 2000-2004



Os resultados de tratamento no período 1998-2000 mostraram uma taxa de cura que variou de 78 a 82%, uma taxa de abandono entre 6 e 10% e uma proporção de transferidos que não excedeu 7% da coorte.

Pode-se afirmar que houve avanço no controle da TB entre as populações indígenas no Brasil e que alguns fatores foram determinantes, por exemplo: a organização dos serviços em pequenas comunidades, a educação e a capacitação dos próprios indígenas, a vontade política e a descentralização da supervisão do tratamento.

Os principais obstáculos foram a dificuldade de acesso, as barreiras culturais e lingüísticas, a medicina tradicional, o nomadismo e o tipo de habitação.

O controle da TB nesse grupo populacional representa uma prioridade para o Brasil, sendo necessário enfrentar certos desafios para obter melhores resultados:

- Integrar o sistema de informações para monitorar as intervenções;
- Reforçar a procura ativa e permanente de casos respiratórios sintomáticos;
- Aplicar quimioprofilaxia;
- Capacitar equipes multidisciplinares para trabalhar com essa população; e
- Organizar reuniões de avaliação específica sobre as populações indígenas.

4 - Rede de Laboratórios, Brasil

No PNCT, os laboratórios são de importância fundamental para o controle da doença. Em 2004, o PNT fez progresso considerável na capacitação de recursos humanos e melhoria da rede, incluindo o controle da qualidade.

A rede de laboratórios do Ministério da Saúde (Figura 2) é constituída por cerca de 4.000 laboratórios que realizam baciloscopia, com uma cobertura nacional estimada em 66% da população geral. Desses laboratórios, 27 (um em cada unidade da federação: 26 nos estados e 1 no Distrito Federal) realizam baciloscopias, culturas e testes de sensibilidade, capacitação

de recursos humanos, controle de qualidade da baciloscopia e supervisão das atividades de laboratório de sua área de abrangência.

Existe também um Laboratório Nacional de Referência, localizado no Centro de Referência Professor Helio Fraga, que realiza atividades de maior complexidade, assim como cursos e pesquisa.

Secretaria de Vigilância em Saúde

Figura 2.ORGANIZACION DE LA REDE LABORATORIO, BRASIL, 2004

As ações básicas da rede são as seguintes:

1. Descentralizar, por intermedio dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACEN), o diagnóstico da TB para os laboratórios públicos e privados localizados nas capitais e municípios prioritários;
2. Estender a realização da baciloscopia à rede de serviços de saúde dos municípios prioritários.
3. Implementar a execução de culturas e do teste de sensibilidade em todos os LACEN.
4. Implementar um Sistema de Informações de Laboratório para Tuberculose (SILTB) nos LACEN e nos Laboratórios dos municípios prioritários.
5. Implementar um programa de controle de qualidade dos exames bacteriológicos na rede de laboratórios.

Na Tabela 7 são apresentados as principais atividades e os indicadores desenvolvidos pela rede nacional de laboratórios em 2002 – 2004.

Tabela 7. Atividades realizadas no período 2002-2003

Nº total de baciloscopias diagnósticas realizadas	852,798	947,370	971,239
Nº Baciloscopias diagnósticas medio por SR	1.5	1.5	1.5
Nº total de casos de TB notificados	97,875	91,181	87,606
Nº total de casos deTB novos notificados	81,034	84,091	80,960
Nº e % de TB Pulmonares novos do total de casos	69,225	71,881	69,172
	85.4%	85.5%	85.4%
Do total dos casos de TBP novos:			
• % diagnosticada por baciloscopia	62.6%	62.7%	62.1%
• % diagnosticada por cultivo	1.8%	1.9%	2.2%
• % diagnosticada por clínica, hist. e/ou Rx	30.5%	32.9%	33.2%
• % de diagnosticada sem especificação	2.9%	2.4%	2.5%
Nº e % TB Extrapulmonar novos do total casos	11,808	12,210	11,788
	14.6%	14.5%	14.6%
Nº e % TBP (+) recaídas do total casos	4,010	3,903	3,695
	4.1%	4.3%	4.2%
TBP(+) novos esperados	67,037	67,898	70,751
TBP(+) novos notificados	43,337	45,087	42,972
% TBP (+) novos notificados dos esperados	64.6%	66.4%	60.7%

III. **FUNDAMENTAÇÃO DO PLANO**

A tuberculose ainda é um sério problema da saúde pública reconhecido pelo governo brasileiro. Portanto, em razão de propósitos de suas políticas públicas, assumiu compromissos com seus cidadãos e com a comunidade internacional de controlar sua evolução, procurando reduzir sua prevalência na população.

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) está integrado na rede de Serviços de Saúde. É desenvolvido por intermédio de um programa unificado, executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Está subordinado a uma política de programação das suas ações com padrões técnicos e assistenciais bem definidos, garantindo desde a distribuição gratuita de medicamentos e outros insumos necessários até ações preventivas e de controle do agravo. Isto permite o acesso universal da população às suas ações.

A criação da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) na atual estrutura do Ministério da Saúde (MS) vem reestruturar o combate à tuberculose uma vez que une todas as ações de vigilância, controle e prevenção, possibilitando a integração entre os vários programas.

Verifica-se a necessidade de consolidar a atuação dos Estados e Municípios para o combate à tuberculose sob as diretrizes nacionais, reforçando as atividades de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação nas três esferas, para pronta correção dos desvios que possam ser detectados. Em coerência e conforme estudos que analisam o uso de materiais e estratégias de comunicação e educação em saúde, impõe-se a descentralização de sua produção, a fim de que a diversidade cultural e técnico-comunicacional sejam respeitadas e, conseqüentemente, tais ações sejam eficazes.

Desde o lançamento em 1996 do Plano Emergencial Para o Controle da Tuberculose, o Ministério da Saúde recomenda a implantação do *tratamento supervisionado**, formalmente oficializado em 1999 por intermédio do PNCT. Até então, houveram dificuldades no processo de descentralização do Programa de Controle da Tuberculose, para os municípios brasileiros, bem como a atenção aos pacientes, em muitos lugares continuou ocorrendo em ambulatórios especializados, sem expansão para a Rede Básica. Esta *estr*atégia continua sendo uma das prioridades para que o PNCT atinja a meta de curar 85% dos doentes, diminuindo a taxa de abandono, evitando o surgimento de bacilos resistentes e possibilitando um efetivo controle da tuberculose no país.

Além da adoção da *estratégia do tratamento supervisionado*, o PNCT brasileiro reconhece a importância de *horizontalizar* o combate a TB, estendendo-o para todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, visa a integração do controle da TB com a atenção básica, incluindo o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) para garantir a efetiva ampliação do acesso ao diagnóstico e ao tratamento. Além disto, o PNCT enfatiza a necessidade do envolvimento de organizações não governamentais (ONGs) e de parcerias com organismos nacionais (Universidades, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia) e internacionais de combate à TB: Coalizão Global de TB (Stop TB); União Internacional Contra a Tuberculose e Enfermidades Respiratórias (UICTER); Agencia Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID);Organização Mundial de Saúde (OMS); Organização Pan Americana de Saúde (OPS) , entre outras**.** Por intermédio destas colaborações e parcerias, o PNCT visa o sinergismo e multiplicação do impacto de suas ações de prevenção e controle da TB.

Os desafios atuais para o controle da tuberculose no país são provavelmente maiores que há uma década atrás.
A) Pela falta de equidade no acesso aos serviços de saúde, incremento da pobreza, marginalidade de algumas camadas da população, ocorrência de epidemias e endemias de doenças transmissíveis não TB, que obrigam os governos a reordenar recursos para mitigar tais condições em detrimento de outros agravos como a tuberculose, o que redunda em:

- Inacessibilidade à atenção básica de populações vulneráveis à tuberculose, devido a barreiras econômicas, geográficas e/ou culturais, ou inexistência ou debilidade de infra-estrutura sanitária nos municípios.
- Fraca vontade política frente ao controle da tuberculose em diferentes níveis.
- Insuficiência de financiamento deixando brechas no controle da TB, como hiatos na disponibilidade de insumos e medicamentos, que podem colocar em risco atividades primordiais.
- Crises na distribuição de recursos humanos em virtude da permanente rotatividade, falta de estabilidade e/ou ausência de políticas de recursos humanos.
- Coberturas inferiores a 70% de DOTS/TAES no país
- Redes de laboratório não estruturadas para o controle de qualidade do exame bacteriológico, bem como, não integradas aos PNTs
- Pouca ou nenhuma participação de outros provedores de saúde, tanto do setor público quanto do privado.
- Ausência de participação no controle da TB dos afetados pela enfermidade e da sociedade en geral.

B) A rápida transmissão do HIV, o subseqüente problema da co-infecção TB/HIV e a presença da MR-TB existentes em todos os estados do país.

C) O cumprimento dos compromissos mundiais assumidos por todos os países da Região referente aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (objetivo 6 e meta 8), de diminuir a incidência de TB, detectar 70% dos casos infectantes e curar 85% dos mesmos utilizando estratégia DOTS (OMS 2005) e conseguir a redução à metade da prevalência e mortalidade pela tuberculose em 2015.
D) O cumprimento da Resolução CD46 R.12 do Conselho Diretor com vistas a aprofundar o controle da tuberculose em todos os países do continente para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM).

E) A implementação da nova estratégia da OMS "Alto à Tuberculose" destinada a consolidar o DOTS com qualidade no mundo, a atenção integral da TB associada ao HIV e a MR-TB, o fortalecimento dos sistemas sanitários, a disponibilização ao enfermo e à comunidade de novas ferramentas como vacinas, medicamentos, recursos propedêuticos. Elementos plasmados nas Linhas Estratégicas do Plano Regional.

Tudo isto obriga a elaborar e implementar um plano estratégico a longo prazo que permita enfrentar os desafios, reavaliá-lo continuamente e medir o avanço de sua implementação e impacto até alcançar as metas propostas.

