

## 2. Plano Nacional de Controle da Tuberculose

Até o lançamento no Seminário de Brasília do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, nos dias 13/14/15 de outubro de 1998, estava em vigor o Plano Emergencial (PE) para o Controle da Tuberculose, lançado em 1996 pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária – CNPS – (Anexo 1) cujas metas, para os 230 municípios priorizados, eram:

- *Aumentar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose em todo o país, integrando atividades de diagnóstico e tratamento em pelo menos 80% dos Centros de Saúde existentes na rede pública dos 230 municípios priorizados.*
- *Implementar o diagnóstico bacteriológico da Tuberculose através da:*
  - *Melhoria da rede de laboratório, para apoio aos programas estaduais e municipais de Controle da Tuberculose;*
  - *Capacitação de recursos humanos, com ênfase nos aspectos gerenciais, análise e avaliação epidemiológica e operacional, voltados para o modelo organizacional da rede de laboratórios;*
- *Descobrir pelo menos 90% dos casos existentes de Tuberculose, através da:*
  - *Revisão dos parâmetros de programação de número de casos esperados em cada município prioritário/ Unidade de Saúde;*
  - *Implementação da busca de casos, a partir da identificação de sintomáticos respiratórios da demanda espontânea, ou referendada para consulta na Unidade de Saúde;*
  - *Implementação da busca de casos pelo exame bacteriológico de todos os sintomáticos respiratórios;*
  - *Implementação da busca de casos, pelo exame de comunicantes de casos de tuberculose de todas as formas*
- *Curar pelo menos 85% dos casos novos descobertos:*
  - *Garantindo esquemas de tratamento padronizados a todos os casos diagnosticados;*
  - *Cadastrando todas as unidades de saúde com atividades de controle da tuberculose e possibilitando a avaliação da efetividade do tratamento através da implantação do Livro de Registro e Controle de Tratamento dos casos de Tuberculose em nível local;*
  - *Implementando o SINAN (Sistema de Informação de Agravos e Notificação) para garantir a análise de informações nos níveis local, municipal e estadual;*
  - *Implantando tratamento supervisionado para pacientes com maior risco de abandono (mendigos, alcoólicos, presidiários, doentes mentais, drogadictos e outros).*
- *Desenvolver ação política, junto às autoridades de saúde e sociedades representativas na área de saúde pública.*

- *Atuando junto aos Conselhos Estaduais, Municipais de Saúde, Coordenadores Regionais da FNS, Diretores de Unidades de Saúde, Órgãos formadores de Recursos Humanos, Universidades e Representantes da Sociedade Civil Organizada;*
- *Incluindo temas de Tuberculose em Congressos, publicações de sociedades médicas e de outras áreas de saúde pública e outros eventos;*
- *Incluindo a Tuberculose como prioridade nos planos Municipais de Saúde.*

Em vista do exposto até então e da grave situação atual do problema em nível nacional e mundial, propõe-se agora implementar, com determinado, as atividades do Plano Emergencial, ampliando as áreas em todo o âmbito nacional para 5 500 municípios através do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, conforme se detalha nos próximos itens.

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose-PNCT decorre de uma decisão do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de agosto de 1998, número 284, (Anexo 6), **que resolveu destacar a Tuberculose como um problema prioritário de saúde no Brasil**, estabelecendo uma série de medidas pertinentes.

O PNCT contempla uma série de iniciativas e de suportes, de forma que se consolide uma mudança significativa nos procedimentos e na gestão do Controle da Tuberculose no País, começando por instituir metas desafiantes a serem atingidas.

A lógica do PNCT, enquanto uma concepção de Planejamento Estratégico, incorpora a importância do contexto político de gestão local e apresenta mudança de posturas das instâncias gestoras dos níveis estadual e federal, indutoras de políticas de saúde, instrumentalizando as ações e não somente normatizando-as. Destaca a importância da função assessora de quem de fato operacionaliza as ações.

### **3. Metas do Plano Nacional de Controle da Tuberculose**

- *Implementar a cobertura do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) para 100 % dos Municípios;*
- *Em três anos (2001) serão diagnosticados pelo menos 92 % dos casos esperados e tratados, com sucesso, pelo menos 85 % dos casos diagnosticados;*
- *Em nove anos (2001) a incidência terá sido reduzida, no mínimo, a 50 % e a mortalidade em dois terços.*



## 4. Bases utilizadas para elaboração do Plano Nacional de Controle da Tuberculose - PNCT

### 4.1 - Elaboração dos Programas

A elaboração do PNCT contempla recomendação da OMS/OPAS, qual seja adotar estratégia DOTS (directly observed treatment short course) que prevê:

- *Unidade de orientação expressa numa condução central harmonizada com a participação efetiva dos Estados e Municípios, compatibilizando-se a descentralização necessária e a integração nos Serviços de Saúde, com o exercício de funções nacionais indispensáveis à eficácia do Programa;*
- *Manual de Normas para o Controle da Tuberculose. Esse Manual tem abrangência nacional e encontra-se a disposição dos interessados.*
- *Sistema de registros e notificação de casos;*
- *Rede de laboratórios com controle regular da qualidade e outros serviços para diagnóstico;*
- *Tratamento supervisionado;*
- *Suprimento regular de medicamentos;*
- *Plano de supervisão;*
- *Programa de treinamento cobrindo aspectos da vigilância;*
- *Responsabilidades específicas dos três níveis político-administrativos e sua complementaridade;*
- *Plano de implementação de atividades - detalhes do orçamento;*
- *Custos e fonte de recursos.*

O PNCT institui a concessão de bônus para cada caso tratado e curado e recomenda adequado manejo dos “casos especiais” especificamente resistentes as drogas de primeira linha (Anexo 3).

*Na Cerimônia de encerramento do Seminário de Brasília, no dia 15/10/ 1998 (ver item 5-2), foi assinada a Portaria nº 3739/GM que regulamenta a questão dos bônus, introduzindo alterações nas tabelas tratadas no Anexo 3. O texto da Portaria está inserido, na Integra, no Anexo 3.*

Assim, cada Município, tomando por base de orientação o PNCT vigente, devera desenvolver seu PCT, respeitando suas peculiaridades, principalmente no pertinente ao tratamento supervisionado.

O componente fundamental para os diversos planos será a atenção a todos os sintomáticos respiratórios, para se diagnosticar a totalidade dos casos estimados para suas áreas específicas e tratamento supervisionado para diminuir o percentual de abandono ao nível máximo de 5%.

## 4.2 - Recursos Humanos

Um esforço intensivo deverá ser envolvidos para a capacitação e a qualidade de desempenho dos recursos humanos envolvidos no PNCT:

- *Recursos humanos específicos dos programas que requerem formação mais especializada e que estarão particularmente nas funções de normatização e coordenação, supervisão e controle e serviços de referenda;*
- *Recursos humanos dos serviços gerais de saúde, com a responsabilidade de execução direta das ações, particularmente nos níveis primário e secundário de atendimento, incluindo os Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, Laboratórios e ambulatórios em geral. Estes profissionais devem ser suficientemente treinados em diagnóstico, tratamento, registro e notificação e outras atividades para cumprirem eficazmente suas responsabilidades específicas com apropriada supervisão.*

Dentro da preocupação de formação de recursos humanos, podemos informar que, no período de 1984/1998, 707 pessoas de todos os Estados do Brasil já passaram por treinamento/cursos no Centro de Referência Hélio Fraga - CRHF no Rio de Janeiro, nas seguintes áreas:

<i>Curso Nacional de Pneumologia Sanitária</i>	_____	542
<i>Curso Nacional de Bacteriologia</i>	_____	77
<i>Estágios nos Laboratórios de Bacteriologia</i>	_____	45
<i>Cursos Macro-Regionais em Laboratórios</i>	_____	43
<i>Total</i>	_____	707

*As distribuições dos participantes segundo procedência e ano na seqüência assinalada podem ser vistas nos quadros 1, 2, 3 e 4 respectivamente.*

No quadro 1, observa-se que todos os Estados tiveram participantes no treinamento no Curso Nacional de Pneumologia Sanitária (63 da região Norte, 184 do Nordeste, 199 do Sudeste, 40 do Sul e 56 do Centro-Oeste). O Curso de Bacteriologia também atraiu pessoal da maioria dos Estados. A relação nominal dos participantes encontra-se no Anexo 2.

Deve-se ressaltar que o Hospital Barros Barreto (sede da Coordenação da Macro Região Norte), a Fundação Nacional de Saúde – Regional Fortaleza (sede da Coordenação da Macro-Região Nordeste), bem como alguns Estados, também oferecem cursos de treinamento para o controle da Tuberculose, aumentando substancialmente o contingente de pessoal preparado para atuar no PNCT.

Acrescenta-se também médicos que fizeram residência em pneumologia em diferentes Universidades e/ou Serviços de Saúde credenciados para tanto.

Têm-se, assim, numerosas pessoas no País que passaram por algum tipo de curso e/ou treinamento em Tuberculose, na última década.

Das que receberam treinamento, algumas continuam no PCT estadual e/ou municipal. Outras foram deslocadas para diferentes áreas ou abandonaram os trabalhos

nos serviços de saúde. Em Geral, o afastamento das atividades do PCT resultou de razões econômicas e/ou do desprestígio do programa frente a outras atividades da área da saúde.

Encontram-se, freqüentemente, autoridades estaduais e municipais da área da saúde desinformadas quanto à magnitude da Tuberculose no seu espaço de atuação profissional. Esse desconhecimento se traduz em descaso com o PCT sob o comando desses administradores.

**QUADRO I - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA SEGUNDO PROCEDÊNCIA E ANO**

ESTADOS/ ANO	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	TOTAL
<b>NORTE</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>63</b>
RONDONIA	1	1			2	1	1	1	2		1	1		11
ACRE				1						2		1		4
AMAZONAS	1	3	2	2	1	1	1	1			1		1	14
RORAIMA		1	1		1						1		1	5
PARA	3	1	3	2	2	1	1	1	1	4	1	1	1	22
AMAPA		1				1					1			3
TOCANTINS					2			1				1		4
<b>NORDESTE</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>184</b>
MARANHAO	1			2		1			2	3	1		1	11
PIAUI		1	1	1		4	2		4	1	1	2		17
CEARA	4	3	3	5	4	2	3	1	4	4	3		2	38
R.GDE.NORTE	2	1	1	3		2	3	2	2		2	2		20
PARAIBA	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	16
PERNAMBUCO	1	1	1			3	2	3	1	5	2	1	2	22
ALAGOAS	3	2	1	1	2	2	2	2	5	1	2	1	2	26
SERGIPE	1	1	1	1	1			1						6
BAHIA	2	1	4	1	5		1	3		2	5	3	1	28
<b>SUDESTE</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>19</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>22</b>	<b>24</b>	<b>199</b>
MINAS GERAIS	1		2	2		2		1	3	5	2	5	1	24
ESPIRITO SANTO	1					1		3	2		1	3	2	13
RIO DE JANEIRO	7	11	10	8	9	12	13	11	1	5	10	10	17	124
SÃO PAULO	4	2	3	3	1	4	2	1	3	5	2	4	4	38
<b>SUL</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>40</b>
PARANA	2	2	2	2	1		1	2	1		2			15
SANTA CATARINA	2	2	2	1	1	1	1			1				11
RIO G. DO SUL	1	1		1	4		1	1	2		2		1	14
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>56</b>
MATO G. DO SUL	2	1	3	2	2		2	1					1	14
MATO GROSSO	1	1	1	2			2	1	3		1	2	1	15
GOIAS		2	2		1		1		1			1		8
DISTRITO FEDERAL	4	5	2		1		1	2		1	2	1		19
<b>BRASIL</b>	<b>45</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>41</b>	<b>41</b>	<b>40</b>	<b>42</b>	<b>40</b>	<b>39</b>	<b>40</b>	<b>44</b>	<b>40</b>	<b>39</b>	<b>542</b>

**QUADRO 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO DE LABORATÓRIO SEGUNDO PROCEDÊNCIA**

ANO/ESTADOS	N				NE						SE				S			CO
	AC	AM	RR	PA	MA	RN	PE	AL	SE	BA	MG	ES	RJ	SP	PR	SC	RS	DF
1989	1	6	1	1	3	1	4	2	2	7	1	2	2	2	1	4	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>

OBS.: 1 aluno estrangeiro – Peru

**QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DO CURSO NACIONAL DE BACTERIOLOGIA DA TUBERCULOSE – SEGUNDO PROCEDÊNCIA E ANO**

ESTADOS/ ANO	1984	1986	1987	1988	1990	1993	TOTAL
<b>NORTE</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>12</b>
RONDONIA		1					1
AMAZONAS	1		1	1			3
RORAIMA		1					1
PARA		1	1			1	3
AMAPA		1	2			1	4
<b>NORDESTE</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>19</b>
MARANHAO			1		1		2
PIAUI			1				1
CEARA			1	1	1	1	4
R.GDE.NORTE			1	1			2
PARAIBA		1				1	2
PERNAMBUCO		1	1			1	3
ALAGOAS		1					1
SERGIPE					1		1
BAHIA		1	1	1			3
<b>SUDESTE</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>29</b>
MINAS GERAIS		1		1			2
ESPIRITO SANTO		1		2	1	1	5
RIO DE JANEIRO	5	4	3			1	13
SAO PAULO	3	3			3		9
<b>SUL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
PARANA			2				2
SANTA CATARINA						1	1
RIO G. DO SUL			1		2		3
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>11</b>
MATO G. DO SUL					1		1
MATO GROSSO		2	2				4
GOIAS				1		1	2
DISTRITO FEDERAL				1		3	4
<b>BRASIL</b>	<b>9</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>77</b>

**QUADRO 4 - DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS ESTAGIÁRIOS NO LABORATÓRIO DE BACTERIOLOGIA – CRHF SEGUNDO PROCEDÊNCIA E ANO**

ESTADOS/ ANO	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	TOTAL
<b>NORTE</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
AMAZONAS		2										2
PARA			1							1		2
<b>NORDESTE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>11</b>
MARANHAO				1		1		1				3
R.GDE.NORTE					1							1
PARAIBA					1							1
PERNAMBUCO				1				2			3	6
<b>SUDESTE</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>23</b>
MINAS GERAIS						1	1			1		3
ESPIRITO SANTO	3									2		5
RIO DE JANEIRO		2	1	1		5		2	1	1	1	14
SAO PAULO						1						1
<b>SUL</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>
PARANA						1	1					2
RIO G. DO SUL						2		1				3
<b>CENTRO-OESTE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
MATO GROSSO								1				1
GOIAS				1								1
<b>BRASIL</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>45</b>



### 4.3 - Normas Gerais

Com a finalidade de distribuir de forma sistematizada as diferentes ações que envolvem o controle da Tuberculose, utiliza-se uma matriz programática que, além de reproduzir os passos lógicos da programação, facilita a supervisão e a avaliação, e um formulário para previsão dos insumos necessários para as atividades do PCT. A unidade básica de programação é aquela que conta com médico permanente e inclui suas próprias atividades e as das unidades de sua área de influência. O modelo matricial é único para todos os níveis. O nível hierárquico superior consolida o nível inferior. Desta forma, e usando a mesma matriz, o Distrito consolida a programação das unidades; o Município, a dos Distritos; a Região, a dos Municípios; o Estado, a das Regiões, e o País, a dos Estados. Em cada nível superior ao da unidade básica, ao consolidado são acrescentadas as atividades próprias deste nível.