IV. Estratificação dos estados para implementação do Plano Estratégico

Cenário 1 Incidência <media de país e Cobertura DOTS > da media de país	**Cenário 2** Incidência < da media de país e Cobertura DOTS < da media de país	**Cenário 3** Incidência > da media de país e Cobertura DOTS > da media de país	**Cenário 4** Incidência > da media de país e Cobertura DOTS < da media de país
Mato Grosso do Sul Mato Grosso Piauí Espírito Santo Sergipe Roraima Paraíba Minas Gerais Paraná Santa Catarina Tocantins	Amapá São Paulo Acre Rio Grande do Norte Rondônia Goiás Distrito Federal	Para Ceara Maranhão Alagoas	Rio de Janeiro Amazonas Bahia Rio Grande do Sul Pernambuco

* Incidência media de país 42 casos de TB (todas as formas) por 100,000 hab. e cobertura media de DOTS de 68%

V. VISSÃO, MISSÃO, OBJETIVOS, METAS E COMPONENTES DO PLANO

Vissão
Brasileros libres de tuberculosis

Missão
Garantir a os afectados pela tuberculose o dereito a saúde, basejado nos principios de universalidade, integralidade, equidade e con a participación da comunidade.

Objetivos Geral:

- Reduzir a morbidade, mortalidade e transmissão da TB, implementando a Estratégia TS-DOTS

Metas Gerais

1. Todos os estados e municípios notificando mais de 70% dos casos novos BAAR+ e cura de 85% para 2007 em DOTS.
2. Todos os estados e municípios do país revertendo a incidência de TB, diminuindo em 50% a mortalidade e a prevalência em 2015 em relação à de 1990 (metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM)

Objetivos Específicos

1º Objetivo

Assegurar a todo paciente com TB atenção nos serviços de saúde que implementem a estratégia DOTS com qualidade.

Meta

- 100% dos municípios do país implementando a Estratégia DOTS com qualidade em todos os serviços do SUS, nos 315 municípios prioritários em 2007 e em 100% do total de municípios em 2010

2º Objetivo

Diminuir a incidência de TB em portadores de HIV/AIDS e a incidência de HIV em pacientes com TB.

Metas

- 100% dos municípios do país incorporando um sistema de vigilância epidemiológica TB/HIV de acordo com sua realidade epidemiológica e de forma integrada.

3º Objetivo

Prevenir e controlar a TB-MR no marco da Estratégia DOTS

Metas

- 100% dos estados realizando um manejo integral da TB-MR dentro da Estratégia DOTS em 2010.

4º Objetivo

Garantir o diagnóstico e o controle bacteriológico oportuno e de qualidade, através do fortalecimento das redes de laboratório

Metas

- 100% da rede de laboratórios de TB integrada operacionalmente aos PCTs, cumprindo os parâmetros da OMS em 2010
- 100% dos estados utilizando sistematicamente a cultura como método de rotina no diagnóstico e acompanhamento dos casos, em 2010
- 100% dos estados do país contando com vigilância de TB-MR permanente em todos os casos de retratamento e através de inquérito nacional a cada cinco anos

5º Objetivo

Incorporar a todos os provedores do SUS (governamentais, não governamentais e privados) no controle da tuberculose.

Metas

- 100% dos estados do país envolvendo sistematicamente a todos os provedores de saúde relevantes para o controle da tuberculose.

6º Objetivo

Reduzir o estigma e a discriminação e melhorar o acesso de pacientes com TB aos serviços com cobertura DOTS, com o apoio de estratégias de divulgação (Advocacy), Comunicação e Mobilização social , contando com a participação de pessoas afetadas pela doença.

Metas

- 100% dos estados do país implementando estratégia de divulgação, comunicação e mobilização social em tuberculose em 2010, e incorporação dos Conselhos de Saúde e das associações de pessoas afetadas pela enfermidade nas atividades de controle.

7º Objetivo

Fortalecer a gestão do PNCT a través de estratégias de desenvolvimento de recursos humanos como parte integrante dos planos estaduais dos PCTs .

Metas

- 100% dos estados contando com programas de desenvolvimento de recursos humanos em tuberculose em 2010

8º Objetivo

Desenvolver e/ou fortalecer a capacidade de investigação dos PCTs

Metas

- 100% dos estados do país desenvolvendo sistematicamente investigações operacionais, epidemiológicas e/ou clínicas dentro das atividades rotineiras dos PCTs.

Componentes do Plano

Para alcançar seus objetivos e metas, especificadas, o PNCT desenvolve ações voltadas para atender os seguintes componentes:

Componente 1

Expansão e/ou fortalecimento da estratégia DOTS/TS com qualidade

A implementação e posterior expansão da estratégia DOTS é o primeiro passo que um estado debe dar no controle da tuberculose

A estratégia DOTS é composta de cinco elementos, que devem ser trabalhados com ênfase igual:

1 Compromisso governamental que se reflete em um planejamento a longo prazo, com recursos humanos adequados e incremento adequado de recursos financieros necesarios para alcançar as metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milenio.

2 Detecçaõ de casos a través dos exames bacteriológicos (baciloscopia escaro como primeira opção, cultura e teste de sensibilidade e tipificação quando necesario), fortalecendo as redes de laboratorio com controle de qualidade para facilitar a detecção dos casos.

3 Manejo adequado dos casos com tratamentos padronizados, supervisão da tomada dos medicamentos a fim de reducir o risco de resistencia adquirida e apoiar o paciente para garantir a adherencia ao tratamento e aumentar as taxas de cura.

4 Contar com um sistema efetivo e regular de distribuição de fármacos de qualidade, incluindo a melhoria da capacidade de gestão de medicamentos, oferecendo tratamento gratuito para os doentes.

5 Sistema de informação eficiente que permita o monitoramento, supervisão e avaliação do programa que inclua a avaliação do tratamento por coortes e a mensuração de impacto.

A realidade epidemiológica e operacional heterogênea dos estados e municípios, exige aplicação de atividades diferenciadas para a expansão, consolidação e/ou fortalecimento do DOTS como primeiro passo para chegar a estratégias de eliminação como passo seguinte.

Estratégias e atividades de acordo com a estratificação dos estados e municípios

As ações destinadas a implementar, expandir, e/ou fortalecer a estratpegia DOTS, têm relação direta com o grau de cobertura DOTS e com a situação epidemiológica do estado, para o que foram os estados estratificados em quatro cenários.

Estratégias e atividades:

- Obter e/ou manter o compromisso político permanente em diferentes níveis através de atividades de advocacy com participação dos diferentes setores da sociedade civil.
- Incorporar a atividade de controle a parceiros técnicos, financeiros e sociais através da formação de "Foro Alto à TB/STOP TB" com representação de parceiros que historicamente trabalham com TB e incorporação de novas parcerias como sociedades científicas – *médicos especialistas*-, associações de profissionais de saúde, organizações comunitárias, associações de doentes e ex-doentes, instituições privadas com vocação de serviços, para a aplicação de um DOTS de qualidade e sustentável a longo prazo
- Fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica da TB e monitorar a tendência da doença para recomendar, executar e avaliar as atividades de controle.
- Impulsionar, apoiar técnicamente e avaliar convênios fronteiriços, binacionais ou multinacionais de cooperação entre estados, municipios e/ou países para o manejo da TB.
- Elaborar e implementar projetos para obter maior fluxo de recursos econômicos

Estratificação dos estados segundo a incidência de TB e cobertura DOTS. Brasil 2005

Cenário 1 Incidência <media de país e Cobertura DOTS > da media de país	**Cenário 2** Incidência < da media de país e Cobertura DOTS < da media de país	**Cenário 3** Incidência > da media de país e Cobertura DOTS > da media de país	**Cenário 4** Incidência > da media de país e Cobertura DOTS < da media de país
Mato Grosso do Sul Mato Grosso Piauí Espírito Santo Sergipe Roraima Paraíba Minas Gerais Paraná Santa Catarina Tocantins	Amapá São Paulo Acre Rio Grande do Norte Rondônia Goiás Distrito Federal	Para Ceara Maranhão Alagoas	Rio de Janeiro Amazonas Bahia Rio Grande do Sul Pernambuco

* Incidência media de país 42 casos de TB (todas as formas) por 100,000 hab. e cobertura media de DOTS de 68%

Cenario 1: Estados com Incidência <media de país e Cobertura DOTS > da media de país

As estratégias e principias atividades dos estados deste grupo deverão enfocar-se em:

1 Elaborar planos de ação estruturados para o controle da tuberculose como problema de saúde pública, levando em consideração:

a) Contar com compromisso político, mobilização social e de parcerias em torno desta iniciativa
b) Focalizar e aprofundar ações em populações vulneráveis
c) Estratificar geopolíticamente a carga de enfermidade e elaborar estratégias de intervenção específicas por estrato.
d) Implementar a iniciativa PPM e PAL
e) Realizar investigações operacionais para validar estratégias de intervenção, parâmetros de programação e indicadores de avaliação

Cenario 2: <u>Estados de Incidência < da media de país e Cobertura DOTS < da media de país</u>

As estratégias e principias atividades deverão enfocar-se em:

1 Elaborar planos estratégicos estaduais a longo prazo destinados a alcançar os ODM e que contemplem:

1 Consolidar e melhorar a qualidade da estratégia DOTS:

- Supervisionar, monitorar e avaliar a aplicação da estratégia DOTS.
- Aprofundar medidas de controle em populações de risco (indígenas, privados de liberdade, bolsões de miséria, favelas e moradores de rua)

Cenario 3: Estados com Incidência > da media de país e Cobertura DOTS > da media de país**:**

As estratégias e atividades deverão enfocar-se em:

1. Elaborar planos estratégicos estaduais a longo prazo destinados a alcançar os ODM

2. Elaborar estratégias de sustentação e consolidação da estratégia DOTS:
   - Manter a supervisão permanente, monitoramento e avaliação periódicos.
   - Aprofundar ações em populações de alto risco (indígenas, privados de liberdade, bolsões de miséria, favelas e moradores de rua)
   - E incorporar a comunidade para melhorar o acesso e a adesão ao tratamento de populações desassistidas.

Cenario 4: Estados de Incidência > da media de país e Cobertura DOTS < da media de país

As estratégias e principias atividades deverão enfocar-se em:

1. Elaborar e implementar planos de expansão da estratégia DOTS a curto prazo e de acordo com o estado ou município (capacidade instalada, distribuição geopolítica do estado, recursos econômicos, etc):
   - Incrementar atividades de capacitação, supervisão, monitoramento e avaliação
   - Incorporar a médicos especialistas en actividades de los Programas y crear redes de profesionales como la de enfermería.
   - Incorporar os médicos especialistas às atividades dos Programas e criar redes de profissionais de saúde.
2. Elaborar planos estratégicos estaduais e municipais a longo prazo destinados a sustentar e consolidar a estratégia DOTS e alcançar os ODM.

Componente 2

Implementação e/ou fortalecimento de atividades de colaboração entre os Programas de Tuberculose e HIV/AIDS, atividades de prevenção e controle da TB-MR e estratégias comunitárias para populações desassistidas (DOTS comunitário) em todos os estados do país.

Implementação e/ou fortalecimento de:

- Atividades de colaboração interprogramáticas TB e HIV/AIDS
- Atividades de prevenção e controle de TB-MR
- Estratégias comunitárias para populações desassistidas – indígenas, privados de liberdade, bolsões de miséria e moradores de rua.

2.1 Atividades de colaboração entre os Programas de Tuberculose e HIV/AIDS

A tendencia crescente da epidemia HIV significa um grande desafio para os PNTs, que vem incrementar a infecção com HIV nos casos de TB e a aparição de novos casos de TB nos infectados pelo HIV, comprometendo o desempenho do Sistema de Saúde e a eficiência dos PNTs devido ao aumento da incidência de TB, a letalidade, abandonos de tratamento e desafios para o tratamento integral de ambas enfermidades.

A situação descrita cria a necessidade de efetuar ações conjuntas de colaboração entre os PNTs e os PNDST/AIDS, dentro do marco de políticas da OMS, destinadas a:

- *Establecer mecanismos de colaboração*, de conformidade com a organização das equipes de coordenação dos programas em diferentes níveis, para a implementação ou fortalecimento de um sistema de vigilância epidemiológica da co-infecção entre pacientes de TB, elaboração e execução

de planos conjuntos de atividades TB/HIV que incluam atividades de monitoramento e avaliação conjuntas.

- *Diminuir a carga de TB em pessoas com HIV ,* através da busca ativa de casos de TB, tratamento e introdução de tratamento preventivo dos HIV+, e ações de controle da infecção em populações concentradas com alto risco de contrair as infecções, como a População Privada de Liberdade.
- *Diminuir a carga de HIV em enfermos com TB,* a través da oferta a todo enfermo de TB do teste para HIV e métodos de prevenção da infecção pelo HIV; garantir acesso à terapia antiretroviral, terapia preventiva com co-trimoxazole, cuidado e suporte psicológico a longo prazo aos doentes de TB infectados com HIV (seguimento de guias sobre atenção integral de co-infectados TB/HIV).

A heterogeneidade da epidemia de HIV entre os estados do país obriga a agrupar as intervenções de acordo com o estado da epidemia de HIV e a carga de TB, para identificar ações imediatas e a médio prazo, adequadas aos diferentes cenários epidemiológicos. Tabela abaixo.

Clasificación de los estados de acuerdo a tipo de epidemia VIH*. Brasil, 2004

Epidemia VIH generalizada		**Epidemia VIH concentrada**	
Incidência >42 / 100 mil hab	Incidência <42 / 100 mil hab	Incidência >42 / 100 mil hab	Incidência <42 / 100 mil hab

*Epidemia HIV generalizada: Prevalencia de HIV >1% nas mujeres gravidas; Epidemia HIV concentrada: Prevalencia >5% pelo menos em sub-população definida e <1% nas mujeres gravidas e Epidemia Incipiente, Prevalencia <5% en cualquier sub-população.

Estratégias e atividades de acordo com o tipo de epidemia HIV

1. Epidemia HIV geralizada

As estratégias e atividades que se deverão desenvolver em ambos os grupos incluem:

- Estabelecer mecanismos de colaboração interprogramática, com o objetivo de:
  - Conformar grupos de trábalho e comitês de "experts" no manejo de TB/HIV
  - Revisar e/ou atualizar normas técnicas dos PNTs, incluindo o manejo da co-infecção TB/HIV
  - Establecer y/o fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica mediante la recolección de datos de la atención rutinaria al enfermo TB (consejería y test voluntario para infección VIH a todo caso de TB).
  - Estabelecer e/ou fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica mediante a coleta de dados da atenção ao doente de TB (aconselhamento e teste voluntário para a infecção HIV a todo caso de TB)
- Diminuir a carga de TB em paciente HIV+
  - Intensificar a identificação da casos de tuberculose entre as PVVS
  - Introducir o tratamento preventivo com isoniazida
- Diminuir a carga de HIV em paciente TB
  - Proporcionar aconselhamento e teste HIV para pacientes de TB.
  - Promover a prevenção do HIV entre os paciente de TB
  - Introducir a prevenção de infecções oportunistas em co-infectados
  - Asegurar a atenção integral das PVVS

- Fortalecer a terapia antiretroviral.
- Realizar ações de "*advocacy*" em altos níveis políticos com a participação do Comitê País para priorizar o controle da TB/HIV.

2 Epidemia HIV concentrada e incipiente:

As recomendações globais que estes estados deveriam desenvolver incluem:

- Estabelecer mecanismos de colaboração programática:
  - Conformar grupos de trábalo e comitês de "experts" no manejo TB/HIV
  - Revisar e/ou atualizar normas técnicas dos PNTs, incluindo o manejo da co-infecção TB/HIV.
  - Diminuir a carga de TB em PVVS com ações específicas dirigidas aos grupos de risco (HSH, usuários de drogas, profissionais do sexo e populações aglomeradas) e naquelas áreas com percentagens superiores à média nacional de prevalência em gestantes
- Estabelecer e/ou fortalecer o sistema de vigilância epidemiológica com base em:
  - Na recoleção de dados dentro da atenção rotineira ao doente de TB (aconselhamento e teste HIV voluntário para infecção HIV a todo paciente TB)
- Fortalecer a capacidade das redes de laboratórios em técnicas diagnósticas e de tipificação de cepas de micobactérias

O restante das atividades dirigidas a diminuir a carga de TB em pacientes HIV+ e a diminuir a carga de HIV em pacientes TB, serão as mesmas que em estados com epidemia HIV generalizada.

2.2. Implementação e/ou fortalecimento de atividades de prevenção e controle da TB-MR em todos os estados do país, com ênfase nos estados com altas percentagens de TB-MR

A TB multirresistente não constitui um problema importante para o país, mas existem estados que apresentam uma situação mais grave dentre os demais, como o Rio de Janeiro, que concentra 42,6% dos casos notificados em nível nacional, seguido em importância pelos estados de São Paulo e Bahia, o que torna necessário agrupar os estados segundo a prevalência de TB-MR, para definir as medidas de intervenção.

Agrupamento de estados segundo a prevalência de TB-MR primária (inicial). Brasil 2004

MDR-TB ≥ 3 %	MDR-TB entre 1% e 3 %	MDR-TB < 1%

O Programa Nacional de Tuberculose, através do Centro de Referência Professor Hélio Fraga,vem impulsionando a implementação do manejo integral dos casos TB-MR nos estados, recomendado a aplicação das seguintes estratégias e ou atividades de país:

1. Fortalecer a estratégia DOTS
2. Elaborar, implementar, expandir projetos de manejo da TB-MR em áreas onde se esta implementando DOTS com bons resultados.
3. Identificar e corrigir as causas de multirresistência às drogas nos estados:
   - Garantir a qualidade dos medicamentos
   - Fortalecer os laboratorios e os procedimentos de controle de qualidade dos medicamentos
   - Promover mecanismos que limitem a venda indiscriminada de medicamentos de primeira e segunda linha.
4. Fortalecer o sistema de vigilância da TB-MR:
   - Monitorar sistematicamente a resistência aos fármacos em todos os casos de retratamento
   - Realizar estudos nacionais de resistência priméria e secundária para avaliar o comportamento da TB-MR

Atividades diferenciadas de acordo com a classificação TB-MR primária

- Estados com TB-MR primária < 1%: adequar e/ou ajustar medidas de controle de acordo com o guias de manejo da TB-MR
- Estados com TB-MR primária entre 1-3%, implementar a realização de teste de sensibilidade a todos os casos previamente tratados submetidos a retratamento.
- Estados com TB-MR primária ≥ 3% implementar a realização de teste de sensibilidade a todos os casos previamente tratados submetidos a retratamento e a todos os casos novos BK+ que tenham baciloscopia positiva no segundo mês de tratamento Recomenda-se em casos de TB-MR primária realizar estudos pontuais de resistência às drogas de segunda linha.

Atividades do Programa Nacional

- Mediar junto às autoridades de saúde dos estados para apoiar o manejo da TB-MR dentro do DOTS
- Fortalecer o Comitê de "experts" de país para o controle da TB-MR para dar asistência técnica a os estados do país na preparação de projetos TB-MR sua implementação, monitoramento e expansão dentro da estratégia DOTS
- Criar o Fortalecer um Comitê estadual de "experts" para o controle da TB-MR para dar assitência técnica aos municipios
- Formar especialistas estaduais no manejo da TB-MR integrada à estratégia DOTS.
- Facilitar a incorporação do tratamento de TB-MR em todo o país com o DOTS. Para tal propósito, enfatiza-se a importância de cumprir os requisitos descritos nos modelos internacionais e recomendações do Comitê Luz Verde - CLV.
- Proporcionar, a través do LRN e LACEN transferencia técnica e apoio logístico para o diagnóstico e controle oportuno e confiável dos pacientes TB-MR
- Asesorar a implementação ou fortalecimento de sistemas de vigilância da TB-MR
- Asesorar, facilitar e canalizar a compra de medicamentos de segunda linha com controle de qualidade
- Facilitar a execução de cursos sobre TB-MR para as equipes estaduais e municipais com ênfase nas guias de manejo de TB-MR nos estados que implementem projetos e iniciativas de TB-MR e estimular sua utilização em âmbito nacional.