#### Procura de casos

- *Identificar o sintomático respiratório entre consultantes.*
- *Examinar com baciloscopias os sintomáticos respiratórios identificados.*
- *Identificar e examinar os comunicantes do caso de Tuberculose.*
- *Examinar os sintomáticos respiratórios com baciloscopias repetidamente negativas com Raio-X e/ou cultura de escarro.*

#### Tratamento

- *Instituir o tratamento supervisionado para os casos com baciloscopia positiva.*
- *Aceitar tratamento auto-administrado para pacientes com baciloscopia negativa.*
- *Realizar baciloscopias de controle.*
- *Realizar entrevistas — consultas de acompanhamento.*
- *Realizar visitação domiciliária.*
- *Participar de reuniões das organizações comunitárias comprometidas com a área de saúde.*

#### Proteção dos sadios

- *Considerar a programação de vacinação BCG do Plano Nacional de Imunização (PNI) para o município.*
- *Programar, em colaboração com o PNI, as atividades de monitorização, avaliação e controle de qualidade da vacinação BCG.*
- *Programar a administração, o acompanhamento e a avaliação operacional da quimioprofilaxia.*

### 4.4 - Matriz de Programação de Atividades

A seguir, são apresentados dois modelos de matrizes programáticas:

**Procura de casos****1º Método – Baseado no incremento esperado de casos.**

1. Número total de casos dos últimos 3 anos.

1996	1997	1998

2. Selecionar o maior número dos últimos 3 anos

N =
-----

3. Para encontrar o número de casos novos previstos para 1999 ( $N_{1999}$ ), multiplicar o número selecionado por 1,10 (supondo um incremento de 10% na descoberta.)

$N \times 1,10$
$N_{1999} =$

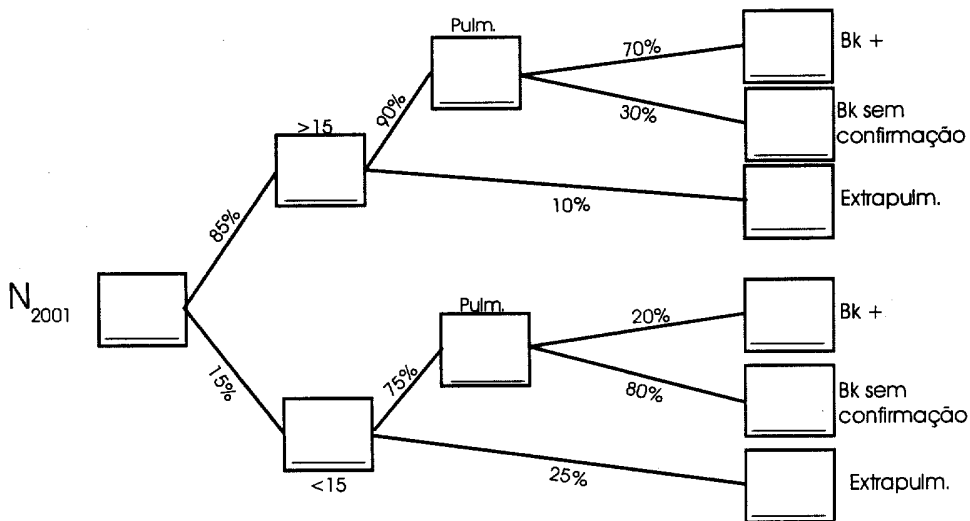
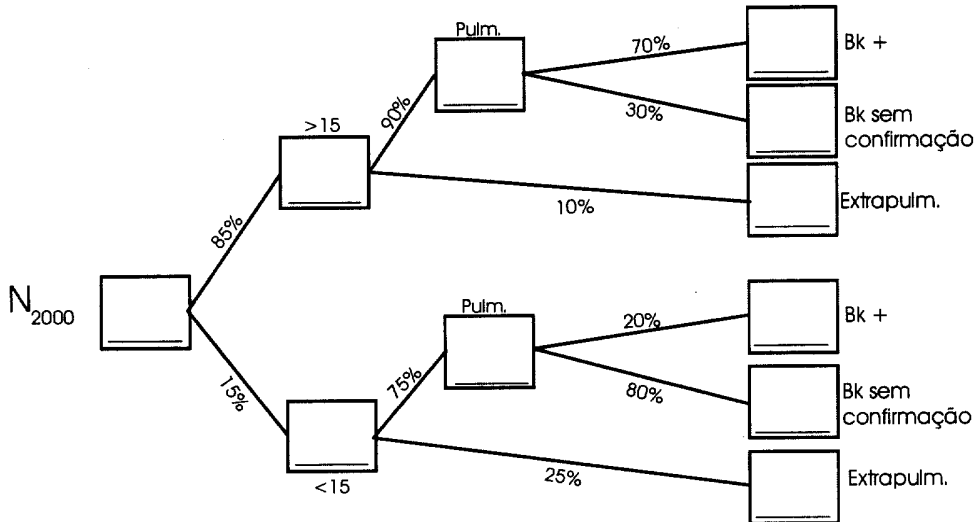
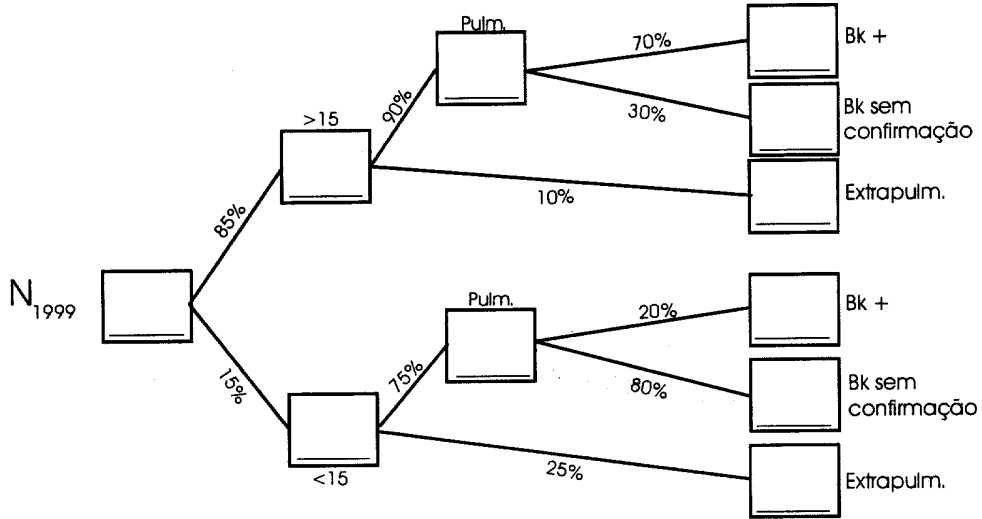
4. A previsão de casos para o ano 2.000 ( $N_{2000}$ ) será obtida multiplicando-se  $N_{1999} \times 1,10$

$N_{1999} \times 1,10$
$N_{2000} =$

5. A previsão para o ano 2.001 ( $N_{2001}$ ) será obtida multiplicando-se  $N_{2000} \times 1,10$

$N_{2000} \times 1,10$
$N_{2001} =$

6. Para cada ano, a partir do total de casos estimados, preencher as árvores a seguir (ver Anexo 8):



7. Número de sintomáticos respiratórios (SR) a serem examinados a cada ano: Multiplicar o número total de casos com baciloscopia positiva de cada ano por 25.

$\left( \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos com Bac + em maior de 15 anos somados com o}}{\text{N}^\circ \text{ de casos com Bac + em menor de 15 anos}} \right) \times 25$
$SR_{1999} = \left( \underline{\quad} + \underline{\quad} \right) \times 25 = \underline{\quad}$
$SR_{2000} = \left( \underline{\quad} + \underline{\quad} \right) \times 25 = \underline{\quad}$
$SR_{2001} = \left( \underline{\quad} + \underline{\quad} \right) \times 25 = \underline{\quad}$

O número 25 foi utilizado supondo que o percentual de casos com baciloscopia positiva entre SR seja de 4%.

Ou seja:

SR		com Baciloscopia +
100	_____	4
x	_____	Nº casos BK +

$$x = \frac{(\text{N}^\circ \text{ casos BK +}) \times 100}{4} = (\text{N}^\circ \text{ casos BK +}) \times 25$$

8. O número de reingressantes (R) no sistema em cada ano após cura (recidiva) e após abandono corresponde, aproximadamente a 10% dos casos novos.

Os reingressantes estimados para cada ano serão dados por

$N_{1999} \times 0,10$	$N_{2000} \times 0,10$	$N_{2001} \times 0,10$
$R_{1999} = \underline{\quad}$	$R_{2000} = \underline{\quad}$	$R_{2001} = \underline{\quad}$

9. Total (T) de casos a serem descobertos será dado por (N + R)

$N_{1999} + R_{1999}$	$N_{2000} + R_{2000}$	$N_{2001} + R_{2001}$
$T_{1999} = \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{\quad}$	$T_{2000} = \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{\quad}$	$T_{2001} = \underline{\quad} + \underline{\quad} = \underline{\quad}$

**2º Método – Baseado no número de Sintomáticos Respiratórios estimados**

1. Tomar a população geral (P) de 1999

$P = \underline{\quad}$
-------------------------

2. Número de Sintomáticos Respiratórios (SR) estimados igual a 1% da população

$P \times 0,01$
$SR = \underline{\quad}$

3. O número de casos com baciloscopia positiva (BK +) é igual a 4% dos sintomáticos respiratórios

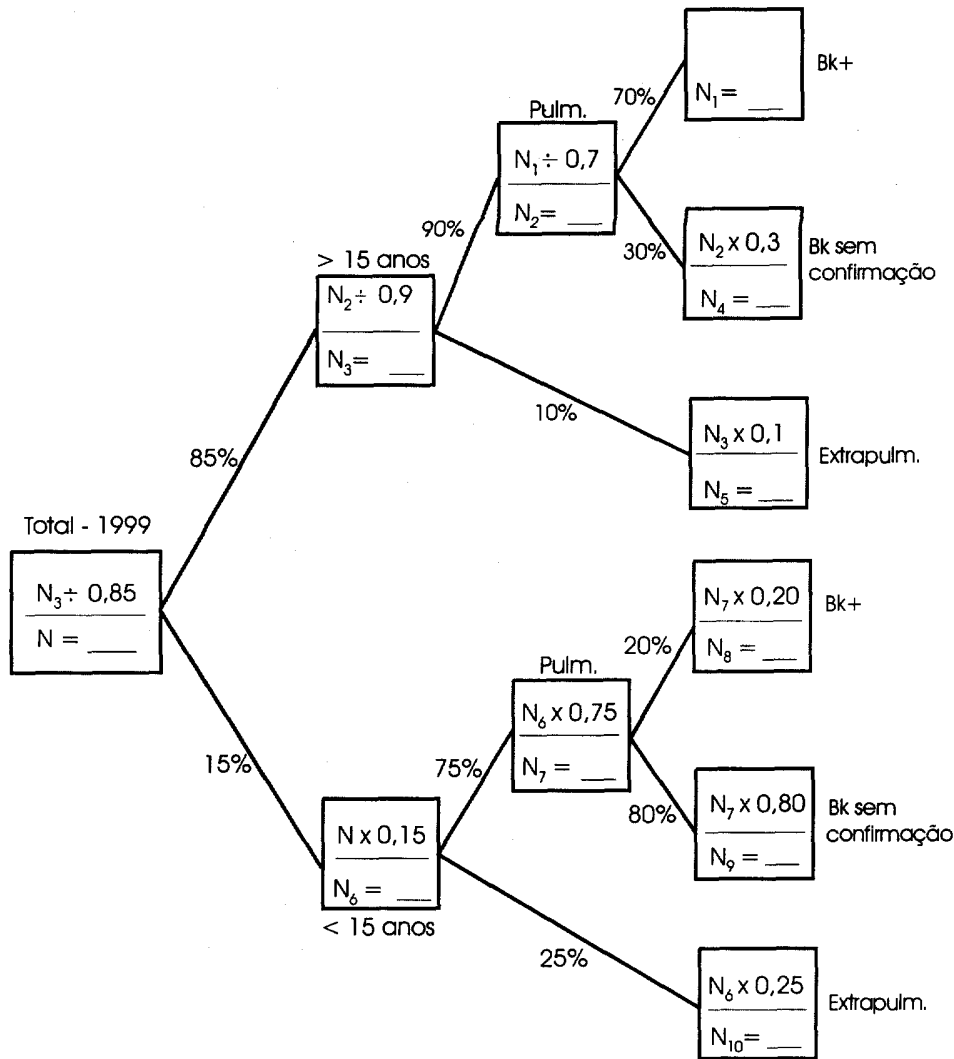
$SR \times 0,04$
$BK + = \underline{\quad}$

4. O número de casos com Baciloscopia positiva em maiores de 15 anos (BK + > 15) corresponde a 96% do total de casos com Baciloscopia positiva.

$BK + \times 0,96$
$BK + > 15 = \underline{\quad}$

Chamando-se o número de pacientes BK > 15 de  $N_1$  passamos ao item 5.

5. Com o número de  $N_1$  calculado, preencher a árvore abaixo:



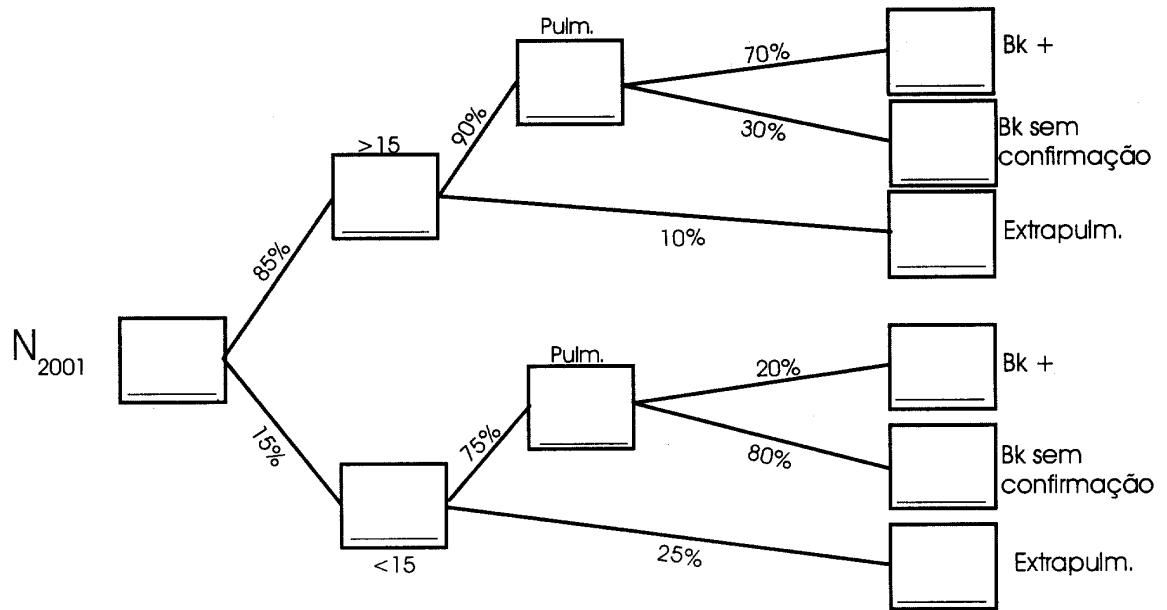
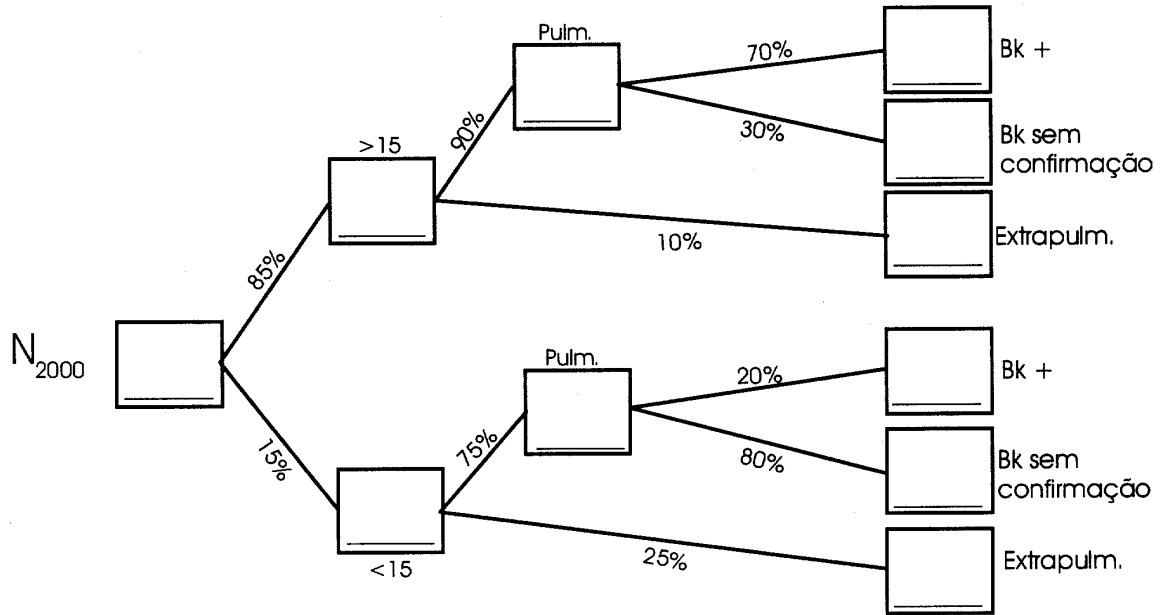
Obtém-se, assim, o total de casos para o anode 1999 ( $N_{1999}$ ).

BK +, Bac + = Baciloscopia positiva

6. Os totais de casos previstos para 2000 e 2001 serão estimados supondo um incremento anual de 10%.

$N_{1999} \times 1,10$	$N_{2000} \times 1,10$
$N_{2000} = \text{---}$	$N_{2001} = \text{---}$

Preencher as árvores para os anos 2000 e 2001.



7. O número de reingressantes (R) no sistema em cada ano após cura (recidivas) e/ou após abandono corresponde, aproximadamente, a 10% dos casos novos.

Os reingressantes estimados para cada ano serão dados por:

$N_{1999} \times 0,10$	$N_{2000} \times 0,10$	$N_{2001} \times 0,10$
$R_{1999} = \underline{\hspace{2cm}}$	$R_{2000} = \underline{\hspace{2cm}}$	$R_{2001} = \underline{\hspace{2cm}}$

8. Total (T) de casos a serem descobertos será dado (N + R)

$N_{1999} + R_{1999}$	$N_{2000} + R_{2000}$	$N_{2001} + R_{2001}$
$T_{1999} = \underline{\hspace{2cm}}$	$T_{2000} = \underline{\hspace{2cm}}$	$T_{2001} = \underline{\hspace{2cm}}$

No quadro 5 é apresentada uma Matriz de Programação de Atividades e no quadro 6 um Formulário Padronizado para Previsão de Materiais e Insumos.

Nos quadros 7, 7A, 7B, 7C, 7D e 7E são apresentados os Indicadores de Avaliação respectivamente: Indicadores Gerais, Epidemiológicos, Operacionais, Localização de Casos e Impacto.



**QUADRO 5: MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES**

ESTADO: DE:	MUNICÍPIO	UNIDADES DE SAÚDE	ANO	
COMPONENTES E ATIVIDADES	GRUPOS ALVO DESCRIÇÃO	Nº	PARÂMETROS	META ANUAL
<b>TRATAMENTO</b>				
Supervisionado _____	Casos novos TB		_____ 55%	
Auto-administrado _____	Casos novos TB		_____ 45%	
Em hospital (ambulatório) _____	Casos novos TB		_____ 10%	
Baciloscopia de controle _____	Casos novos TBP +		_____ 6/caso	
Visita domiciliar _____	Casos novos TBP +		_____ 2/caso	
Entrevista-consulta- (supervisionados) _____	Casos novos TB		_____ 42/caso	
(não supervisionados) _____			_____ 6/caso	
<b>PROTEÇÃO DOS SADIOS</b>				
Quimioprofilaxia _____	Recém-nasc.comunic.BK +		_____ 100%	
_____	Comunic. BK +, < 5 a, s/ BCG		_____ 100%	
_____	HIV+ c/PPD ≥ 5mm (vide normas)		_____ 100%	
Vacinar com BCG _____	< 1 ano		_____ 100%	
_____	0-4 anos não vacinadas.		_____ 100%	
Revacinar com BCG _____	Crianças com 6 anos		_____ 100%	
<b>SUPERVISÃO</b>				
Visita da equipe à Central Municipal _____	CS Sede distrital		_____ 1 visita/trim.	
Visita da equipe à Central Distrital _____	CS, ambulatório, PS		_____ 1 visita/trim	
<b>AVALIAÇÃO</b>				
Avaliar a procura de casos _____	US c/ procura de casos		_____ 1 aval./trim.	
Avaliar o tratamento p/coortes _____	US c/ tratamento		_____ 1 aval./trim.	
Reexaminar lâminas p/avaliar qualidade da baciloscopia _____	Baciloscopias positivas		_____ 100%	
	Baciloscopias negativas		_____ 10%	
<b>TREINAMENTO</b>				
Em controle da TB _____	Pessoal auxiliar			
_____	Pessoal nível superior			
Seminário sobre controle da TB _____	Pessoal de serv.de saúde e comunidade			
<b>INTEGRAÇÃO DE US</b>				
Implantar controle TB _____	Em Centros de Saúde		_____ 80%	
_____	Em ambulatórios		_____ 80%	
_____	(Hospitais ou Unid. Mixta)			
	Em Postos de Saúde		_____ 80%	

### QUADRO 6 - FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA PREVISÃO DE MATERIAIS E INSUMOS

ESPECIFICAÇÃO	APRESENTAÇÃO	NECESSIDADE
Vacina BCG ID	50 doses	
Seringa descartável	Seringa	
Agulha 13 x 3,8	Agulha	
Pote plástico descartável	Pote	
Aplicador descartável	Aplicador	
Lâmina	Caixa com 50	
Sol. Fucsina Básica	Litro	
Sol. Azul de Metileno	Litro	
Sol. Álcool-Ácido	Litro	
Óleo de Cedro	Frasco com 25 g	
Xilol	Frasco com 500 ml	
Tuberculina Rt 23	Frasco com 50 doses	
Esquema I 6 meses		
Esquema IR 6 meses		
Esquema II 9 meses		
Esquema III 12 meses		
Quimioprofilaxia		

#### 4.5 - Indicadores de Avaliação

##### QUADRO 7 - A - INDICADORES GERAIS

INDICADORES	DESCRIÇÃO	FÓRMULA
Cobertura de Municípios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº Unidades de Saúde (NUS) multiplicado por 100, dividido pelo nº de Municípios (NM)</li> </ul>	$\frac{NUS}{NM} \times 100$
Proporção de US integradas ao PCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de Unidades de Saúde (NUS) com Programa de Controle da Tuberculose (PCT) multiplicado por 100, dividido pelo nº de Unidades de Saúde (NUS)</li> </ul>	$\frac{NUS \text{ PCT}}{NUS} \times 100$

##### QUADRO 7 - B - INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

INDICADORES	DESCRIÇÃO	FÓRMULA
Taxa de Incidência	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº total de casos de tuberculose todas as formas (NTb) multiplicado por 100.000 e dividido pela população (P)</li> <li>Por sexo</li> </ul>	$\frac{NTb}{P} \times 100\ 000$
Taxa de Incidência de Bacilíferos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº total de tuberculose pulmonar bacilífero (NtbpulmB+) multiplicado por 100.000 dividido pela população</li> <li>Por sexo</li> <li>Por idade</li> </ul>	$\frac{NtbpulmB+}{P} \times 100\ 000$
Taxa de Mortalidade por TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de óbitos por tuberculose (NOb) multiplicado por 100.000, dividido pela população</li> </ul>	$\frac{NOb}{P} \times 100\ 000$

**QUADRO 7 – C – INDICADORES OPERACIONAIS**

INDICADORES	DESCRIÇÃO	FÓRMULA
Proporção de pacientes bacilíferos entre o total de casos pulmonares	• N° de tuberculose pulmonar (NtbpulmB+) com baciloscopia positiva (B+) multiplicado por 100, dividido pelo n° de tuberculose pulmonar	$\frac{NTbpulmB+}{NTbpulm} \times 100$
Proporção de pacientes com baciloscopia negativa entre o total de casos pulmonares	• N° total de tuberculose pulmonar (NtbpulmB-) com baciloscopia negativa (B-) multiplicado por 100, dividido pelo n° de tuberculose pulmonar (Ntbpulm)	$\frac{NTbpulmB-}{NTbpulm} \times 100$
Proporção de casos de tuberculose pulmonar com baciloscopia não realizada entre o total de casos de TB pulmonar	• N° de tuberculose pulmonar (NTbpulmBNR) com baciloscopia não realizada (Bnr) multiplicado por 100, dividido pelo n° de tuberculose pulmonar (Ntbpulm)	$\frac{NTbpulmBnr}{Ntbpulm} \times 100$
Proporção de casos de TB pulmonar entre os de TB de todas as formas	• N° de tuberculose pulmonar (NTbpulm) multiplicado por 100, dividido pelo n° de tuberculose total (NTb)	$\frac{NTbpulm}{NTb} \times 100$

**QUADRO 7 – D – INDICADORES DE LOCALIZAÇÃO DE CASOS**

INDICADORES	DESCRIÇÃO	FÓRMULA
Proporção de SR examinados na demanda da US	• N° de sintomáticos respiratórios investigados (NSRI) multiplicado por 100 dividido pelo n° de consultantes adultos (CA)	$\frac{NSRI}{CA} \times 100$
Incidência de meningite TB em menores de 5 anos	• N° de casos de meningite tuberculosa (NMENTb) em menores de 5 anos (< 5) no ano multiplicado por 100 000, dividido pela população < 5 anos (p < 5)	$\frac{NMENTb < 5 \text{ anos}}{P < 5} \times 100 \text{ 000}$
Proporção de baciloscopias p/ diagnóstico do total de baciloscopias realizadas	• N° de baciloscopias realizadas para diagnóstico (NBKRD) multiplicado por 100, dividido pelo total de baciloscopias realizadas (BKR)	$\frac{NBKRD}{NBR} \times 100$
Proporção de baciloscopias positivas entre as realizadas	• N° de baciloscopias positivas (NBK+) multiplicadas por 100, dividido pelo n° total de baciloscopias realizadas (NBKR)	$\frac{NBK+}{NBKR} \times 100$

**QUADRO 7 – E – INDICAÇÕES DE IMPACTO**

INDICADORES	DESCRIÇÃO	FÓRMULA
Incidência de meningite TB em < de 5 anos	• N° de casos de meningite tuberculosa (NMENTb) menores de 5 anos (< 5) multiplicado por 100 000 e dividido pela população < 5 anos (P < 5)	$\frac{NMENTb}{P < 5} \times 100 \text{ 000}$
Tendência da mortalidade		
Tendência da notificação de casos por grupo etário		
Prevalência da infecção tuberculosa		

#### 4.6 - Atribuições do Ministério da Saúde

- *Ministério da Saúde oferecerá as Normas Técnicas e Operacionais, subsídios técnicos, assim como orientação para os programas de treinamento de Recursos Humanos, que deverá ser feito pelos Estados/Municípios.*
  - *Abastecimento de medicamentos (compra e distribuição via Estados).*
  - *Informações Públicas.*
  - *Subsídios financeiros através do SIA/AIH SUS (Anexo 3), para pagamento de tratamento supervisionado e bônus para os casos tratados e curados.*
    - *Apoio do sistema de Laboratórios e de supervisão da rede laboratorial.*
    - *Promover imediata campanha de informação à sociedade sobre promoção da saúde, com alertas sobre a magnitude do problema, alertas sobre os perigos do abandono e da irregularidade do tratamento; produção de vídeos para os diferentes tipos de públicos (alunos dos cursos primário, secundário, universitário, trabalhadores em geral), utilizando a mídia em geral para auxiliar na divulgação dos alertas à população.*
  - *Estas atividades serão efetuadas pela Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária - CNPS, atualmente subordinada a Secretaria de Políticas de Saúde. Caberá à CNPS coordenar o PLANO NACIONAL e efetuar um sistema de supervisão e avaliação do mesmo, assim como coordenar o Sistema de registro e informações*

#### 4.7 - Funções das Secretarias de Saúde Estaduais/Municipais

- *Promover e coordenar os Programas Estaduais de Controle da Tuberculose respectivos incluindo a execução de atividades sob sua responsabilidade direta.*
  - *Promover intensa atividade de formação e treinamento de recursos humanos necessários ao desenvolvimento do programa, incluindo promover intensa atividade de arregimentação (convocar/convidar) pessoas já treinadas para o desempenho do PCT (Anexo 2).*
    - *Logística, supervisão e apoio.*
    - *Registro e informação aos Estados.*
    - *Informações públicas.*
    - *Mobilização de ONGs e das Comunidades.*
    - *Aporte de recursos próprios.*
    - *Aplicação de Normas Nacionais ajustando-as operacionalmente às realidades regionais.*

## 5 – Processo de Elaboração do Plano

O Plano Nacional de Controle da Tuberculose foi elaborado obedecendo as seguintes Fases A/B/C/D.