2.3. Implementação e/ou fortalecimento da estratégias comunitárias para populações desassistidas (controle da TB baseado na comunidade: DOTS comunitário)

O Programa Nacional promove a equidade e as políticas em favor de populações desassistidas e pobres, baseadas em atividades de prevenção e controle da TB (estratégia DOTS) e abordagens específicas para suprir as deficiências de diagnóstico e tratamento que afetam estas populações e a incorporação da comunidade em atividades de prevenção e controle. Medidas que contribuirão para diminuir a prevalência de TB entre os pobres e a pobreza entre os estados.

O país adere a iniciativas regionais e às recomendações da OMS para a abordagem da TB em populações pobres e apoiará os estados e municípios em sua implementação seguindo os passos a saber:

Passo 1 – Identificar os grupos pobres e vulneráveis
Passo 2 – Determinar as barreiras que impedem o acesso dos grupos vulneráveis aos serviços que oferecem diagnóstico e tratamento de TB
Passo 3 – Identificar e priorizar as ações ou intervenções frente às barreiras
Passo 4 – Revisar as situações e grupos de problemas que requerem atenção especial.
Passo 5 – Realizar parcerias para obter recursos adicionais.
Passo 6 – Avaliar o impacto de medidas em favor dos pobres.

Atividades em nível de Estado

Em todos os estados do país existem bolsões populacionais pobres e desprovidos de assistência, onde a incidência de TB é muito superior às taxas nacionais. Portanto, nas etapas de consolidação e manutenção da estratégia DOTS, os estados deverão implementar medidas específicas destinadas a estas parcelas da população.

Atividades em nível de país

- Asesorar na elaboração de planos de intervenção coerentes com os seis passos enumerados.
- Incentivar os estados e PCTs para que se comprometam em adotar e desenvolver políticas e estratégias orientadas para enfrentar o problema que representam estes grupos populacionais
- Propiciar encontros regionais com especialistas dos estados para o intercâmbio de experiências, definir critérios para priorizar populações e linhas de intervenção, com ênfase em populações carcerárias, indígenas e população marginalizada das grandes cidades.
- Contribuir para o desenvolvimento de materiais para a capacitação, informação e orientação (guias)
- Propiciar alianças estratégicas para a mobilização de recursos e estabelecer colaboração com Serviços de Saúde

Componente 3

Fortalecimento do Sistema Único de Saúde enfatizando a atenção primária, a abordagem integral de enfermidades respiratórias (iniciativa PAL), a rede de laboratórios e o desenvolvimento de políticas de recursos humanos em tuberculose (objetivos 4 e 7)

3.1. Fortalecimento da rede de laboratórios e da vigilância à droga-resistência nos estados e municípios.

O desenvolvimento da rede de laboratórios de bacteriologia da tuberculose nos estados e municípios deve seguir paralelo ao desenvolvimento de outros componentes da estratégia DOTS. A infre estrutura e distribuição de equipes deve estar de acordo com as necessidades, renovar-se e atualizar-se de acordo com as recomendações de biossegurança e necessidades tecnológicas; ademais, a rede deve

fortalecer sua capacidade de oferecer a cultura com um rendimento satisfatório e qualidade técnica plena.Contará com pessoal suficiente e capacitado para garantir a permanente qualidade e oportunidade do trabalho

Com a finalidade de que a rede de laboratórios possa dar resposta oportuna e de qualidade ao Programa Nacional de Controle da TB e otimizar seu trabalho, cinco áreas serão impulsionadas:

1 – **Desenvolvimento da rede de laboratórios:** para assessorar os LACEN com oportunidade e qualidade, cosolidar-se-á a Rede Nacional, através do Laboratório de Referência Nacional (CRPHF) e Centros Colaboradores (CeCol) que prestam assistência técnica em TB, promovendo sua integração ao PNT.

2 – **Desenvolvimento de Recursos Humanos**: atividade integrada ao PNCT. Apoio às políticas de gestão de recursos humanos em tuberculose e disseminação do conhecimento

3 **- Fortalecimento da área técnica.** Apoio para otimizar a cobertura e o rendimento das técnicas básicas em uso, com garantia de qualidade e biossegurança e incorporar novas tecnologias de acordo com a realidade epidemiológica e recursos de cada estado.

4.- Vigilância da Resistência a medicamentos anti-tuberculose: apoiar os laboratórios na implementação de estratégias e iniciativas para melhorar a cobertura, qualidade e oportunidade dos resultados periódicos de la vigilância à fármacos anti-tuberculose de primeira linha e introduzir, em laboratórios selecionados, estudos que avaliem o comportamento de la resistência às drogas de segunda linha.
5.- Investigação: Será estimulada a investigação técnica e operativa para a contribuição ao desenvolvimento das estratégias relacionadas à bacteriología da TB mais adequadas para o controle da tuberculose no país.

Toda Rede de laboratório deverá realizar as seguintes atividades com assessoria do PNCT, CGLAB e CRPHF:

Atividades gerais

- Coordenar a Rede Nacional de Laboratórios
- Assegurar fluxo eficiente de informações entre o PNT, a Rede de laboratório e o LRN
- Realizar anualmente o diagnóstico situacional.
- Estabelecer metas de eficiencia para os laboratorios estaduais
- Fortalecer as equipes de gestão dos PNCT promovendo a participação ativa dos responsáveis pela Rede de laboratórios TB.
- Melhorar procedimentos administrativos básicos (tempo desde a solicitação do exame, execução das baciloscopias, provas de sensibilidade às drogas de primeira linha, emissão e utilização dos resultados.
- Fortalecer o controle de qualidade da baciloscopia e da cultura, com fluxos administrativos e operativos rápidos e eficientes que melhorem a oportunidade da retroalimentação de resultados
- Promover o estabelecimento de facilidades estruturais, de equipamentos e de práticas de laboratório que cumpram com as recomendações internacinais de biossegurança.
- Fortalecer as atividades de supervisão, capacitação, controle de qualidade e de gestão global dos laboratórios.
- Incorporar ou manter atualizado nas normas técnicas do PNCT, os capítulos de qualidade e biossegurança.
- Coordenar, juntamente com o PNCT, a formação de recursos humanos harmonizando atividades com centros de treinamento de pessoal de laboratório
- Desenhar programas de capacitação para manter a competência técnica do pessoal de laboratório visando preservar a qualidade (especialmente relevante em estados ou municipios com baixa positividade)

- Incrementar e otimizar o uso da cultura para diagnóstico e avaliação do tratamento (capacitação de pessoal, franquear acesso à cultura ao serviço de atenção primária –transporte)
- Estabelecer um programa de calibragem, manutenção e reparos para equipamentos de laboratório
- Elaborar e executar estudos operacionais, locais ou multicêntricos de interesse para a melhoria dos serviços prestados pelas redes de laboratório.

Atividades diferenciadas por cenários

Cenario 1: Estados com Incidência < da media de país e Cobertura DOTS > da media de país
Cenário 2 – Estados com Incidência < da media de país e Cobertura DOTS < da media de país

- Introducir ou otimizar técnicas rápidas de diagnóstico bacteriológico
- Introducir ou otimizar técnicas rápidas e sensíveis para avaliação da sensibilidade e resistência às drogas de primeira linha.
- Elaborar e promover o uso de um diagrama de fluxo para a aplicação de novas técnicas de diagnóstico e para interpretação de seus resultados.

Cenário 3 – Estados com Incidência > da media de país e Cobertura DOTS > da media de país
Cenário 4 – Estados com Incidência > da media de país e Cobertura DOTS < da media de país

- Implementar cultura e provas de sensibilidade e resistência às drogas de primeira linha
- Introducir e otimizar técnicas rápida de sensibilidade e resistencia às drogas , nos estados com 3% ou mais de TB-MR
- Introducir ou otimizar técnicas rápidas de sensibilidade e resistência às drogas de primeira linha.

Atividades do nível Nacional de Laboratórios

- Manter o laboratorio de TB como prioridade na agenda de trábalho do Programa Nacional.
- Fortalecer a Rede Nacional de Laboratórios
- Asesorar na organização ou reorganização da rede nacional com redefinição de funções e responsabilidade dos diferentes níveis de laboratórios de TB.
- Elaborar modelos técnico-operativos mínimos e de biossegurança para os laboratórios de distintos níveis de complexidade
- Definir normas de controle de qualidade dos diferentes métodos bacteriológicos, facilitar e assessorar sua implementação
- Assessorar no delineamento de estratégias dirigidas a melhorar a gestão administrativa e operativa da Rede
- Estabelecer alianças estratégicas com os parceiros para mobilizar recursos e/ou aproveitar experiências específicas que otimizem a assistência técnica.
- Mantener un programa de entrenamiento y capacitación de recurso humano profesional de laboratorio en TB y en escuelas de formación.
- Manter um programa de treinamento e capacitação dos profissionais de laboratório em TB e em escolas de formação
- Incentivar estudos operacionais que validem técnicas destinadas a um diagnóstico mais eficaz e oportuno dos casos de TB.
- Assessorar na execução de estudos de vigilância da TB-MR e na implementação de uma vigilância permanente da fármaco-resistência nos casos de retratamento.
- Asesorar na transferencia de tecnología dos estados mais avançados aos menos desenvolvidos.
- Monitorar e avaliar o funcionamento das redes de laboratório dos estados.
- Garantir o funcionamento de um sistema de informação laboratorial para nível nacional

3.2 Estratégia PAL (do Inglês "Practical Aproach to Lung Health) ou Abordagem Prática de de Saúde Pulmonar na APS

O PAL é a estratégia desenvolvida para o manejo sindrômico dos pacientes com sintomas respiratórios que consultam nos serviços de saúde de atenção básica das áreas DOTS.
O PAL oferece intervenções estandardizadas para dar resposta adequada e custo-efetiva na Atenção Primária de Saúde (APS), à elevada demanda de consultas por enfermidades respiratórias na população maior de cinco anos. Seu propósito é melhorar a qualidade da atenção de cada paciente respiratório, a eficiência dos serviços de APS no tratamento de enfermidades respiratórias, focalizando a TB, as infecções respiratórias agudas (pneumonias) e enfermidades respiratórias crônicas (asma, DPOC). O PAL, portanto, contribui para incrementar a detecção de casos de TB e para melhorar a qualidade e oportunidade de seu diagnóstico.

Atividades

Cenários 1 e 2: estados de baixa e mediana incidência estimada de TB e com mais de 70% da população coberta por DOTS

- Implementar PAL de acordo com as diretrizes nesta nova iniciativa.

Cenário 3 : Estados de alta incidência com mais de 70% da população coberta por DOTS

- Implementar PAL posterior à aplicação de planos de consolidação da Estratégia DOTS de qualidade

Cenário 4: Estados de alta incidência com cobertura inferior a 70% da população coberta pela Estratégia DOTS

- Implementar PAL depois de culminada exitosamente a expansão do DOTS com qualidade e da elaboração de um plano de manutenção e consolidação do mesmo

Atividades

- Criar um grupo de trabalho no país sobre PAL e apoiar a criação de grupos estaduais e municipais.
- Apoiar os estados em cada um dos passos requeridos para a implementação do PAL
    - Incentivar as autoridades de saúde dos estados e municípios e PCT para comprometer-se politicamente a adotar e desenvolver a estratégia PAL
    - Orientar na avaliação das condições existentes para implementar a estratégia PAL
    - Contribuir na adaptação e desenvolvimento de guias PAL e material para capacitações nos estados do país.
    - Apoio no planejamento e execução de uma pesquisa prévia de base sobre o manejo de doenças respiratórias em áreas piloto e posterior à capacitação (investigação de factibilidade)
    - Contribuir para a capacitação do pessoal técnico na utilização das guias PAL.
    - Apoiar na avaliação do impacto da iniciativa PAL nas áreas piloto e no desenvolvimento do plano de expansão nacional.
    - Assistir aos PCT na mobilização de recursos e na expansão para nível nacional a iniciativa PAL
- Estabelecer articulação com o Plano Nacional para Influenza assim como com a estratégia AIDIPI em seu componente de IRA.
- Organizar e realizar reuniões com os estados aplicando a estratégia PAL para intercêmbio de experiências, resultado de investigações e elaboração de planos municipais de PAL
- Contribuir para o desenvolvimento de guias de manejo e vigilância epidemiológica de enfermidades respiratórias em maiores de cinco anos de forma integrada com o sistema de registro e informação do PNT, e com a coordenação de AIDIPI

3.3. - Apoio às políticas de recursos humanos em tuberculose e a disseminação do conhecimento.

Uma das principias limitações identificadas para na implantação e expansão da Estratégia DOTS em nível mundial, é a carência de recursos humanos qualificados nos diferentes níveis dos PNT.
Análises recentes na Região das Américas sobre o desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública revelam que o desenvolvimento do recurso humano em saúde é uma das funções mais descuidadas em países da Região.

As estratégias de desenvolvimento de recursos humanos devem ser integrais, multidisciplinares, transversais nos sistemas de saúde e de longo prazo. Devem considerar aspectos não somente relacionados com as demandas dos serviços e sistemas de saúde, como também com o direito dos usuários e trabalhadores. A estratégia promoverá a participação ativa de todos os setores diretamente relacionados com a formação de recursos humanos, desde a etapa de formulação de políticas até as etapas de aplicação e avaliação.

Se considerará la formación de recursos humanos para el control de la TB dentro del marco estratégico del Sistema Único de Salud, tomando en cuenta las oportunidades y amenazas representadas por la descentralización del PNT a la Atención Básica.
Considerar-se-á a formação de recursos humanos para o controle da TB dentro do marco estratégico do Sistema Único de Saúde, tomando em conta as oportunidades-facilidades e ameaças-dificuldade representadas pela descentralização do PCT para a atenção básica

Pelo exposto, a estratégia de DDRRHH em tuberculose é assumida como um elemento fundamental para alcançar as metas no controle da doença.

As políticas de gestão e desenvolvimento de recursos humanos em tuberculose considerará vários aspectos (i) o planejamento dos recursos, (ii) a utilização eficiente, (iii) a capacitação do pessoal por níveis (especialistas, médicos clínicos e nível gerencial, nível intermediário dos PCTs , nível básico e a comunidade) e (iv) por tipo de serviço.

Tomamos en cuenta la importancia de otros factores como: (i) la distribución adecuada del recurso humano, (ii) los incentivos laborales, (iii) la estabilidad contractual, (iv) la educación continua y (v) el desarrollo de carrera.
Devem ser levados em conta outros fatores como (i) a distribuição adequada dos recursos humanos, (ii) incentivos laborativo, (iii) a estabilidade contratual, (iv) a educação continuada e (v) o plano de carreira.

Atividades

O DDRRHH, deve estar dirigido a garantir a correta aplicação das normas nacionais que embasam a implementação ou expansão da estratégia DOTS, dando especial ênfase na distribuição, disponibilidade, composição e desempenho dos recursos humanos e deverá considerar os seguintes aspectos:

- Identificar no país as instancias que podem apoiar o PNT na gestão de recursos humanos para o programa.
- Avaliar a situação atual de recursos humanos disponíveis para a implementação da estratégia DOTS levando em consideração número, distribuição, capacidade e motivação.
- Incrementar as atividades de monitoramento, supervisão e avaliação com caráter formativo
- Criar, implementar e fortalecer metodologías que identifiquem deficiência de desempenho relacionadas com a falta de atitudes, e que permitam planificar ações de formação (capacitação formal ou capacitação em serviço)

- Desenvolver ou melhorar planos de capacitação que garantam que os novos profissionais envolvidos com o controle da TB participem do programa de indução e treinamento quando galgarem novos postos.
- Implementar ou melhorar os programas existentes de treinamento no controle da tuberculose .
- Conseguir parcerias com universidades e outras instituições formadoras de recursos humanos em saúde, de modo a permitir a criação de centros multidisciplinares de excelência que apóiem de maneira integral as políticas e atividades de controle da tuberculose no país.
- Analizar e revisar os programas de treinamento básico de médicos, enfermeiros, bacteriologistas e outros profissionais de saúde que participam da implementação ou expansão da Estratégia DOTS e fomentar o desenvolvimento profissional dos mesmos.
- Articular com outros programas relacionados com a TB as atividades de treinamento como o Programa de DST/AIDS.
- Designar um profissional que seja o responsável pelo tema recursos humanos em tuberculose e promover a designação do mesmo a nível estadual .
- Implementar um sistema de informação de recursos humanos em tuberculose que inclua a utilização de bases de dados do pessoal.

Componente 4

Melhoramento do acesso da população ao diagnóstico e tratamento da tuberculose através da incorporação de todos os provedores de saúde , tanto públicos quanto privados (Objetivo 5).

Muitos provedores de saúde não empreendem o diagnóstico e tratamento da tuberculose com práticas baseadas em evidência e estandares nacionais e internacionais. Isto pode originar sobrenotificação ou subnotificação de casos, retardo no diagnóstico e inclusive falta de diagnóstico, maus resultados de tratamento, incremente da resistência às drogas e maiores custos institucionais por paciente.

Muitos pacientes com síntomas de TB, incluindo os muito pobres, buscam assistência para sua enfermidade dentre uma grande variedade de provedores de saúde que nem sempre oferecem adequada atenção em TB. A iniciativa PPM DOTS é o marco coerente e estruturado para incorporar a todos os provedores de saúde no DOTS, assegurando a aplicação das *normas nacionais e internacionais para o controle da tuberculose.*

Todos os provedores de saúde possuem potencialmente alguma função específica para contribuir com o controle da tuberculose, a qual identificarão e pactuarão com o PNT. Por sua parte, o PNT deverá fortalecer sua liderança no setor, oferecendo a regulação, financiamento, monitoramento, avaliação e investigação no PPM

Em geral, a atividade *público-privada* teve escasso desenvolvimento no país, enquanto a governamental tem sido empreendida pelos país, iniciando parcerias com o Ministério da Justiça. No país pretende-se que todos os provedores de saúde públicos e privados relevantes adotem as novas orientações nacionais e internacionais para o controle da tuberculose, através da adesão ou extensão da iniciativa PPM.

Actividades

Os estados e municipios com estratégia DOTS implementada exitosamente e com capacidade de sustentar a incorporação de novos atores devem adotar a iniciativa PPM, não obstante, não é necessário que o DOTS haja alcançado cobertura total no estado ou município, pois o PPM pode ser iniciado em áreas onde o DOTS está operando efetivamente.
Para a implementação do PPM são sugeridos os seguintes passos:

- Realizar estudos de situação que permitam:
  - Identificar e elaborar um elenco dos proveedores de serviços de saúde existentes nos estados e suas capitais.

- Determinar quantos e quais destes provedores têm relação como PNCT e implementam atividades para o controle da tuberculose.
- Definir a contribuição atual ou potencial futura que tem cada um deles para o controle da tuberculose
- Identificar as intervençoes que maximizem sua contribuição.

- Identificar e gerar recursos nacionais – Elaborar um plano de implementação de PPM DOTS de acordo com dados consolidados pelo estudo de situação:
  - Designar um responsable do PPM dentro do PNT
  - Criar um grupo de trábalo PPM DOTS (PNT e representantes dos diferentes provedores importantes
  - Elaborar um plano operativo de implementação
  - Identificar recursos económicos para atividades esenciáis (advocacy, capacitação, supervisão e monitoramento, incentivos, etc).
- Elaborar guias operativos de funcionamento para PPM DOTS. Identificar ferramentas de trabalho (acordos, compromissos e alguns instrumentos de registro e informação).