**5.1 - Fase A** - *Estabelecimento de bases e normas nacionais para a elaboração do Plano.*

**5.2 - Fase B**- *Seminário – oficina de trabalho ocorrida nos dias 13/14/15 de Outubro em Brasília- DF - para discussão das bases e normas nacionais preliminares e elaboração das propostas preliminares dos PLANOS dos Estados e Municípios participantes (Anexo 7).*

*Durante a Sessão de Abertura do Seminário de Brasília, foram empossados os seguintes membros do Comitê Técnico Científico Assessor à Tuberculose: Germano Gerhardt Filho, Miguel Aiub Hijjar, Gilmário Mourão Teixeira, Fernando Augusto Fiúza de Melo, Afrânio Lineu Kritski, Margarida Maria de Matos Brito de Almeida, José Rosemberg, Jorge Barros Afiune, Valry Bittencourt Ferreira, Werner Paul Ott.*

**5.3 - Fase C**- *Elaboração do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, momento de incorporação das contribuições obtidas na Fase B (detalhadas no Anexo 7).*

**5.4 - Fase D** - *Elaboração de PLANOS pelos Municípios.*

**5.5 - INÍCIO FORMAL DE EXECUÇÃO - Janeiro de 1999**



## **6. Instrumentos de Ação e Organização no Nível Federal**

### **6.1 - Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária-**

Ligações- DGPES/ SPS/ MS

SE/MS- compra e distribuição de medicamentos

SAS/MS-

CENEPI/FNS-

CRHF

### **6.2 - SIA/AIH/SUS ( SAS) – Revisão das Tabelas de Remuneração e inclusão de novos Procedimentos:**

- *Tratamento supervisionado*
- *Bônus por tratamento com cura*
- *Revisão dos procedimentos Hospitalares quanto ao tempo de internação*

### **6.3 - Sistemas de Informação**

- *Sistema de Vigilância Epidemiológica (CENEPI)*
- *Subsistema próprio (CNPS)*

### **6.4 - Informação Pública**

### **6.5 - Abastecimento de Medicamentos**

- *Estimativa das necessidades e registros pela CNPS com base nos informes de cada Estado*
- *Compra e distribuição ( SE/MS)*
- *Controle de Qualidade ( SVS e FIOCRUZ)*

### **6.6 - Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária-**

- *Localização funcional- DGPES/SPS/MS*
- *Organização básica-*

A CNPS tem um Coordenador Nacional e um Coordenador para cada Macro Região: no Norte, sediado em Belém; no Nordeste, sediado em Fortaleza; no Sul e Sudeste sediado no Rio de Janeiro e no Centro Oeste, sediado em Brasília. Conta também com o CRHF:

*A CNPS conta com o Centro de Referência Hélio Fraga - CRHF, no Rio de Janeiro. Este Centro foi criado pela Portaria 02/84 de 30 de Janeiro de 1984. O CRHF cumpre uma missão importante como referência nacional na área de Pneumologia Sanitária e, em especial na área de combate à Tuberculose. Assim destaca-se como órgão para as ações nacionais nesses segmentos da Saúde Pública. No campo tecnológico e analítico sedia laboratório de referência nacional na área da Tuberculose e das doenças pulmonares ambientais e ocupacionais. Se considerarmos os produtos e ações do CRHF desde sua criação destacam-se: cursos, treinamentos, pesquisas, teses, estágios, material instrucional, formação e manutenção de Micobacterioteca, produção de insumos para diagnóstico e exames. (Anexo 4)*

### **6.7- Metodologia de formação de Centro de Excelência**

O CRHF coordena os trabalhos visando a implantação de um Centro de Excelência de Combate à Tuberculose, apoiando o Plano Nacional de Controle da Tuberculose e organiza uma ampla rede de parceiros estratégicos. Essa rede, que buscará a excelência de seus elos, configura – pela sua ação integrada e integradora – o Centro de Excelência que é, em verdade, um Centro Virtual (Anexo 5). A metodologia para a formação de Centro de Excelência é de autoria da COPPE/UFRJ - Petrobrás e vem sendo aplicada com sucesso em dezenas de projetos no País.



## **Lista de Anexos**

- Anexo 1** - PLANO EMERGENCIAL PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE
- Anexo 2** - LISTA DOS ALUNOS DO CURSO NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA
- Anexo 3** - PROCEDIMENTOS SIA/AIH/SUS
- Anexo 4** - CENTRO DE REFERÊNCIA HÉLIO FRAGA
- Anexo 5** - CENTRO DE EXCELÊNCIA DE COMBATE À TUBERCULOSE
- Anexo 6** - RESOLUÇÃO NÚMERO 284 DE 06 DE AGOSTO DE 1998 DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
- Anexo 7** - SEMINÁRIO DE BRASÍLIA
- Anexo 8** - FORMULÁRIOS PARA USO NO PNCT



# **Plano Emergencial Para o Controle da Tuberculose**

**Texto original do Plano Emergencial  
Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária  
CENEPI - FNS - 1996**

# **COORDENAÇÃO NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA - CNPS -**

## **COORDENADOR NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA**

- Miguel Aiub Hijjar

### **EQUIPE TÉCNICA**

Ademir de Albuquerque Gomes  
Ana Zuleide M. Santos Rosa  
Josué Laguardia  
Ivanize de Holanda Cunha  
Vera Lúcia Andrade Martins  
Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha

### **NÚCLEO MACRORREGIONAL NORDESTE**

Anilda Maria de Brito Cysne  
Fernanda Maria Magalhães Carneiro  
Maria Rosalva Teixeira Mota  
Meire Luce Moreira Rolim  
Nadja Antônia Bandeira de Arruda Ramô

### **NÚCLEO MACRORREGIONAL CENTRO-OESTE**

Ademir de Albuquerque Gomes  
Ana Zuleide Mendonça Santos Rosa  
Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha  
Ivanize de Holanda Cunha  
Miguel Aiub Hijjar

### **NÚCLEO MACRORREGIONAL NORTE**

Josiney Raimundo Pires dos Santos  
Neusa Maria Dias Moreira  
Antônio Anselmo Bentes de Oliveira  
Raimundo Nonato Maués

### **NÚCLEO MACRORREGIONAL SUL/SUDESTE**

Alex dos Reis Escobar  
Carmem Lúcia Muricy  
Cremilda Ovidio de Medeiros  
Edna A. Macedo  
Francisco Eduardo Ferreira da Silva  
Ilana Bejel  
José Ferreira Neves  
José Augusto P. Batalheiro  
Lya Leyla Amaral

### **EQUIPE DE APOIO**

Eraldo Severino da Silva  
Claudeth Santos de Oliveira  
Irany Batista  
Magda Maria Dequiqui  
Marta Mendonça

### **REVISORES**

Ademir de Albuquerque Gomes  
Carmem Lúcia Muricy  
Josiney Raimundo P. dos Santos  
Meire Luce Moreira Rolim  
Miguel Aiub Hijjar

### **DIGITAÇÃO**

Claudeth Santos de Oliveira

## Introdução

1. Situação atual da tuberculose
2. Objetivos do Plano Emergencial
  - A – Geral
  - B – Específicos
3. Critérios para priorização dos municípios
4. Municípios Priorizados no Plano Emergencial
5. Resultados Esperados
6. Estratégias para operacionalização do Plano Emergencial
  - 6.1 – Gerenciamento
  - 6.2 – Política de Recursos Humanos
    - 6.2.1 –Equipe Multiprofissional para desenvolver as atividades do PCT
    - 6.2.2 –Competência do Coordenador Municipal
    - 6.2.3 –Competência do Coordenador Estadual
    - 6.2.4 –Competência do Coordenador Macrorregional
  - 6.3 – Ação Política
7. Programação das atividades do PCT
  - 7.1 – Procura e descoberta de casos de tuberculose
  - 7.2 – Tratamento dos casos de tuberculose
  - 7.3 – Proteção dos Sadios
  - 7.4 – Integração do PCT às Unidades de Saúde
  - 7.5 – Supervisão
  - 7.6 – Treinamento
  - 7.7 – Avaliação das Atividades
8. Instrumentos de Programação das atividades do PCT
  - 8.1 – Matriz Programática
9. Indicadores de Avaliação
10. Instrumentos de Avaliação do Plano Emergencial
11. Referências Bibliográficas



# Introdução

A Organização Mundial de Saúde declarou em abril de 1993, a tuberculose em estado de urgência no mundo. O empobrecimento de grande contingente da população, a assistência precária à saúde e a epidemia da AIDS, fizeram com que a tuberculose, que era um problema declinante e até passível de erradicação nos países desenvolvidos, voltasse a crescer e ameaçar tornar-se doença resistente aos medicamentos habituais por má utilização dos mesmos.

A Tuberculose ainda se constitui um sério problema de saúde pública no mundo, onde são registrados 8 milhões de casos novos e 2,7 milhões de óbitos por ano.

O Brasil é o 6º país em número de casos novos no mundo, com notificação anual em torno de 90.000 doentes, motivando organismos internacionais, como a Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde e Union Internacional Against Tuberculosis e Respiratory Diseases terem interesse em apoiar o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).

Apesar desse interesse e dos indicadores alarmantes no país, esta endemia representa apenas média prioridade para o Ministério da Saúde e baixa prioridade para a maioria das secretarias estaduais e municipais de saúde, o que é motivo de preocupação uma vez que estes órgãos são responsáveis diretos pela execução das atividades que causam impacto na redução do problema.

Frente a este cenário, a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária - CNPS - responsável em nível nacional pelo controle da Tuberculose, em 1994, apontou diretrizes para a elaboração do Plano de Ação Emergencial para Municípios Prioritários, objetivando implementar o Controle da Tuberculose nos municípios onde a doença atingisse sua maior força dentro do Território Nacional, e nos quais o emprego de recursos pudesse alcançar melhores resultados proporcionando considerável impacto na redução da doença. O PNCT procura atingir todos os estados e municípios com suas ações, e a sua programação anual assim é executada. No entanto, a priorização de municípios para o emprego de recursos visa alcançar cerca de 75 % do problema, visto que os critérios utilizados foram considerados com bases epidemiológicas e operacionais de modo a maximizar a relação custo-efetividade.

## 1 - Situação Atual da Tuberculose

No Brasil, no ano de 1995, foram notificados 90.664 casos novos por todas as formas clínicas, e em 1994 foram registrados 5.977 óbitos.

Dentre os casos notificados, 52% são pulmonares bacilíferos, responsáveis pela cadeia de transmissão da doença, portanto pela perpetuação da tuberculose na população. Existe baixa efetividade do tratamento, principalmente por conta de elevado abandono, principalmente nas capitais, onde se situa em torno de 25%, existindo ainda um grupo sem informação do resultado do tratamento.

Este quadro vem se agravando como consequência das constantes reformas ocorridas pelo sistema de saúde no país, pelo sucateamento da rede pública, pelo

crescente empobrecimento da população, pela má assistência a saúde e pelo recente aparecimento e rápida expansão da epidemia da AIDS no país.

Esta situação permanece, apesar dos esforços da CNPS que vem tentando implementar, junto com as unidades federadas, as atividades de diagnóstico tratamento, treinamento, supervisão e avaliação em todo território nacional. Com essa finalidade, desde 1993, a CNPS, juntamente com a Coordenação de Laboratórios do CENEPI, através da Fundação Nacional de Saúde, vem alocando crescente soma de recursos conforme programação realizada junto às Unidades Federadas, (Coordenações Estaduais), que no de 1995, perfizeram um total de R\$ 19.467.165,00

Entretanto, apesar da injeção de recursos, a falta de priorização da tuberculose pelos níveis de execução estadual e municipal faz com que o PNCT venha apresentando baixa efetividade e registrando um índice de abandono cada vez mais elevado.

Para facilitar o processo de transformação deste quadro, a CNPS após avaliar a fase preliminar de implantação do plano emergencial do PCT, estabeleceu como estratégia, direcionar sua atenção aos municípios que apresentam indicadores desfavoráveis ao desempenho das ações de controle, levando em consideração critérios bem definidos que atinjam pelo menos 75% do total de casos de tuberculose no país.

## **2 - Objetivos do Plano Emergencial**

### **A - GERAL**

Aumentar a efetividade das ações de controle da tuberculose em todo território nacional, através da implementação ou implantação de atividades específicas para o seu controle nos municípios prioritários visando diminuir a transmissão do bacilo da tuberculose na população, até o ano de 1998.

### **B - ESPECÍFICOS**

- 1. Aumentar a cobertura do programa de controle da tuberculose em todo o país**, integrando atividades de diagnóstico e tratamento em pelo menos 80% dos Centros de Saúde existentes na rede pública nos municípios prioritizados.
- 2. Implementar o diagnóstico bacteriológico da tuberculose**, através da:
  - 2.1. Melhoria da rede de laboratório, para apoio aos programas estaduais e municípios de controle da tuberculose;
  - 2.2. Capacitação de recursos humanos com ênfase para os aspectos gerenciais, análise e avaliação epidemiológica e operacional, voltados para o modelo organizacional da rede de laboratórios;
  - 2.3. Supervisão direta e indireta, para o controle de qualidade dos laboratórios da rede.
- 3. Descobrir pelo menos 90% dos casos de tuberculose existentes**, através da:
  - 3.1. Revisão dos parâmetros de programação de número de casos esperados em cada Município Prioritário/Unidade de Saúde;



- 3.2. Implementação da busca de casos, a partir da identificação de sintomáticos respiratórios da demanda espontânea, ou referendada para consulta na Unidade de Saúde;
- 3.3. Implementação da busca de casos pelo exame bacteriológico de todos os sintomáticos respiratórios;
- 3.4. Implementação da busca de casos, pelo exame de comunicantes de casos de tuberculose de todas as formas.

#### **4. Curar pelo menos 85% dos casos novos descobertos:**

- 4.1. Garantindo esquemas de tratamento padronizados a todos os casos diagnosticados (5);
- 4.2. Cadastrando todas as unidades de saúde com atividades de controle da tuberculose e possibilitando a avaliação da efetividade do tratamento através da implantação do Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose em nível local (8);
- 4.3. Implementando o SINAN (Sistema de informação de agravo e notificação) para garantir a análise de informações nos níveis local, municipal e estadual.
- 4.4. Implantando tratamento supervisionado para pacientes com maior risco de abandono (mendigos, alcoólicos, presidiários, doentes mentais e usuários de drogas endovenosas e outros).

#### **5. Desenvolver ação política, junto às autoridades de saúde e sociedades representativas na área de saúde pública.**

- 5.1. Atuando junto aos Conselhos Estaduais, Municipais de Saúde, Coordenadores Regionais da FNS, Diretores de Unidades de Saúde, Órgãos formadores de Recursos Humanos, Universidades e Representantes da Sociedade Civil Organizada;
- 5.2. Incluindo temas de tuberculose em Congressos, publicações de sociedades médicas e de outras áreas de saúde pública e outros eventos;
- 5.3. Incluindo a tuberculose como prioridade nos Planos Municipais de Saúde.

### **3 - Critérios Para Priorização dos Municípios**

Para fins de inclusão no Plano Emergencial, o município deverá atender aos critérios abaixo, na seguinte ordem de prioridade:

1. **População** - municípios com população acima de 50.000 habitantes;
2. **Número de casos novos notificados de tuberculose:** O município deverá constar entre aqueles com maior número de casos no Estado;
3. **Coeficiente de incidência** - Municípios com coeficiente de incidência igual ou maior ao da Unidade Federada a que pertence, ou coeficiente de incidência acima da Média do Coeficiente de Incidência do Brasil. (58,4 %.000 hab. em 1995);

4. **Óbito** - Municípios com percentual de óbitos por tuberculose acima de 5% dos casos novos no ano;
5. **Efetividade do tratamento:** Municípios que apresentam, nos estudos de Coorte:
  - Cura abaixo de 85% dos casos que iniciaram tratamento;
  - Abandono acima de 10%;
  - Índice de Sem Informação do Resultado do Tratamento acima de 5%
6. **Integração de Centros de Saúde ao Programa de Controle da Tuberculose (aqueles com atividade de diagnóstico e tratamento)** - Municípios com menos de 80% dos centros de saúde com atividades de diagnóstico e tratamento;
7. **Incidência de casos de AIDS** - Municípios que apresentam Total Acumulado de casos de AIDS elevado.