Atividades em nível Nacional:

- Incentivar os estados e PCTs a comprometerem-se politicamente em adotam e desenvolver a iniciativa PPM para incorporar as instituições de saúde públicas e privadas no controle da TB.
- Divulgar as guias de implementação de PPM DOTS propostas pela OMS adaptadas a país e estimular sua utilização pelos estados e municípios.
- Assessorar os estados na realização de estudos de situação, planos de implementação e guias PPM
- Difundir os "Modelos Internacionais de Atenção aos Enfermos com TB" nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Sociedades Científicas, ONGs, Medicina Privada.
- Facilitar o intercâmbio de experiências dos PCT na investigação, implementação e impacto da PPM
- Estabelecer alianças estratégicas para mobilização de recursos.

Componente 5

Implementar estratégias de advocacy, comunicação e mobilização social (ACMS) e facilitar a participação dos afetados pela TB e da comunidade (Objetivo 6).

Facilitar a participação dos afetados e da comunidade

Experiências de distintos programas de saúde mostram que se obtêm melhores resultados quando pessoas e comunidades afetadas apoderam-se e participam ativamente no cuidado e tratamento, particularmente quando as redes sociais (família e comunidade) e o corpo social local (instituições e organizações políticas, econômicas, religiosas, civis, educativas) têm um papel indispensável.

A apropriação dos conhecimentos pelos afetados e pela comunidade é fundamental para lograr os objetivos do controle da tuberculose. É um processo contínuo para que pessoas e comunidades participem ativamente do controle da tuberculose através de instituições, coalizões e outras formas de participação em nível local e nacional. Posto que não é responsabilidade exclusiva de uma instituição ou grupo comunitário, a apropriação dos conhecimentos compete a uma variedade de organizações interessadas em estimular e oferecer oportunidades para fortalecer a capacidade local de participação.

Os programas de controle da tuberculose se comprometem a oferecer oportunidades para que as pessoas afetadas e suas comunidades identifiquem necessidades e prioridades, tracem e implementem planos de ação com a finalidade de melhorar a detecção precoce e tratamento da TB.

Possíveis estratégias para estimular a apropriação dos conhecimentos incluem as seguintes:

- Promoção do senso de responsabilidade e propriedade em nível comunitário

- Elaboração de diagnósticos participativos para analisar obstáculos para a detecção de pessoas portadoras de TB e sugerir ações para superá-los.

- Apoio a redes sociais para que contribuam para a detecção precoce.
- Identificação de mecanismos sociais e estratégias para estimular a realização completa do tratamento.
- Desenvolvimento de atividades educativas em nível comunitário para reduzir o estigma da tuberculose em pessoas afetadas, a falta de informação sobre direitos e responsabilidades, e a baixa percepção de risco (tais como palestras grupais, troca de experiências e apresentações por pessoas diretamente afetadas)
- Trabalho conjunto com o pessoal de saúde para realizar atividades de apoio nos centros saúde (administração de medicamentos, monitoramento, visitas domiciliares)
- Identificação de recursos institucionais em nível comunitário (sociedade civil, setor privado) para apoiar atividades.
- Promoção de mecanismos para trabalhar com familias para atender e mitigar o impacto da TB por meio da atenção e aconselhamento.
- Apoiar atividades de organização de pacientes e seu envolvimento em tarefas de educação, participação em intercâmbio de experiências locais, em foros nacionais e internacionais. planejamento e gerenciamento de atividades e esforços para conseguir financiamento.

Fomento da implementação de estratégias de advocacy, comunicação e mobilização social (ACMS)

As estratégias de advocacy, comunicação e mobilização social (ACMS) constituem um processo interativo com a sociedade civil que vai alem de IEC. Esta estretégia são empregadas para planificar intervenções adequadas aos desafios de cada PNCT com a finalidade de promover e manter práticas positivas entre populações específicas (particularmente nas mais vulneráveis) usando diversos canais de comunicação e mensagens. A ACMS deve estar baseada em um rigoroso diagnóstico dos obstáculos que dificultam levar a cabo comportamentos desejáveis, bem como, em uma análise estratégica dos fatores motivadores que podem ser utilizados nas intervenções.

No contexto da tuberculose, a estratégias ACMS devem ser parte essencial das atividades de promoção da saúde dos PNCT, onde devem participar profissionais do setor público e privado, familiares, líderes comunitários e meios de comunicação. As comunidades assimilarão comportamentos que facilitem o diagnóstico e tratamento oportunos dos enfermos, conhecimentos básicos da TB, adotaram atitudes, práticas adequadas ante a enfermidade e terão acesso assegurado aos serviços de saúde.

Como um elemento integral das atividades de controle da tuberculose, a ACMS pretende incrementar o conhecimento básico que a comunidade possui sobre a enfermidade; estimular a discussão comunitária frente a problemática gerada pela tuberculose: mudar a atitude frente aos enfermos, frente aos mais vulneráveis e frente à própria possibilidade de adoecer; reduzir o estigma e a discriminação familiar, social e no ambiente de trabalho; gerar demanda de serviços de diagnóstico, tratamento e de reabilitação; promover a adequada atenção às populações postergadas e em lugares de aglomeração com alto grau de vulnerabilidade.
Atividades efetivas de ACMS também são úteis para conseguir a resposta política, social, e econômica necessária para a implementação, fortalecimento e expansão de estratégias como DOTS. Deste ponto de vista, os grupos organizados de pacientes ou pacientes antigos deveriam assumir um papel importante nas atividades de advocacy e iniciativas para garantir os direitos dos enfermos.

O desenvolvimento de uma estratégia de comunicação deve decidir-se tendo em conta os recursos disponíveis e a gravidade do problema relacionado com comportamentos não desejados frente à enfermidade, tanto em nível nacional, como estadual e municipal. De igual maneira deve-se considerar o grau de implementação da estratégia DOTS em que se encontra o estado ou município.

Atividades

- Identificar as pessoas e organizações especializadas em comunicação e estabelecer conjuntamente a coordenação, planejamento e execução das atividades.
- Elaborar e implementar uma estratégia de comunicação em tuberculose segundo as prioridades de cada PNCT com base em resultados de diagnóstico de situação
- Envolver pacientes e grupos de pacientes em diagnósticos comunitários e atividades educativas, apresentações com sócios e autoridades, planejamento e realização de campanhas de comunicação.
- Apoiar a formação de associações de pessoas afetadas pela TB e oferecer capacitação em diferentes aspectos do controle da tuberculose.
- Realizar reuniões de trabalho com pessoal de saúde e afetados para identificar formas de colaboração.
- Promover o estabelecimento de coalizões nacionais para discutir e apoiar atividades para o controle da tuberculose.

Os estados e municípios devem considerar as seguintes etapas no planejamento e implementação das estratégias de comunicação.

Etapa 1. **Análise de situação**. Entender a natureza das barreiras para o controle da tuberculose em nível local ou estadual devidas a conhecimento, atitudes e práticas não desejadas e a resistência a mudanças. Valorizar as políticas e estratégias de comunicação pré-existentes, as fontes de informação, as fortalezas e debilidades em comunicação e analisar os recursos de comunicação disponíveis. As metodologias usadas na investigação social suprirão a informação necessária para fazer a análise situacional.

Etapa 2. Análise das necessidades e recursos disponíveis em comunicação. Uma revisão crítica das experiências prévias e dos recursos técnicos e econômicos disponíveis permitirão a esta linha não repetir erros, fortalecer os êxitos logrados, determinar a natureza da assistência técnica necessária, e um planejamento (inclusive orçamento) mais realista e relevante para os estados e municípios. Um inventário dos parceiros especialistas no tema e sua integração oportuna seriam de grande importância para o êxito desta linha estratégica.

Etapa 3. Definição das mudanças de comportamento desejadas. Idealmente, as mudanças devem ser específicas, verificáveis e alcançáveis em determinado tempo, e devem ser claramente definidos e priorizados baseados em análises dos problemas que dificultam o diagnóstico precoce e o tratamento completo.

Etapa 4. Definição das audiência. Identificar as populações/audiências prioritárias e de maior vulnerabilidade em relação com os comportamentos desejados para estabelecer objetivos prioritários de intervenção. Esta estratégia tomará em conta os diferentes estratos da comunidade, as autoridades de os profissionais de saúde.

Etapa 5. Planificação e seleção das estratégias. Pretende-se gerar um comportamento desejado pela identificação de um ou vários fatores relacionados com a saúde. Os serviços que se prestem devem satisfazer as expectativas criadas com as mensagens, devem ser de alta qualidade, de fácil acesso e permanentes para manter o comportamento alcançado.

Etapa 6. Seleção de materiais e canais de comunicação. Decidir os canais e mensagens que se empregarão para a execução da estratégia segundo os dados da investigação de base. As estratégias efetivas utilizarão diversos canais de comunicação e materiais adequados às populações e necessidades identificadas.

Etapa 7. Manejo e execução da estratégia. Identificar as instituições ou empresas que participarão da execução da estratégia, e decidir conjuntamente as responsabilidades individuais, os mecanismos de integração e coordenação e os recursos financeiros.

Etapa 8. Avaliação da estratégia. A rigorosa análise do processo e efeito das intervenções é fundamental para gerar o conhecimento e melhorar a qualidade e o impacto de futuras intervenções e

para definir guias, políticas a respeito. Espera-se que as mudanças no comportamento estarão refletidas nos indicadores epidemiológicos de detecção e acompanhamento da doença.

Etapa 9. Projetos demonstrativos de comunicação em tuberculose. A seleção de projetos exitosos como áreas demonstrativas para o país, onde o benefício da comunicação para o controle da tuberculose esteja estabelecido

Atividades do nível Nacional

- Apoiar a capacitação e o trábalho de um grupo de consultores em comunicação para que provejam assistência técnica para o desenvolvimento e implementação de estratégias de comunicação em tuberculose no país,
- Fomentar alianças entre instituções com experiência no campo da comunicação e os estados, para o desenvolvimento de estratégias em nível estadual e municipal.
- Facilitar os processos de desenvolvimento de projetos para a busca de financiamento das estratégias de comunicação dos PNCT
- Oferecer assistência técnica sobre as estratégias de comunicação aos PCT de estados e capitais.
- Desenvolver e promover projetos demonstrativos sobre comunicação em tuberculose e suas contribuições para o controle da doença em nível nacional.
- Organizar oficinas estaduais para pessoas afetadas por TB para a capacitação em temas epidemiológicos, de comunicação, organização e intercâmbio de experiências no controle da tuberculose.
- Organizar reuniões para identificar formas de participação de associação de afetados e estratégias para o financiamento de atividades.

Componente 6.

Inclusão da investigação operativa, clínica e epidemiológica nos planos dos Programas de Controle da Tuberculose (Objetivo 8).

O controle da TB nos estados do país, experimentou grandes avanços na aplicação do DOTS e a inclusão de inusitadas estratégias dirigidas ao manejo integral da TB/MR, TB/HIV e a atenção de populações desassistidas, fundamentalmente privados de liberdade e comunidades indígenas; ações que permitiram o fortalecimento da capacidade de resposta do SUS. Frente aos ODM, os PCT se deparam com a necessidade de analisar profundamente seus dados epidemiológicos e operacionais, de medir o impacto de suas atividades e participar da aprovação de novas ferramentas de controle. Portanto, os PCT, de acordo com o desenvolvimento de suas capacidades, deveriam incorporar a investigação em seus planos de ação.

A investigação operativa (IO) é uma das mais desenvolvidas nos estados, buscando entender com maior profundidade as atividades e funções diárias dos PCT, obter a informação necessária para melhorar atividades, serviços e planejar atividades novas, estudar a maneira prática de solucionar problemas no âmbito programático e encontrar melhores métodos de gestão. A IO busca responder perguntas práticas sobre a execução, eficiência e efetividade dos PNCT.

A investigação epidemiológica (IE) em tuberculose destina-se a descrever o impacto da enfermidade e/ ou impacto das atividades de seu controle, bem como, a identificação de populações com alto risco de infecção, adoecimento ou morte. Atualmente a IE apresenta um interesse especial, posto que, todos os países da Região estabeleceram como meta de controle da tuberculose no período 2006/2015 a dos ODM, obrigando-nos à mensuração da incidência, prevalência e mortalidade pela TB.Todos os estadados e municipios medem sistematicamente a tendência da incidência notificada de TB, porém desconhecemos a incidência e a prevalência real da enfermidade. Os estados registram no SIM a mortalidade específica por TB, ocorrendo, sem dúvida, considerável sub-notificação. Adicionalmente estamos realizando o estudo de vigilância epidemiológica da resistência aos medicamentos anti-TB, dentro da iniciativa OMS/UICTER, com objetivo de medir impacto e fazer vigilância das TB-MR. Pelo que é preciso incluir nos PCT as atividades de investigação, as IE.

Investigação clínica (IC) tem grande relevância sobre a prática assistencial, identificando fatores e grupos de risco e a forma de evitá-los. A IC, a partir de um conceito social e global, tem como principal objetivo conseguir maior eficiência científica e técnica para responder às dúvidas que se apresentam na conduta assistencial diária.No controle da tuberculose, a IC tem um papel importante na investigação de novos medicamentos, vacinas e testes diagnósticos, não sendo, todavia, importante para a rotina diária dos PCT.

Atividades

Os estados deveriam incorporar a investigação como um componente do PCT, envolvendo diferentes atores como médicos, biólogos, enfermeiros, bacteriologistas, técnicos de laboratório, efetados, etc, realizando as seguintes ações:

- Identificar, de acordo com a análise de dados de vigilância rotineira e os planos de implementação de novas iniciativas (PAL, PPM, MR-TB, TB/HIV, grupos de risco, etc), os tópicos de investigação operativa; elaborar protocolos de investigação, executá-los e difundi-los.
- Identificar estudos epidemiológicos para avaliar impacto das medidas de controle e verificar o cumprimento das metas dos ODM assim como o impacto de projetos de grande magnitude (GFTAM)
- De acordo com o desenvolvimento dos PCT, os estados deveriam participar de estudos clínicos multicêntricos.
- Realizar estudos sociais e/ou sócio-antropológicos para identificar estratégias que modifiquem comportamentos não desejados na população.

VI – Avaliação, Acompanhamento e Monitoramento das Ações do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

O componente do monitoramento e avaliação é essencial para o Plano Estratégico com a finalidade de medir a eficácia das intervenções realizadas. Ele será incluído desde a etapa do desenho e planejamento dos planos operativos plurianuais para a tomada de decisão adequada para atingir as metas, assim como o uso mais eficaz dos recursos existentes.

Se aplicará uma abordagem quantitativa e qualitativa na compilação e análise da informação, já que esta ajudará a compreender melhor os avanços do Plano Estratégico, garantir a comparação de fontes de dados e reduzir os vieses da informação coletada.

O objetivo deste componente é promover o permanente acompanhamento da implantação e fortalecimento do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, da execução das ações, da avaliação dos resultados obtidos, levando à adoção das correções necessárias para o alcance das metas e revisão de estratégias adotadas.

Ações:

1. Contratar grupo-tarefa formado por 30 profissionais para as 26 Unidades Federadas e 01 Distrito Federal, para reforçar as equipes estaduais na execução das atividades do PCT;
2. Monitorar o PNCT e assessorar tecnicamente os Estados e os Municípios prioritários;
3. Acompanhar, assessorar e avaliar os Programas de Controle da Tuberculose Estaduais e dos Municípios, com base nos indicadores estabelecidos para os diversos componentes;

4. Realizar 01 reunião anual de programação e avaliação do PNCT , com Coordenadores Estaduais do Programa de Controle da Tuberculose;
5. Apoiar a realização de 27 oficinas de avaliação dos Programas de Controle da Tuberculose, nos Estados e Distrito Federal, trimestralmente;
6. Elaborar e divulgar relatório anual de avaliação do PNCT;
7. Apoiar e estimular a elaboração anual de relatórios de avaliação estaduais e municipais do PCT.

Metodología

Fontes de Verificação
Em termos gerais, se empregam como fontes de verificação:

- O Sistema de Informação (SINAN e SIM).
- Os informes das visitas de avaliação levadas a cabo pelo PNCT e pelos PCT dos estados junto a Força Tarefa.
- Resultados dos estudos de investigação, tanto operacional, como epidemiológica (prevalência, Risco Anual de Infecção - RAIT, prevalência de MDR-TB, co-infecção TB/HIV, etc.).
- Informes de reuniões e oficinas de avaliação e reuniões específicas referentes ao controle da TB em prisões, populações indígenas, TB/VIH, instituições formadoras de recursos humanos em saúde, PPM, PAL e reuniões da rede de laboratórios.

Cronograma

A compilação das informações necessárias para a avaliação se realizará de maneia contínua, segundo a implementação o cumprimento das diferentes atividades.
De maneira bianual, desde 2006 a 2007, se realizará uma revisão e análise do plano, aportando a informação compilada. Os resultados desta revisão e análise serão expostos durante as reuniões de avaliação regionais com os estados e municípios. Em 2007 se realizará a primeira medição dos indicadores de impacto e resultado estabelecidos no plano.

A partir de 2007, com a elaboração do subsequente plano operativo, se determinará o cronograma de atividades de monitoramento e avaliação.

Responsabilidade na coleta de dados, análise e tomada de decisões

O Programa Nacional de Tuberculose será o responsável pela coleta de dados, (incluindo os informes das visitas de avaliação aos estados e as reuniões coordenadas pelo Programa Nacional, processamento e análise dos mesmos, e terá a capacidade de introduzir as modificações pertinentes no Plano Estratégico.

Indicadores de Acompanhamento do PNCT:

INDICADORES SELECIONADOS

▪ **Objetivo Geral**: Reduzir a morbidade, mortalidade e transmissão da TB, implementando a Estratégia TS-DOTS					
INDICADORES DE IMPACTO					
	Medidas de verificação	**Linha de Base (ano)**	**Meta 2007**	**Meta 2010**	**Meta 2015**
Taxa de prevalência. Número estimado de todos os casos ativos de TB por 100,000 habitantes em um momento dado	Resultados de estudos de prevalência. SINAN	(1990)			
Taxa de incidência. Número de casos novos de TB que ocorreram em um ano dado por 100,000 habitantes.	SINAN	(1990)			
Taxa de mortalidade por TB. Número de casos de mortes por TB em um ano dado por 100,000 habitantes	Resultados de análise de registros de mortalidade dos país. SIM	(1990)			
INDICADORES DE RESULTADO					
1º Objetivo específico: Assegurar a todo paciente com TB atençãon em serviços de saúde que implementaram a estratégia DOTS/TS de qualidade.					
	Medidas de verificação	**Linha de Base (ano)**	**Meta 2007**	**Meta 2010**	**Meta 2015**
Cobertura DOTS. Proporção da população coberta pelos serviços de saúde declarados DOTS	Informes anuais dos estados sobre a situação operacional. Informes de avaliação	52% (2005)	70%	80%	95%
Taxa de detecção em DOTS. Proporção de casos BK+ notificados anualmente com DOTS do total de casos BK + estimados.	Informes anuais dos estados sobre a situação operacional. Informes de avaliação	(2004)			
Taxa de êxito TB pulmonar BK+ novos em DOTS. Proporção de casos com tratamento exitoso (curados mas tratamento completado) do total de casos notificados.	Informes anuais dos estados sobre a situação operacional. Informes de avaliação.	(coorte 2004)			
2º Objetivo específico: Diminuir a incidência da TB/HIV em populações afetadas pela coinfecção.					