A análise dos critérios para seleção dos municípios priorizados no Plano Emergencial para o triênio 1996/1998 foi realizada de forma globalizada, sem deixar de considerar as especificidades regionais e locais.

#### 4 - Municípios Priorizados no Plano Emergencial

**REGIÃO NORTE** - 26 Municípios, correspondendo a 76,1% do total de casos da região.  
Unidades Federadas:

<b>ACRE</b>	Rio Branco e Cruzeiro do Sul
<b>AMAZONAS</b>	Manaus, Parintins, Itacoatiara e São Gabriel da Cachoeira.
<b>AMAPÁ</b>	Macapá, Santana e Oiapoque
<b>PARÁ</b>	Belém, Ananindeua, Castanhal, Marabá, Capanema, Abaetetuba e Parauapebas
<b>RONDÔNIA</b>	Porto Velho, Ariquemes, Guajará Mirim, Cacoal, Jí-Paraná e Vilhena
<b>RORAIMA</b>	Boa Vista, Caracaraí, Alto Alegre, Normandia

**REGIÃO NORDESTE:** - 81 Municípios, correspondendo a 66,5% do total de casos da região.

Unidades Federadas:

<b>MARANHÃO:</b>	São Luís, Imperatriz, Caxias, Bacabal, Santa Inês, Timon, Pinheiro, Santa Luzia, Pedreiras e Coroatá.
<b>PIAUI:</b>	Terezina, União, Picos, Canto do Buriti, São Raimundo Nonato, São João do Piauí e Cocal.
<b>CEARÁ:</b>	Caucaia, Fortaleza, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Sobral e Crato.
<b>RIO GRANDE DO NORTE:</b>	Natal, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, Mossoró, Ceará Mirim, Pendências, Macau e Santa Cruz.
<b>PARAIBA:</b>	João Pessoa, Campina Grande, Patos, Guarabira, Bayeux, Souza e Cajazeiras.
<b>ALAGOAS:</b>	Maceió, Rio Largo, São Miguel dos Campos, Palmeira dos Índios, Coruripe, Penedo, União dos Palmares e Arapiraca.
<b>PERNAMBUCO:</b>	Cabo, Camaragibe, Caruaru, Igarassu, Jaboatão, Olinda, Paulista, Petrolina, Recife e Vitória de Santo Antão.
<b>SERGIPE:</b>	Aracaju, Estância, Itabaiana, Lagarto e Socorro.
<b>BAHIA:</b>	Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Candeias, Feira de Santana, Guanambi, Ilheus, Jacobina, Jequié, Juazeiro, Teixeira de Freitas, Salvador, Senhor do Bom Fim, Simões Filho, Santo Amaro da Purificação, Lauro de Freitas, Valença e Vitória da Conquista.

**REGIÃO CENTRO OESTE:** - 27 Municípios, correspondendo a 66,6% do total de casos.

<b>MATO GROSSO:</b>	Cuiabá, Varzea Grande, Cárceres, Rondonópolis e Barra do Garça.
<b>MATO GROSSO DO SUL:</b>	Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Dourados, Ponta Porã e Três Lagoas
<b>GOIÁS:</b>	Goiânia, Aparecida de Goiânia, Anápolis, Itumbiara, Jataí, Rio Verde e Crixás.
<b>TOCANTINS:</b>	Araguaína, Porto Nacional, Gurupí e Palmas.
<b>DISTRITO FEDERAL:</b>	Brasília, Gama, Agrovila São Sebastião, Planaltina e Ceilândia.

**REGIÃO SUDESTE:** 43 Municípios \* correspondendo a do 55,7 \* total de casos.

<b>ESPIRITO SANTO:</b>	Vitória, Vila Velha, Serra, Cariacica, Cachoeiro do Itapemirim, Colatina, Guarapari, Viana, Linhares e São Mateus
<b>MINAS GERAIS:</b>	
<b>RIO DE JANEIRO:</b>	Duque de Caxias, Nova Iguaçu, Queimados, São João do Meriti, Niterói, São Gonçalo, Belford Roxo, Magé e Rio de Janeiro.
<b>SÃO PAULO:</b>	Campinas, Jundiaí, Piracicaba, Ribeirão Preto, Santos, São Vicente, Guarujá, Cubatão, Caraguatatuba, São José dos Campos, São José do Rio Preto, Sorocaba, São Paulo, Santo André, Diadema, Guarulhos, Mogi das Cruzes, Suzano, Osasco, Barueri, Itapeví, Carapicuíba, Taboão da Serra, Embu e São Bernardo do Campo.

\* Não incluídos os municípios de Minas Gerais

**REGIÃO SUL:** 29 Municípios, correspondendo a 51,0% do total de casos.

<b>PARANÁ:</b>	Curitiba, Londrina, Maringá, Guarapuava, Cascavel, Paranavaí, Jacarezinho, Umuarama, Paranaguá, Foz do Iguaçu, Lapa, Cianorte e Ponta Grossa.
<b>SANTA CATARINA:</b>	Florianópolis, Itajaí, Joinville, Blumenau, Tubarão e São José.
<b>RIO GRANDE DO SUL:</b>	Porto Alegre, Rio Grande, Pelotas, Gravataí, Canoas, Alvorada, Alegrete, Novo Hamburgo, São Gabriel e São Leopoldo.

A revisão visando a inclusão ou exclusão destes municípios priorizados no Plano Emergencial, deverá ser realizada no ano de 1998 independente dos resultados alcançados no período.

## 5 - Resultados Esperados

O Plano Emergencial é objeto de um processo de mudança planejado em nível de municípios priorizados, que tende a obter maior eficácia e eficiência das ações de controle e tratamento do Programa de Controle da Tuberculose.

A intenção é assegurar a integração e intercâmbio nos diversos níveis de gestão e a participação efetiva dos multiautores para otimização e obtenção dos resultados esperados:

1. Aumentar a cobertura do PCT em todo município priorizado.
2. Diagnosticar, pelo menos, 90% dos casos existentes.
3. Examinar 100% de Sintomáticos Respiratórios programados em consultas de primeira vez.
4. Tratar todos os casos de tuberculose diagnosticados, de acordo com as normas padronizadas pela CNPS-MS
5. Curar, pelo menos, 85% dos casos tratados.

## **6 - Estratégias Para Operacionalização do Plano Emergencial**

### **6.1 - Gerenciamento**

- Articular a descentralização da gerência do PCT para os municípios prioritários;
- Promover a integração do PCT com os demais programas de saúde pública da rede básica;
- Disseminar informação sobre o Plano Emergencial para programação do nível local;
- Programar e reprogramar ações do PCT, utilizando informação operacional e epidemiológica, gerada no nível local, e sua retroalimentação;
- Articular a parceria com o Estado e Municípios, enfatizando a contrapartida quanto a alocação de recursos aos municípios prioritários;
- Controlar registros contábeis e a execução orçamentária de acordo com o programado;
- Estabelecer mecanismos de comunicação e colaboração intersetorial para planejamento, avaliação, execução e supervisão contínua das metas a serem atingidas no Plano Emergencial;
- Firmar compromisso de adesão ao Plano Emergencial com Secretários Municipais de Saúde, através de documento formal;
- Manter a articulação com a Fundação Nacional de Saúde para gerenciamento de recursos financeiros aos municípios prioritários;
- Discutir critérios para o perfil do Coordenador Municipal do Programa de Controle da Tuberculose a ser nomeado pelo Secretário Municipal de Saúde.

### **6.2 - Política de Recursos Humanos**

#### **6.2.1 - Equipe multiprofissional para desenvolver as atividades do PCT**

Os profissionais listados têm papel importante no controle da tuberculose, adequando-se esta composição à realidade de cada nível de execução:

- Médico
- Enfermeira
- Auxiliar de Enfermagem

- Bioquímico/Farmacêutico
- Técnico de Laboratório
- Assistente Social
- Psicólogo
- Agentes Comunitários e/ou de saúde.

### **6.2.2. Competência do Coordenador Municipal:**

- Coordenar as ações do PCT no âmbito do seu município;
- Planejar em conjunto com o(s) Centro (s) de Saúde, as atividades do PCT e consolidar os dados para o planejamento global do município, baseado na metodologia do Curso de Gerência do Programa de Tuberculose;
- Implantar ou implementar as atividades do PCT nos Centro de Saúde do município;
- Supervisionar a execução das atividades do PCT no município;
- Treinar e assessorar a(s) equipe(s) da(s) Unidade(s) de Saúde para execução das atividades do PCT;
- Avaliar conjuntamente com as equipes das Unidades de Saúde, mensalmente, trimestralmente e anualmente, as atividades desenvolvidas pelas Unidades de saúde do município;
- Estabelecer um sistema de informação baseado na proposta do SINAN, que permita consolidar, analisar, intervir, reprogramar e emitir relatórios padronizados aos níveis local, regional, estadual e núcleo macrorregional e coordenação nacional e internacional;
- Promover maior integração com as interfaces em nível do município (DST-AIDS, PNI, Sistema de Mortalidade, Laboratório, Assistência Farmacêutica e Hanseníase);
- Articular-se politicamente com os vários Segmentos da Sociedade (Instituições Religiosas, Sindicatos, Associações de Bairro, Conselhos de Profissionais e ONGs) no sentido de programar, divulgar e apoiar as atividades do plano emergencial, priorizando o combate à tuberculose na população;
- Acompanhar e/ou desenvolver pesquisas operacionais e epidemiológicas, no âmbito dos municípios, afim de estabelecer os parâmetros da distribuição da tuberculose e resistência bacteriana às drogas tuberculostáticas;
- Criar estratégias afim de executar o tratamento supervisionado no caso de alto risco de abandono;

- Incrementar o desenvolvimento de recursos humanos, através da educação continuada para melhor qualificação do atendimento;
- Promover atividades no Dia Nacional (17 de Novembro) e Dia Mundial (24 de março) de Combate a Tuberculose

### **6.2.3 - Competência do Coordenador Estadual:**

- Gerenciar o Programa de Controle da Tuberculose em nível Estadual, adotando o processo de transferência de gerência aos municípios;
- Promover a implantação ou implementação das diretrizes do Plano Emergencial aos municípios;
- Promover articulação intra e interinstitucional, fomentando a integração dos programas DST-AIDS, HANSENIASE, LACEN, CEME, PNI, COSAI e outros;
- Articular-se politicamente junto às Diretorias Regionais, CONASS, CONASSEMS, UNIVERSIDADES, FNS, INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS E SOCIEDADE CIVIL ORGANIZADA a fim de estabelecer prioridades para o Plano Emergencial;
- Assessorar as Secretarias Municipais de Saúde no processo de implantação e implementação do Plano Emergencial nos municípios prioritários;
- Formar recursos humanos, atendendo em especial ao Plano Emergencial, promovendo a integração das instituições de ensino e serviço;
- Realizar avaliação operacional e epidemiológica das ações do PCT no âmbito estadual;
- Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas pelos municípios prioritários, seguindo metas preestabelecidas, utilizando instrumentos padronizados, emitindo relatórios aos níveis municipal e macrorregional;
- Promover, participar e acompanhar o desenvolvimento de pesquisas de âmbito estadual, local e nacional;
- Rever municípios prioritários em 1998, adotando mecanismos de avaliação através de indicadores de eficiência, efetividade e de eficácia;
- Programar, acompanhar e controlar os tuberculostáticos e insumos em conjunto com o Departamento de Assistência Farmacêutica do Estado;

- Trabalhar articulado com a FNS em nível estadual, identificando um técnico da FNS para ficar co-responsável pelas atividades do PCT dos municípios prioritários;
- Promover juntamente com o Coordenador Municipal do PCT a implantação do tratamento supervisionado em grupos específicos;
- Articular a parceria com o Estado e Municípios, enfatizando a contrapartida quanto a alocação de recursos aos municípios prioritários;
- Divulgar permanentemente nos meios de comunicação e setores que promovem educação em saúde, informes epidemiológicos, técnicos e operacionais, acerca da magnitude do problema da tuberculose;
- Desenvolver parcerias para a produção e financiamento de material educativo para a tuberculose;
- Estimular pesquisas operacionais, em conjunto com os municípios, para conhecer o perfil epidemiológico do Estado para melhor planejar as atividades do PCT;
- Implantar o Sistema de Informação, dentro da proposta do SINAN, em toda a rede do estado;
- Promover atividades no Dia Nacional (17 de novembro) e Dia Mundial (24 de março) de Combate a Tuberculose.

#### **6.2.4 - Competência do Coordenador Macrorregional:**

- Fazer cumprir as diretrizes do Programa Nacional de Pneumologia Sanitária e principalmente, as atividades estabelecidas no plano emergencial para a região;
- Monitorizar o desenvolvimento das atividades contidas no plano emergencial das UFs. da região;
- Rever critérios de seleção de municípios prioritários para o plano emergencial;
- Avaliar a programação de recursos financeiros para a implantação das atividades dos municípios priorizados do plano emergencial;
- Assessorar os municípios priorizados para desenvolverem pesquisas operacionais na reavaliação dos parâmetros epidemiológicos e operacionais que melhor se adequem a sua realidade local;



- Monitorizar as atividades do PCT dos municípios prioritários através de supervisão e análise periódica de dados epidemiológicos;
- Implementar a utilização de Programas Informatizados de Tuberculostáticos, afim de melhor estabelecer um sistema de acompanhamento das drogas antituberculose, observando prazo de validade, controle de estoque, reposição periódica e formas de armazenamento na farmácia e no almoxarifado;
- Estabelecer maior entrosamento entre o Núcleo Macrorregional e CMBs, FNS, SMS, SES, COSAI E COLAB, principalmente na elaboração das atividades do PCT;
- Incentivar a integração das Coordenações Estaduais e Municipais quanto a participação da comunidade nas atividades do plano emergencial;
- Apoiar as SES e SMS na elaboração de programas de capacitação de recursos humanos, visando melhorar a qualidade do atendimento ao paciente e a gerência dos serviços de saúde;
- Estimular o entrosamento entre as Coordenações Estaduais e Municipais do PCT, junto ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF);
- Implantar e/ou implementar o sistema de informação da tuberculose junto ao SINAN, nos municípios priorizados;
- Avaliar, em conjunto com os LACENs e Laboratórios de Referência, a programação de recursos para implementar as atividades laboratoriais do PCT nos municípios priorizados;
- Promover a integração ensino-serviço junto às Universidades e Instituições formadoras de recursos humanos;
- Articular politicamente em conjunto com as coordenações estaduais e municipais junto aos COSSEMS, CONESSMS, FNS e Sociedade Civil Organizada, para envolvê-los no combate à tuberculose na região;
- Assessorar e promover atividades no Dia Nacional (17 de novembro) e Dia Mundial (24 de março) de Combate a Tuberculose.

### **6.3 - Ação Política**

Dentro das novas propostas do Plano Emergencial aos municípios prioritários, é necessário a cristalização do papel exercido por todos os integrantes do sistema, afim de exercer condição necessária à alcançar as metas fixadas.