Mortalidade por TB atribuía ao HIV/AIDS. Fração da mortalidade por TB atribuída ao HIV/AIDS.	SINAN. Resultados de investigações epidemiológicas.	(2004)			
Vigilância epidemiológica da coinfecção TB/HIV. Proporção de casos de TB com teste de HIV	SINAN. Resultados de investigações epidemiológicas.	(2004)			
3º Objetivo específico: Prevenir e controlar a TB-MDR utilizando a estratégia DOTS/TS.					
Proporção de pacientes TB MDR tratados utilizando a estratégia DOTS. Proporção de pacientes TB MDR tratados com DOTS do total de pacientes TB MDR	Informes de avaliação das visitas aos estados. Informes do Comitê de manejo da TB-MDR.	(2004)			
4º Objetivo específico: Garantir o diagnóstico e o controle bacteriológico oportuno e de qualidade através de redes de laboratórios fortalecidas.					
Redes nacionais de laboratórios estabelecidas. Laboratórios estaduais e municipais que cumprem os padrões estabelecidos na Norma Nacional (controle de qualidade, supervisões, normas, capacitação, etc.)	Informes de atividades da rede, SINAN, SIL-TB publicações, informes de reuniões do LACEN	(2004)			
Redes estaduais e municipais de laboratórios com capacidade de realizar cultivos. Estados e municípios que utilizam sistematicamente o cultivo como método de diagnóstico e seguimento de casos.	Informes de atividades da rede, informes do SIL-TB, publicações, informes de reuniões do LACEN	(2004)			
Vigilância da TB MDR. Estados que realizam provas de TSD* em todos os retratamentos a esquema inicial e/ou em estudos nacionais	Informes de atividades da rede, SINAN, SIL-TB e CRPHF	(2004)			
5º Objetivo específico: Incorporar todos os provedores de saúde (públicos, não governamentais e privados) ao controle da TB.					
Implementação PPM DOTS. Número de estados e municípios com PPM implementado e seguindo os padrões internacionais de atenção a pacientes com TB	Informes das visitas de avaliação aos estados. Informes das avaliações de PPM DOTS, publicações.	(2005)			
6º Objetivo específico: Reduzir o estigma e a discriminação e melhorar o acesso dos pacientes com TB aos serviços do DOTS através de estratégias de Advocacia, Comunicação e Mobilização Social e da incorporação de pessoas afetadas nos planos dos PCTs.					
Estratégias de ACMS em desenvolvimento. Número de	Informes das visitas de avaliação aos estados. Informes de reuniles de	(2005)			

estados que implementam estratégias de ACMS e incorporam a associação de afetados em atividades de controle.	avaliação e oficinas de comunicação social.				
7º Objetivo específico: Fortalecer a gestão dos PCT através de estratégias de desenvolvimento de recursos humanos como parte integral dos planos nacionais dos PCTs.					
Programas de RRHH em desenvolvimento. Número de estados que aplicam programas de RRHH	Informes das visitas de avaliação aos estados. Análise de informação coletada mediante questionário desenhado especificamente	(2005)			
8º Objetivo específico: Desenvolver e/ou fortalecer a capacidade de investigação dos PCTs.					
Investigação como um componente dos planos dos PCTs. Número de estados que realizam investigação como parte do controle da TB .	Informes das visitas de avaliação aos estados. Publicação de investigações.	(2005)			

*TSD: teste de sensibilidade a drogas antituberculosas

É importante ressaltar que estes indicadores correspondem a um nº mínimo de indicadores para acompanhamento do PNCT.

Tendo em vista a dimensão do referido programa outros indicadores, sugeridos abaixo, podem ser utilizados pelos estados e municípios para o desenvolvimento do Programa.

- **Indicadores de Acompanhamento da Situação Epidemiológica**

Estes indicadores propiciarão o acompanhamento oportuno da situação epidemiológica da tuberculose pelas três esferas de governo, tendo como base os sistemas de informação oficiais.

Indicadores Gerais:
1. Cobertura de Municípios
2. Proporção de Unidades de Saúde integradas ao PNCT
3. IDH;IDHM;
4. Perfil de Gestão

Indicadores Epidemiológicos:
1. Taxa de incidência
2. Taxa de incidência de bacilíferos
3. Taxa de mortalidade por tuberculose
4. Taxa de resistência adquirida e multirresistência

Indicadores Operacionais:
1. Proporção de sintomáticos respiratórios examinados na demanda da Unidade de Saúde.
2. Proporção de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia não realizada entre o total de casos de tuberculose pulmonar.

3. Proporção de casos de tuberculose pulmonar entre os casos de tuberculose de todas as formas.
4. Incidência de Meningite tuberculosa em menores de 5 anos.
5. Proporção de baciloscopias para diagnóstico do total de baciloscopias realizadas.
6. Proporção de baciloscopias positivas entre as realizadas.

Ações integradas de educação em saúde, mobilização e comunicação social:

1. Proporção de municípios que realizaram campanhas de mobilização social

Sustentação político-social:

1. Número de reuniões macrorregionais realizadas entre as programadas

Avaliação, supervisão e monitoramento:

1. Número de reuniões de avaliação do PNCT realizadas pela SVS
2. Percentual de municípios prioritários que receberam, no mínimo, 2 visitas ou assessoria técnica da SES por ano.
3. Publicação de relatório do PNCT pela SVS.

VII. IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO

A implementação do Plano Estratégico se realizará através de planos plurianuais com metas intermediárias, em consenso com os estados e municípios.
A metodologia da implementação do Plano Estratégico responderá:

- Ao Programa Nacional de Controle de TB: o planejamento plurianual de acordo com os planos de governo em turno aos objetivos do plano (plano operativo 2004-2007, anexo).
- Aos estados e municípios: aos processos de planejamento das Secretarias de Saúde e as necessidades de cada estado e município, as quais serão moldadas nos planos estratégicos de médio o longo prazo de acordo com o Plano Estratégico do país, de acordo com o Plano Estratégico Regional e Mundial da OPS/OMS.

VIII. Orçamento:

Summary of total costs
US Dollars (prices of 2006)
Brazil
LAC

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Total
First-line drugs	$ 3,340,442	$ 3,252,423	$ 3,107,090	$ 2,973,312	$ 2,843,200	$ 2,718,707	$ 2,600,598	$ 2,460,231	$ 2,332,614	$ 2,209,813	$ 27,838,430
NTP staff	$ 4,000,000	$ 4,000,000	$ 4,000,000	$ 4,000,000	$ 4,000,000	$ 4,000,000	$ 4,000,000	$ 4,000,000	$ 4,000,000	$ 4,000,000	$ 40,000,000
Routine programme management, supervision activities and drug mng	$ 2,200,000	$ 2,200,000	$ 2,200,000	$ 2,200,000	$ 2,200,000	$ 2,200,000	$ 2,200,000	$ 2,200,000	$ 2,200,000	$ 2,200,000	$ 22,000,000
Training (general)	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 20,000,000
Laboratory supplies and equipment	$ 5,000,000	$ 5,000,000	$ 5,000,000	$ 5,000,000	$ 5,000,000	$ 5,000,000	$ 5,000,000	$ 5,000,000	$ 5,000,000	$ 5,000,000	$ 50,000,000
PPM	$ -	$ 90,000	$ 95,000	$ 100,000	$ 150,000	$ 155,000	$ 160,000	$ 170,000	$ 180,000	$ 200,000	$ 1,300,000
PAL	$ 160,000	$ 240,000	$ 320,000	$ 400,000	$ 480,000	$ 640,000	$ 800,000	$ 880,000	$ 960,000	$ 1,120,000	$ 6,000,000
CTBC	$ 400,000	$ 500,000	$ 600,000	$ 650,000	$ 700,000	$ 750,000	$ 800,000	$ 850,000	$ 850,000	$ 850,000	$ 6,950,000
TA	$ 380,000	$ 380,000	$ 380,000	$ 380,000	$ 380,000	$ 380,000	$ 380,000	$ 380,000	$ 380,000	$ 380,000	$ 3,800,000
M&E	$ 1,100,000	$ 1,100,000	$ 1,100,000	$ 1,100,000	$ 1,100,000	$ 1,100,000	$ 1,100,000	$ 1,100,000	$ 1,100,000	$ 1,100,000	$ 11,000,000
MDR-TB	$ 2,007,578	$ 2,493,684	$ 2,924,591	$ 3,340,584	$ 3,728,265	$ 4,028,602	$ 4,301,328	$ 4,478,128	$ 4,624,310	$ 4,726,206	$ 36,653,277
Collabortive TB/HIV activities	$ 55,561	$ 54,097	$ 51,679	$ 49,454	$ 47,290	$ 45,219	$ 43,255	$ 40,920	$ 38,798	$ 36,755	$ 463,029
ACSM	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 2,000,000	$ 20,000,000
General use of health services	$ 9,152,851	$ 8,911,677	$ 8,513,462	$ 8,146,911	$ 7,790,402	$ 7,449,288	$ 7,125,669	$ 6,741,061	$ 6,391,390	$ 6,054,914	$ 76,277,625
Hospitalization	$ 750,030	$ 730,267	$ 697,635	$ 667,598	$ 638,384	$ 610,432	$ 583,913	$ 552,396	$ 523,742	$ 496,170	$ 6,250,566
Outpatient visits	$ 8,402,822	$ 8,181,410	$ 7,815,827	$ 7,479,313	$ 7,152,017	$ 6,838,857	$ 6,541,756	$ 6,188,665	$ 5,867,648	$ 5,558,744	$ 70,027,059
Total costs for TB control	**$ 31,796,432**	**$ 32,221,881**	**$ 32,291,823**	**$ 32,340,261**	**$ 32,419,157**	**$ 32,466,817**	**$ 32,510,850**	**$ 32,300,341**	**$ 32,057,112**	**$ 31,877,688**	**$ 322,282,361**