A ação política consta de:

- Organização de oficinas de planejamento, para elaboração do plano de ação no que compete às metas do Plano Emergencial, com participação de secretários municipais, diretores regionais, chefes de unidades e técnicos envolvidos no PCT;
- Viabilização de encontros entre coordenadores municipais para avaliação e implementação do plano emergencial;
- Articular, divulgar, possibilitar a inclusão do Plano Emergencial, à programação de saúde dos municípios;
- Facilitar o desenvolvimento intersetorial para estabelecer programas e ações sociais pertinentes à ações específicas do PCT que dependem de suporte econômico e social, como o tratamento supervisionado, busca aos faltosos, adesão ao tratamento no grupo de maior risco, etc.;
- Garantir fonte de recursos financeiros, como contrapartida do município, para cobrir as necessidades pertinentes ao plano;
- Incorporar atividades de controle do PCT, contida no Plano Emergencial, na proposta do novo modelo de atenção - Programa de Saúde da Família - PSF;
- Promoção de Encontros Estaduais e Nacionais anuais, para programação e avaliação do impacto do plano.

## **7 - Programação das Atividades do PCT**

Os Coordenadores Municipais do PCT nos municípios priorizados, incluirão de maneira formal, a programação das atividades contidas no Plano Emergencial ao plano municipal de saúde para aprovação através dos Conselhos Municipais de Saúde.

A programação deve contemplar os objetivos, os resultados esperados, as atividades a serem desenvolvidas e os recursos necessários à execução dessas ações. A programação será composta de:

- Procura e descoberta de casos;
- Tratamento dos casos descobertos;
- Proteção dos sadios;
- Integração dos programas às Unidades de Saúde;
- Supervisão;
- Avaliação das atividades;
- Treinamento.

### **7.1 - Procura e Descoberta de Casos de tuberculose**

A busca ordenada e sistemática das fontes de infecção na comunidade, se faz com maior eficiência, identificando e examinando bacteriologicamente os sintomáticos respiratórios na demanda dos serviços de saúde.

O tratamento que leva a eliminação da fonte de infecção é a primeira prioridade do programa.

O exame baciloscópico deve ser executado em todos os sintomáticos respiratórios, geralmente em número de duas baciloscopia por sintomático.

Além dos exames baciloscópicos em sintomáticos respiratórios, quando estes forem negativos, deve-se realizar a cultura para BAAR, tendo o município priorizado que tomar medidas necessárias a realização dos exames.

Outro recurso utilizado no auxílio do diagnóstico e formas não bacilíferas, extrapulmonares e suspeitos de infecção pelo HIV é a radiografia (RX-torax) que apresenta grande sensibilidade e baixa especificidade com elevado custo, por isso restrito a estes casos.

Alem destes, utiliza-se a prova tuberculínica (PPD), que deve ser usada como método auxiliar em pessoas não vacinadas com o BCG. Esta prova quando positiva indica infecção pelo bacilo.

### **7.2 - Tratamento dos Casos Descobertos**

A tuberculose embora sendo uma doença grave, é curável em quase 100% dos casos, desde que se use drogas combinadas em esquema padronizados e administrado regularmente por um determinado período de tempo.

O tratamento deve ser feito em regime ambulatorial. Em todos os esquemas de quimioterapia a administração da droga deve ser feita diariamente em uma só ingestão, de preferência em jejum.

O êxito do tratamento do doente de Tuberculose depende de algumas condições básicas:

- adesão do paciente ao tratamento,
- baciloscopias de controle do tratamento,
- acompanhamento clínico periódico do doente,
- monitoramento da entrega das drogas,
- uso regular e contínuo das drogas.

Considerando a eficácia da quimioterapia na cura da tuberculose, a efetividade do tratamento depende principalmente da garantia da ingestão das drogas. O sucesso, depende não apenas da correta prescrição médica, mas do uso regular e contínuo dos quimioterápicos por seis meses pelo doente. O abandono do tratamento tem sido grave problema para a efetividade do PCT.

Os coordenadores municipais devem criar mecanismos para prevenir e/ou evitar o abandono do tratamento, como:

- a visita domiciliar ao doente faltoso;
- a manutenção da ficha de aprazamento;
- identificar e tratar sob supervisão os doentes sob maior risco de abandono;
- mobilizar os agentes e os grupos comunitários na promoção da saúde;
- Integração com os Núcleos de Assistência Psicossocial para acompanhamento de doentes mentais e usuários de drogas.

### **7.3 - Proteção dos Sadios:**

É realizada através da vacinação BCG e de quimioprofilaxia com uso de Isoniazida durante 6 meses.

A vacinação BCG é obrigatória em crianças menores de um ano e prioritária na faixa etária de 0 a 4 anos.

Recomenda-se a revacinação de todas as crianças em idade escolar, em torno dos seis anos de idade.

A quimioprofilaxia é indicada em comunicantes de bacilíferos menores de 5 anos reatores à prova tuberculínica não vacinados; em recém-nascidos coabitantes de foco bacilífero; em casos específicos de soro positivos por HIV, em imunodeprimidos comunicantes intra domiciliares de bacilíferos.

### **7.4 - Integração do Programa às Unidades de Saúde**

As atividades do Plano Emergencial do PCT dos municípios priorizados, tem como meta integrar pelo menos 80% dos centros de saúde existentes em cada município com atividades do programa.

Esses Centros de Saúde devem realizar pelo menos as seguintes atividades:

- Proteção dos Sadios;
- Procura e descoberta de casos
- Tratamento e controle de casos descobertos;
- Programação e avaliação das atividades.

### **7.5 – Supervisão**

Entendida como um processo sistemático e dinâmico de monitorização da operacionalização das ações de controle da tuberculose, em função dos objetivos do plano. A partir do conhecimento e discussão do comportamento epidemiológico da tuberculose e da estrutura do sistema de saúde em seus níveis de execução, orienta tomadas de decisão, para favorecer uma melhoria de desempenho.

### **7.6 – Treinamento**

Uma vez levantada as dificuldades na operacionalização do Plano, a necessidade de capacitar Recursos Humanos será dimensionada, planejada e executada. O dimensionamento, planejamento e execução dos treinamentos deverão seguir critérios rigorosos, afim de evitar gastos desnecessários (relação custo-benefício).

### **7.7 – Avaliação das Atividades**

Consiste no uso de parâmetros e instrumentos pelos diferentes níveis de coordenação, a partir de dados provenientes de unidades, podendo ser:

– **Avaliação Epidemiológica** – Mede o impacto determinado pelas medidas de controle sobre os índices epidemiológicos previamente selecionados.

– **Avaliação operacional** – Estuda a estrutura da organização envolvida no controle da doença e os resultados obtidos em determinado período.

No Manual de Normas para Controle da Tuberculose da CNPS–FNS–MS, 4ª Edição modificada/revisada de 1995, constam todas as informações necessárias para o exercício adequado das atividades do PCT, devendo ser seguido rigorosamente suas instruções.

### **8 – Instrumentos de Programação das Atividades do PCT**

A CNPS recomenda o uso de uma matriz de programação das atividades de controle da tuberculose, elaborada com base em parâmetros obtidos por pesquisas de avaliação e por revisão dos registros de dados de séries históricas do programa; que expressam certo padrão de necessidades das atividades em nível nacional. A matriz de programação pode, sempre que possível, ser adequada de acordo com a avaliação das tendências de morbimortalidade por tuberculose em cada município.

- Proporção de sintomáticos respiratórios – Coletar nos últimos anos, o número de consultantes maiores de 10 ou 15 anos e dentre estes a proporção daqueles que referiram ter tosse e expectoração.
- Proporção de casos positivos – Coletar nos últimos anos, o número de casos novos com baciloscopia positiva e calcular sua proporção dentre os sintomáticos respiratórios examinados no mesmo período.
- Número de casos pulmonares sem confirmação e de extrapulmonares – Coletar em anos anteriores o total de casos diagnosticados distribuídos pelas seguintes formas clínicas: Pulmonar sem confirmação bacteriológica, meningoencefalite e outras localizações extrapulmonares. Calcular quantos casos dessas formas foram encontrados por cada caso pulmonar positivo.

Na impossibilidade de seguir essa metodologia, pode-se aplicar uma taxa de incremento do número de casos a ser descoberto com base no comportamento dessa variável em anos anteriores e em função do aumento da demanda e da cobertura do Programa. Outro método de aplicação mais complexa consiste em determinar o número de casos esperados com base em indicadores epidemiológicos.

Nesse tipo de programação, o importante é poder prever o número de casos a serem descobertos, condição básica para o cálculo dos recursos humanos e insumos necessários. Outros parâmetros, como os de caso a tratar e curar e o de crianças a

vacinar, decorrem da quantificação dos objetivos definidos. Por exemplo: tratar 100% dos casos descobertos e curar 85% dos casos que iniciam tratamento: vacinar 100% dos menores de 1 ano.

### 8.1. - Matriz Programática

Com a finalidade de distribuir de forma sistematizada os diferentes eventos que envolvem o controle da tuberculose, utiliza-se uma matriz programática (Quadro 3), que além de reproduzir os passos lógicos da programação facilita a supervisão e a avaliação e um formulário para previsão dos insumos necessários para as atividades do PCT (quadro 4) A unidade básica de programação é aquela que conta com médico permanente e inclui suas próprias atividades e as das unidades de sua área de influência. O modelo matricial é único para todos os níveis do sistema a começar da unidade básica e daí passando aos níveis hierárquicos superiores, onde os dados são consolidados. Desta forma e usando a mesma matriz, o Distrito consolida a programação das unidades: Município a dos distritos, a Região a dos municípios: o Estado a das regiões e o País a dos estados. Em cada nível superior ao da unidade básica ao consolidado são acrescentadas as atividades próprias deste nível.

A seguir, apresenta-se o modelo da matriz programática com os seguintes dados simulados de um município.

- população 100.000 habitantes
- coeficiente de TBP+/100.000/média do último quinquênio - 30,0
- coeficiente de TB todas as formas/100.000/média do último quinquênio - 58,0
- total de consultas de > 14 anos (último ano) - 58.100
- incremento anual de consultas - 5%
- % de sintomático respiratório entre consultas de > 14 anos - 2%
- % de positivo entre sintomático respiratório examinado - 3%
- caso de TBP neg. por caso de TBP + - 0,68
- caso de TBEP por caso de TBP+ - 0,26
- cobertura de BCG 60% das crianças de 0-4 anos
- infraestrutura do setor público:
  - Hospitais sem consulta externa - 2
  - Centros de Saúde - 7 (4 não integrados)
  - Ambulatórios - 6 (todos não integrados)
  - Postos de Saúde - 10 (todos não integrados)

**PROGRAMÁTICA I**  
**PCT - PLANO EMERGENCIAL DOS MUNICÍPIOS PRIORIZADOS**

MACRORREGIÃO:

ESTADO:

MUNICÍPIO:

UNIDADE FEDERADA:

ANO:

COMPONENTES E ATIVIDADES	GRUPO ALVO DESCRIÇÃO	N <sup>o</sup>	PARÂMETRO GERAL	META ANUAL
<b>PROCURA DE CASOS DE TB</b>				
- Identificar sintomáticos respiratórios	Consultante > 14 anos	61.000	2%	1220
	Sintomático respiratório	1.220	2 bacilose/sintomáticos	
- Baciloskopias para diagnóstico				
- Diagnosticar casos de tuberculose pulmonar	Sintomático Respiratório	1.220	3%	36
- Diagnosticar casos de tuberculose pulmonar negativa	suspeito de tuberculose pulmonar	-	0,68 por caso de Tuberculose Pulmonar positiva	24
- Diagnosticar casos de tuberculose extrapulmonar	Suspeito de tuberculose extrapulmonar	-	0,26 por caso de tuberculose pulmonar positiva	09
<b>TRATAMENTO</b>				
- Supervisionado	Casos novos de TB	69	20% dos casos notificados	14
- Auto administrado	Casos novos de TB	69	80% dos casos diagnosticados	55
- Em hospital	Casos novos de TB	69	10% dos casos diagnosticados	07
- Baciloskopias de controle	Casos novos de TB pulmonar (positivas)	69	6 baciloskopias por caso de TB Pulmonar positiva	216
- Visita domiciliar	Casos novos de TB	69	2 visitas por caso	138
- Entrevista-Consulta	Casos novos de TB	69	6 consultas por caso	414
<b>PROTEÇÃO DOS SADIOS</b>				
- Quimioprofilaxia	Recém-nascido comunic. BK + < 5 anos sem BCG Comunic. BK < sem BCG HIV (vide normas)	- -	100% 100% 100%	
- Vacinar com BCG	< 1 ano 0-4 anos não vacinadas	1.800 4.000	100% 100%	1.800 4.000
- Revacinar com BCG	crianças com 6 anos	-	100%	
<b>SUPERVISÃO</b>				
- Visita da equipe à central municipal	Centro de Saúde - distrital	3	1 visita por trimestre	12
- Visita da equipe à central distrital	Centros de Saúde Ambulatorial PS	11	1 visita por trimestre	44
<b>AVALIAÇÃO</b>				
- Avaliar a procura de casos	Unidade de Saúde e procura de casos	14	1 avaliação / trimestre	56
- Avaliar o tratamento por coortes	Unidade de saúde e tratamento	8	1 avaliação / trimestre	32
- Examinar lâminas para avaliar qualidade da baciloscopia	Baciloskopias positivas Baciloskopias negativas	72 2.368	100% 10%	72
<b>TREINAMENTO</b>				
- Em controle da Tuberculose	Pessoal auxiliar Pessoal Nível Superior			20 10
- Seminários em controle da TB	Pessoal de Serviços de Saúde e comunidade			20 part.
<b>INTEGRAÇÃO DE U. SAÚDE</b>				
- Implantar controle TB	Em C. de Saúde Em ambulatório Em P. de Saúde	4 6 6	50% 50% 50%	2 3 6

**PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE  
PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DA  
TUBERCULOSE NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS**

MUNICÍPIO PRIORITÁRIO: \_\_\_\_\_ U.F. \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

**QUADRO I**

<b>ATIVIDADES ORGANIZACIONAIS</b>		<b>META FINAL</b>
VACINAÇÃO BCG EM UNIDADE DE SAÚDE	IMPLANTAR	
	MANTER	
BACILOSCOPIA EM UNIDADE DE SAÚDE	IMPLANTAR	
	MANTER	
COLETA DE AMOSTRA EM UNIDADE DE SAÚDE	IMPLANTAR	
	MANTER	
TRATAMENTO AMBULATORIAL EM UNIDADES DE SAÚDE	IMPLANTAR	
	MANTER	



**PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES  
DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NOS MUNICÍPIOS  
PRIORITÁRIOS**

MUNICÍPIO PRIORITÁRIO: \_\_\_\_\_ U.F. \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

**QUADRO II**

ATIVIDADES DE CONTROLE	META FINAL
------------------------	------------

**PREVENÇÃO**

VACINAÇÃO BCG	- MENORES DE 1 ANO	
	- 1 A 4 ANOS	

**DESCOBERTA**

- SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EXAMINADOS		
- PULMONARES CONFIRMADOS A BACILOSCOPIA		
- PULMONARES NÃO CONFIRMADOS PELA BACILOSCOPIA		
- EXTRAPULMONARES		
- TOTAL DE CASOS NOVOS		

**TRATAMENTO DE CASOS NOVOS**

- PULMONARES CONFIRMADOS A BACILOSCOPIA		
- PULMONARES NÃO CONFIRMADOS PELA BACILOSCOPIA		
- EXTRAPULMONARES		
- TOTAL DE CASOS		
- COMUNICANTES EXAMINADOS		
- SINTOMÁTICOS RESPIRATÓRIOS EXAMINADOS		

**PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE PROGRAMAÇÃO DAS AÇÕES  
DOS PROGRAMAS DE CONTROLE DA TUBERCULOSE NOS MUNICÍPIOS  
PRIORITÁRIOS**

MUNICÍPIO PRIORITÁRIO: \_\_\_\_\_ U.F. \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

**QUADRO III**

<b>CONTROLE DAS ATIVIDADES</b>		<b>META ANUAL</b>
AS SEDES REGIONAIS - Supervisão		
AS UNIDADES DE SAÚDE - Avaliações		
NÚMERO DE TÉCNICOS A TREINAR - Nível Superior - Nível Auxiliar		

### 9 - Indicadores de avaliação do plano emergencial dos municípios prioritários

Os indicadores são instrumentos utilizados para avaliar o alcance de metas programadas e dos objetivos do Plano Emergencial.

O PNCT sugere uma matriz de indicadores para possibilitar uma avaliação periódica e sistemática dos resultados alcançados nos diferentes níveis hierárquicos do PNCT, apontando também para a necessidade de intervenção através de uma reprogramação aos municípios que apresentem indicadores desfavoráveis ao alcance das metas programadas:

#### PERÍODO PARA AVALIAÇÃO: MENSAL

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS/ IMPACTO	DESCRIÇÃO	NUMERADOR/DENOMINADOR
Taxa de Incidência de Tuberculose por todas as Formas	Nº Total de Tuberculose por todas as formas, multiplicados por 100.000 e dividido pela população do município	$\frac{\text{Total de casos de tb p/ todas as formas}}{\text{População do município}} \times 100\ 000$
Taxa de Incidência de Tuberculose Pulmonar Bacilífera	Nº Total de casos de tuberculose pulmonar bacilífera ..multiplicado por 100.000 e dividido pela população	$\frac{\text{Total de casos de tb pulm.bacilífero}}{\text{População do município}} \times 100\ 000$
Taxa de Mortalidade por Tuberculose	Nº Total De Óbito p/ tuberculose Multiplicado Por 100.000 e Dividido Pela População	$\frac{\text{Total de óbitos por tb}}{\text{População do município}} \times 100\ 000$

**PERÍODO PARA AVALIAÇÃO: TRIMESTRAL**

<b>INDICADORES DE EFETIVIDADE OPERACIONAL</b>	<b>NUMERADOR/DENOMINADOR</b>
Percentual de Centros de Saúde integrados às atividades de diagnóstico e tratamento do PCT	$\frac{\text{Nº de Centro Saúde integrados ao PCT}}{\text{total de C. Saúde à integrar}} \times 100$
Percentual de Sintomáticos Respiratórios examinados	$\frac{\text{Nº de Sint. Resp. examinados à baciloscopia}}{\text{Total de Sint. Resp. a examinar}} \times 100$
Percentual de abandono do tratamento	$\frac{\text{Total de abandonos}}{\text{Total de ingressos na coorte}} \times 100$
Percentual de Curados	$\frac{\text{Total de Curados}}{\text{Total de ingressos na coorte}} \times 100$
Percentual dos casos sem informação da coorte	$\frac{\text{Total de sem informação}}{\text{Total de ingressos na coorte}} \times 100$
Percentual de casos de TB de todas as formas descobertos	$\frac{\text{Total de casos de TB de T. formas descoberto}}{\text{Total de casos programados}} \times 100$
Percentual de casos de TB pulm. positiva descobertos	$\frac{\text{Total de casos de TB Pulm. pos. descoberto}}{\text{Total de casos de TB pulm. positiva progr.}} \times 100$
Percentual de treinamentos realizados	$\frac{\text{Total de treinamentos realizados}}{\text{Total de treinamentos programados}} \times 100$
Percentual de supervisões realizadas	$\frac{\text{Total de supervisões realizadas}}{\text{Total de supervisões programadas}} \times 100$
Percentual de Encontros de Avaliação	$\frac{\text{Total de Encontros Avaliação realizados}}{\text{Total de Encontros Avaliação programados}} \times 100$
Percentual de eventos em Tuberculose realizados	$\frac{\text{Total de Eventos em TB realizados}}{\text{Total de Eventos em TB programados}} \times 100$

## **10 - Instrumentos de avaliação do plano emergencial**

O Programa Nacional do Controle da Tuberculose adotou o Plano Emergencial para os municípios prioritários em nível nacional, propondo a formação de uma rede organizacional administrativa para o Programa da Tuberculose, que garanta a plena execução do plano em todos os níveis da rede de serviços.

Para isto, se torna inexorável, o acompanhamento contínuo e permanente dos objetivos a serem alcançados e a qualidade destas ações, tendo como uma das condições mais importantes a adequação, e o reajuste do planejamento do Plano Emergencial em nível de execução.

Atendendo a este propósito, o PNCT estabelece algumas ferramentas a serem utilizadas para facilitar a monitoração do plano dos municípios prioritários e que possibilite a disseminação da informação desde o nível local ao nível central nacional. Este sistema é preconizado e utilizado em todo município do país.

**BOLETIM MENSAL DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE**  
**MUNICÍPIO PRIORITÁRIO \_\_\_\_\_ UNIDADE DE**  
**SAÚDE \_\_\_\_\_**

**MÊS \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_**

BLOCO I	CASOS NOVOS NOTIFICADOS POR GRUPO ETÁRIO											
	FORMA	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 E+	II (*)	TOTAL
1. Pulmonar												
1.1. com Baciloscopia												
1.1.1. Positiva												
1.1.2. Negativa C+												
1.1.3. Negativa												
1.1.4. Bacil. Não realizada												
2. Extrapulmonar												
2.1. Meningite												
2.2. Outras												
<b>TOTAL (1 + 2)</b>												

(\*) IDADE IGNORADA

BLOCO II	DADOS OPERACIONAIS
1. Nº de sintomáticos respiratórios submetidos a baciloscopia _____	4. Nº de casos hospitalares _____
2. Nº de casos associados a HIV/AIDS _____	5. Nº de casos de retratamento: após abandono _____
3. Nº de comunicantes examinados _____	após cura _____
	6. Nº de casos de tratamento com esquema de falência _____

BLOCO III
<b>CASOS ENCERRADOS REFERENTE AO MÊS:</b> _____ <b>ANO:</b> _____
- CURA CONFIRMADA: _____
- CURA NÃO CONFIRMADA: _____
- ABANDONO: _____
- ÓBITO _____
- TRANSFERÊNCIA: _____
- MUDANÇA DE DIAGNÓSTICO: _____
<b>EM TRATAMENTO</b>
- MUDANÇA DE ESQUEMA POR INTOLERÂNCIA: _____
- MUDANÇA DE ESQUEMA POR FALÊNCIA: _____
<b>SEM INFORMAÇÃO</b>

DATA DE REMESSA

NOME E CARGO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA

DIA	MÊS	ANO

## **INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

### **Bloco I:**

- Anotar o número de casos de tuberculose por forma clínica e por grupo etário.

### **Bloco II:**

1- Registrar o número de sintomáticos respiratório submetidos a baciloscopia para diagnóstico.

2 - Registrar o número de casos de tuberculose associado a HIV/AIDS.

3 - Registrar o número dos comunicantes examinados de casos de tuberculose de todas as formas.

4 - Registrar o número de hospitalização de casos de tuberculose.

5 - Registrar o número de casos de retratamento após cura ou abandono.

6 - Registrar o número de casos de tratamento com esquema de falência.

### **Bloco III:**

1 - Registrar no 9º mês após o início do tratamento todos os casos encerrados e os casos em tratamento, ex: os casos notificados em janeiro/96 deverão ser encerrados em julho/96 e registrado no bloco III em agosto/96.

**BOLETIM TRIMESTRAL DO PROGRAMA  
DE CONTROLE DA TUBERCULOSE**

ANO: \_\_\_\_\_ TRIMESTRE \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO PRIORITÁRIO \_\_\_\_\_  
UNIDADE FEDERADA \_\_\_\_\_

BLOCO I	CASOS NOVOS NOTIFICADOS POR GRUPO ETÁRIO											
	FORMA	0-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60 E+	II (*)	TOTAL
1. Pulmonar												
1.1. com Baciloscopia												
1.1.1. Positiva												
1.1.2. Negativa C+												
1.1.3. Negativa												
1.1.4. Bacil. Não realizada												
2. Extrapulmonar												
2.1. Meningite												
2.2. Outras												
TOTAL (1 + 2)												

(\*) IDADE IGNORADA

BLOCO II	DADOS OPERACIONAIS
1. Nº de sintomáticos respiratórios submetidos a baciloscopia _____	4. Nº de casos hospitalares _____
2. Nº de casos associados a HIV/AIDS _____	5. Nº de casos de retratamento: após abandono _____
3. Nº de comunicantes examinados _____	após cura _____
	6. Nº de casos de tratamento com esquema de falência _____

BLOCO III ESTUDO DA COORTE DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE DO MÊS DE _____ DE 19____.										
GRUPO ETÁRIO	0 a 14 ANOS				15 ANOS E MAIS				TOTAL	
	PULMONAR		EXTRA-PULMONAR		PULMONAR		EXTRA-PULMONAR			
DIAG. NA NOTIFICAÇÃO	Pos.	Sem conf.	Menin.	Outras	Pos.	Sem conf.	Menin.	Outras	No.	%
<b>1. TRATAMENTO ENCERRADO</b>										
1.1. Cura (Alta Negativo)										
1.2. Abandono										
1.3. Óbito										
1.4. Transferência de UF.										
1.5. Mudança de Diagnóstico										
<b>2. EM TRATAMENTO</b>										
2.1. Positivo										
2.2. Negativo										
2.3. Mudança de esquema por falência.										
2.4. Mudança de esquema por intolerância										
<b>3. SEM INFORMAÇÕES</b>										
TOTAL (1,2,3)										

DATA DE REMESSA

NOME E CARGO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA

DIA	MÊS	ANO



### **INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

#### **Bloco I:**

- Registrar o consolidado do número de casos de tuberculose por forma clínica e por grupo etário notificados no trimestre.

#### **Bloco II:**

1- Registrar o consolidado do número de sintomáticos respiratórios submetidos a baciloscopia para diagnóstico no trimestre.

2- Registrar o consolidado do número de casos de tuberculose associado a HIV/AIDS no trimestre.

3- Registrar o consolidado do número de comunicantes examinados de casos de tuberculose de todas as formas no trimestre.

4 - Registrar o consolidado do número de hospitalizações de casos de tuberculose no trimestre.

5 - Registrar o consolidado do número de casos de retratamento após cura e abandono no trimestre.

6 - Registrar o consolidado do número de casos de tratamento com esquema de falência no trimestre.

#### **Bloco III:**

- Os estudos de Coortes trimestrais deverão contemplar como amostra o número de casos notificados no 1º mês de cada trimestre.

- A Coorte anual deverá ser composta pelo número de casos notificados no 2º semestre do ano anterior mais os do 1º semestre do ano subsequente. Ex: período de julho/95 a junho/96, sendo o mês de análise março de 97.

- A Coorte que apresentar mais de 10% de casos sem informação terá prejudicada sua análise.

- Na análise do estudo de Coortes, os percentuais a serem calculados deverão incidir sobre o total geral dos casos em estudo.





**AValiação DO RESULTADO DE TRATAMENTO ESTUDO DE COORTE  
AValiação NO 9º, 12º E 15º Mês conforme utilizado**

Unidade Sanitária \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Período \_\_\_\_\_ Trimestre de 19 \_\_\_\_\_

TRATAMENTO	FORMA CLÍNICA	INSCRITOS		CURA						CONTINUAÇÃO TRATAMENTO	FALÊNCIA		MUDANÇA DE ESQUEMA			
		Nº	%	COMPROVADA	INCOMPROVADA	TOTAL		ABANDONO	TRANSFÊRENCIA		ÓBITO	Nº		%		
						Nº	%								Nº	%
I N I C I A L	PULMONAR POSITIVA	100														
	PULMONAR SEM CONFIRMAÇÃO	100														
	EXTRA PULMONAR	100														
	TOTAL	100														
RETRATAMENTO O APÓS ABAND.	PULMONAR POSITIVA	100														
RETRATAMENTO O APÓS CURA	PULMONAR POSITIVA	100														
	TOTAL	100														
TB ASSOCIADA COM HIV+ OU AIDS	PULMONAR POSITIVA															
	PULMONAR E OUTRA FORMA	100														
	FALÊNCIA	100														

Periodicamente a Unidade de Saúde deverá avaliar o resultado das COORTES de casos tratados. Os dados serão coletados por trimestre. Porém pode-se redefinir o período de estudo considerando-se que é necessário um número significativo de pacientes para que as tabelas possam ser preenchidas e analisadas.

Os dados para preenchimento das tabelas serão coletadas tomando-se todos os casos constantes do "Livro de Registro de Controle de Tratamento" no período escolhido.

Para os casos de Tratamento Inicial (Esquema I) e de Retratamento (Esquema IR) cuja duração é de 6 meses, a avaliação será feita 9 meses depois do último dia do período a ser avaliado. Para

casos de pacientes com HIV + ou AIDS (Esquema 1 prolongado) e Meningite Tuberculosa (Esquema II, cuja duração é de 12 meses, a avaliação será feita 15 meses depois do último dia do período avaliado.)

A avaliação permite conhecer-se a efetividade do tratamento. Caso não se esteja obtendo cura igual ou maior que 85%, deve-se identificar o (s) fator (es) que determinam esta baixa efetividade para corrigi-los.

**DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CASOS NOTIFICADOS DE TUBERCULOSE, POR FORMA CLÍNICA E POR FAIXA ETÁRIA**

Município Prioritário : ..... UF: ..... 1º Semestre/Ano: .....

ETÁRIA FORMA	15 ANOS E MAIS			MENORES 15 ANOS		
	ESPERADO	ENCONTRADO		ESPERADO	ENCONTRADO	
	%	Nº	%	%	Nº	%
TODAS AS FORMAS	(85,0)	( )	( )	(15,0)	( )	( )
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">PULMONAR</div>	(90,0)	( )	( )	(75,0)	( )	( )
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 40px;">POSITIVO</div>	(70,0)	( )	( )	(20,0)	( )	( )
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 40px;">S/ CONF.</div>	(30,0)	( )	( )	(80,0)	( )	( )
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">EXTRAPULMONAR</div>	(10,0)	( )	( )	(25,0)	( )	( )

MUNICÍPIO PRIORITÁRIO: ..... 2º SEMESTRE/ANO: .....

F. ETÁRIA FORMA	15 ANOS E MAIS			MENORES 15 ANOS		
	ESPERADO	ENCONTRADO		ESPERADO	ENCONTRADO	
	%	Nº	%	%	Nº	%
TODAS AS FORMAS	(85,0)	( )	( )	(15,0)	( )	( )
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">PULMONAR</div>	(90,0)	( )	( )	(75,0)	( )	( )
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 40px;">POSITIVO</div>	(70,0)	( )	( )	(20,0)	( )	( )
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 40px;">S/ CONF.</div>	(30,0)	( )	( )	(80,0)	( )	( )
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block; margin-left: 20px;">EXTRAPULMONAR</div>	(10,0)	( )	( )	(25,0)	( )	( )

**DEMONSTRATIVO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS, SUAS FONTES E ATIVIDADES**

MUNICÍPIO \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

**OBJETIVO:**

**RESULTADOS ESPERADOS PARA ESTE OBJETIVO:**

ATIVIDADES	INDICADOR DE AVALIAÇÃO	RECURSOS NECESSÁRIOS	RECURSOS RECEBIDOS	RECURSOS EXECUTADOS POR FONTES			RECURSOS DEVOLVIDOS*
				MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL: CNPS	
<b>TOTAL</b>							

**JUSTIFICATIVA:**

**PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE  
 PLANO EMERGENCIAL DOS MUNICIPIOS PRIORITARIOS  
 INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA TUBERCULOSE**

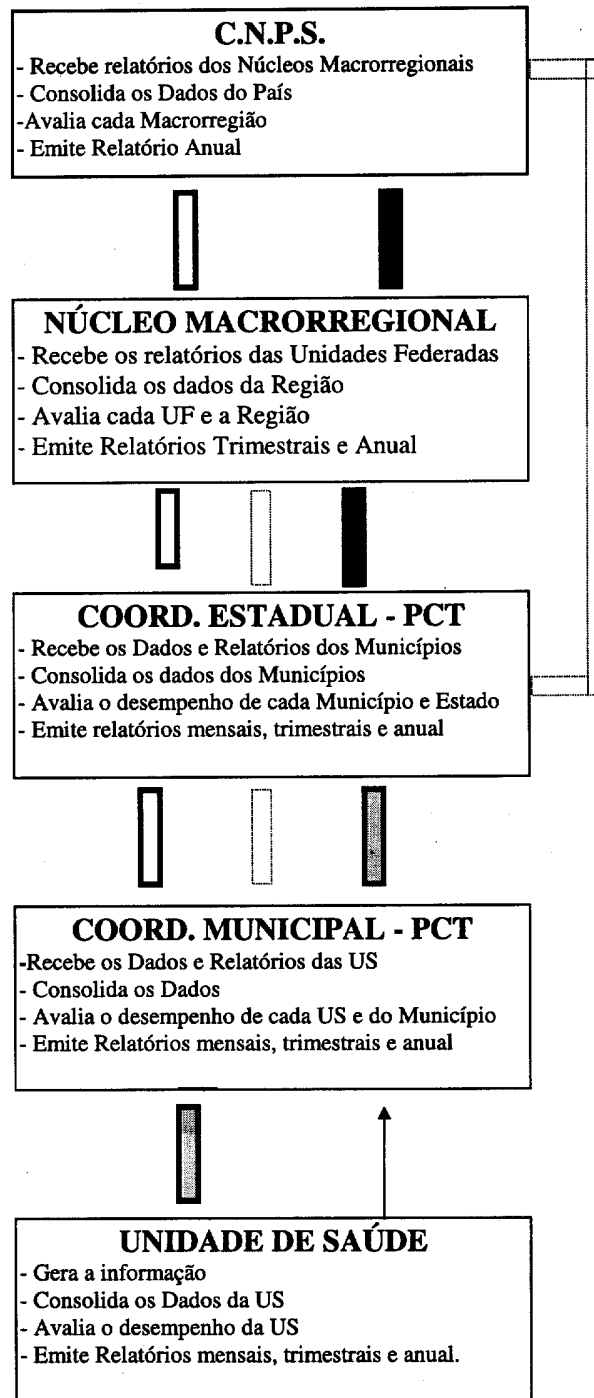
UNIDADE FEDERADA: \_\_\_\_\_ MACRORREGIÃO: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

MUNICIPIO PRIORITARIO	POPULAÇÃO (em milhares)	CASOS NOTIFICADOS				AI D S		EFETIVIDADE DO TRATAMENTO		CENTROS DE SAÚDE		
		Tuberculose Todas as Formas		Tuberculose Pulm. Positiva		Ano: Mortalidade por Tuberculose		Cura %	Abandono %	Sem Informação %	Total Centros Saúde	Centros Diagnóstico Nº
		NºCasos taxa %000	Taxa %000	NºCasos Taxa %000	Taxa %000	NºCasos Taxa %000	Nº					

- TOTAL DE CASOS U.F. ....
  - TOTAL DE CASOS MUNICIPIOS PRIORITARIOS .....
  - TOTAL DE CASOS MUNICIPIOS X 100
- TOTAL DE CASOS U.F

COORDENADOR (A) ESTADUAL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ASS: \_\_\_\_\_

## FLUXOGRAMA DA INFORMAÇÃO DE DADOS EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS





## LEGENDA DO FLUXOGRAMA

- Informações da Unidade de Saúde (Centro de Saúde) para o Coordenador Municipal:
- Boletim Mensal do PCT
  - Boletim Trimestral do PCT
  - Boletim Anual do PCT
  - Distribuição percentual de casos notificados de tuberculose por forma clínica e faixa etária - Semestralmente.
  - Anualmente enviar a Programação das atividades do PCT da US.
  - Mensalmente enviar o cronograma de execução das atividades definidas na programação.
- Informações do Coordenador municipal para a Unidade de Saúde (Centro de Saúde) e Coordenador Estadual: .
- Relatório da Avaliação Mensal de cada US para as respectivas US
  - Consolidado do Município dos Boletins Trimestrais e Anual, avaliado e revisado, para as US e Coordenador Estadual.
  - Consolidado e Análise da Árvore Epidemiológica do Município para o Coordenador Estadual e US.
  - Consolidado da Programação anual da Atividades do PCT do Município para o Coordenador Estadual.
- Informações do Coordenador Estadual para os Coordenadores Municipais, Coordenador Macrorregional e Temporariamente para o Coordenador Nacional:
- Boletins Trimestrais e Anual e a Árvore Epidemiológica devidamente consolidados e avaliados, encaminhados ao Coordenador Macrorregional, Coordenadores Municipais e Coordenador Nacional.
  - Consolidado da Programação Anual das atividades do PCT do Estado para o Coordenador Macrorregional e Coordenadores Municipais.
- Informações do Coordenador Macrorregional para os Coordenadores Estaduais e Coordenador Nacional:
- Consolidado dos Boletins Trimestrais e Anual, após revisados e analisados, e relatórios da Macrorregião para o Coordenador Nacional e Coordenadores Estaduais.
  - Consolidado da Programação da Região das atividades do PCT para o Coordenador Nacional.
- Informações do Coordenador Nacional para o Coordenador Macrorregional:
- Relatório de Consolidação e Avaliação do País das atividades do PCT para o Coordenador Macrorregional que encaminhará ao Coordenador Estadual e este aos Coordenadores Municipais

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. CURSO de Gerência de Programas de Controle de Tuberculose. Adaptação do Centro de Referência Professor Hélio Fraga. RJ, OMS/OPS/CRPHF, 1996.
2. BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Diretrizes Nacionais e Metas da CNPS. Brasília, MS/FNS/CNPS, 1996.
3. BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Diretrizes para Elaboração do Plano Emergencial. Brasília, MS/FNS/CNPS, 1994.
4. BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Manual de Administração do Programa de Controle da Tuberculose. versão preliminar. MS/FNS/ CNPS, 1996.
5. BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Manual de Normas para o Controle da Tuberculose. 4. ed., Brasília, MS/FNS/CNPS, 1995.
6. BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Plano de Ação para reestruturar a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária e Implementar Projetos/Atividade. Brasília, MS/FNS/CNPS, 1992.
7. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, Campanha Nacional Contra a Tuberculose. Controle da Tuberculose - Uma proposta de Integração Ensino-Serviço. 3. ed. rev. Rev. RJ, MS/SNPES/DNPS/CNPS/CNCT, 1992.
8. BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, CENEPI, Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose. MS/FNS/CENEPI/CNPS.
9. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud - Temas de Discusion. Washington, OPS, 1993.
10. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud - La Administracion Estratégica. Washington, OPS, 1995.
11. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Controle de La Tuberculosis - Manual sobre Metodos y Procedimientos para Los Integrados.

**Lista de Alunos do  
Curso Nacional de  
Pneumologia Sanitária**



## LISTA DE ALUNOS DO CURSO NACIONAL DE PNEUMOLOGIA SANITÁRIA

1.	Adair Antonia Vanini Warmling	1986	SC
2.	Adalgisa de Castro Mota Oliveira	1995	CE
3.	Adelina Maria Melo Feijão	1990	CE
4.	Ademir de Albuquerque Gomes	1986	SP
5.	Adenildes Perera Navarini	1992	RJ
6.	Adriana Cristina Rodrigues D'Angeles	1994	RJ
7.	Adriana Cunha Lima de Oliveira	1993	PB
8.	Adriana Savia de Souza Araujo	1992	PI
9.	Adriane Franklin Karez	1997	MG
10.	Afonso Roberto Lima Batista	1996	BA
11.	Aglai Tojal da Silva	1994	AL
12.	Alba Iaci Macieira	1988	RJ
13.	Alcegis Meireles da Silva	1989	MG
14.	Alcides Erthal Ribeiro	1988	RJ
15.	Alex dos Reis Escobar	1987	RJ
16.	Aline Sampaio Bello	1987	GO
17.	Almerinda Moura	1990	CE
18.	Almir da Fonseca Marinho	1990	PA
19.	Amália de Oliveira Carvalho	1988	PI
20.	Ana Abdo Ferreira	1993	PR
21.	Ana Alice Dantas Arboes	1992	RN
22.	Ana Alice Teixeira Pereira Bevilaqua	1987	RJ
23.	Ana Dalva Barbosa Gomes	1997	RJ
24.	Ana Elisa Pereira Chaves	1990	PB
25.	Ana Ines Sousa	1990	RJ
26.	Ana Karine Laranjeiras de Sá	1998	AM
27.	Ana Lourdes Pereira da Silva Melo	1991	GO
28.	Ana Luisa Stiebler Vieira	1986	RJ
29.	Ana Maia de Oliveira	1989	GO
30.	Ana Margarida Furtado Arruda	1988	CE
31.	Ana Maria Monteiro de Castro	1987	RJ
32.	Ana Maria Sabota Nesel	1994	PE
33.	Ana Maria Souza de Figueiredo	1991	RJ
34.	Ana Paula de Abreu Bastos	1998	RJ
35.	Ana Terezinha Motta de Rosso	1987	RR
36.	Ana Zuleide Medanha Santos Rosa	1996	DF
37.	Aneida de Lourdes Antunes Mendes	1989	SC
38.	Angela Correia de Melo Ponini	1994	AL
39.	Angela Maria Barbosa Davis	1994	RJ
40.	Angela Maria Croce	1998	RJ
41.	Angela Maria G. Cesar Albuquerque	1993	PE
42.	Angela Maria Nunes Mendonça	1990	RJ
43.	Angela Maria Viol	1988	SP
44.	Angela Persiliana Mendes	1987	AP
45.	Antônia Aila Coelho Barbosa Brito	1995	CE
46.	Antônia Cileide Joca Freire	1994	CE
47.	Antonia Rodrigues dos Reis	1986	MT
48.	Antônio Anselmo Bentes de Oliveira	1988	PA
49.	Antonio Bento C. B. de Carvalho	1992	RJ
50.	Antônio Faria de Azambuja	1987	MS
51.	Apio Claudio Milani Bidel	1986	PR
52.	Aristela Lopes de Abreu	1987	RJ
53.	Arlan de Azevedo Ferreira	1989	MT
54.	Arnaud Atanásio da Silva	1987	RN
55.	Arthur Maia Paiva	1994	AL
56.	Audinei Loureiro Gois Cavalcante	1995	AL
57.	Augusto César Lyra Machado	1987	SE
58.	Aurea Gonçalves da Silva	1986	RJ
59.	Aurora de Jesus Antunha	1989	SP
60.	Beatriz dos Anjos e Silva	1990	MG
61.	Berenice da Silva Santos	1996	DF
62.	Bernadete Gatto Moro	1996	MT
63.	Bernardo Furrer	1992	RJ
64.	Braulino Nunes da Silva	1986	AL
65.	Carlos Alberto Barbosa de Queiroz	1988	AM
66.	Carlos Alberto Maciel	1991	DF

67.	Carlos Alberto Valle Braga	1986	RJ
68.	Carlos Henrique Pereira Piolo	1988	RJ
69.	Carlos Roberto de Oliveira Sauer	1997	SP
70.	Carmelita Ferreira de Brito	1996	BA
71.	Carmen Sueli Geanezini	1995	SP
72.	Carolina Schuler da Rocha	1994	RN
73.	Célia Chaib Arbage	1994	SP
74.	Célia Regina Cicolo da Silva	1987	SP
75.	Celina Maria Conde Rego	1994	ES
76.	Célio de Deus Simões	1997	MG
77.	Celita Carrilho Padula	1988	RJ
78.	César Augusto Orazem Favoreto	1987	RJ
79.	Cezar Augusto Bezerra Borba de Araujo	1996	RO
80.	Christianne Sinésio Leal	1998	PB
81.	Cícero José da Silva	1991	AL
82.	Cileia Moreira Pinto	1996	RJ
83.	Clara Maria Mantua Evangelista	1994	CE
84.	Claudia Maria Cabral de Goes	1995	RJ
85.	Claudia Teresa Vieira de Souza	1987	RJ
86.	Cleilda Maria Fátima Figueiroa	1989	PE
87.	Clenilce Gomes de Souza	1989	RO
88.	Cleyde Reis da Silva	1996	RJ
89.	Cornélia Rodrigues do Nascimento	1992	RN
90.	Cremilda Barreto da Silva	1989	RJ
91.	Cristina Maria Rodrigues Lemos	1993	MS
92.	David Cancio de Souza Vergne	1990	BA
93.	Debora Moraes Coelho	1990	SP
94.	Débora Souza Carvalho	1989	SE
95.	Denise Cury	1992	SP
96.	Denise Fernades Glauser	1992	RJ
97.	Denise Leão Ciriaco	1993	AL
98.	Denise Pereira Ferrari	1988	RO
99.	Deurides Ribeiro Navega Cruz	1988	DF
100.	Deusamar Cesar Meneses	1991	PI
101.	Doris Schmidt Corona	1997	ES
102.	Edenia Serafim Costa	1986	ES
103.	Edgar Lessa Crusóe	1987	BA
104.	Edilma Aparecida Alves	1991	MS
105.	Edilson Francisco dos Santos	1993	RJ
106.	Edilson Pinheiro dos Reis	1994	MA
107.	Ediney Espinola da Costa	1994	MT
108.	Ednalva Marta de Araújo Silva	1998	AL
109.	Ednice da Silva Alves	1991	PB
110.	Edson Alves de Moura Filho	1987	AL
111.	Elaine Leal dos Santos	1995	PA
112.	Eliana Aquino Paranhos	1992	MS
113.	Eliane Carvalho Sercio	1996	RJ
114.	Eliane Dale Sucupira	1988	RJ
115.	Eliane Maria de Angelis	1993	DF
116.	Eliane Santos César	1987	PR
117.	Eliane Vieira Pereira	1996	AL
118.	Elisabete Dorighetto Borges	1988	RJ
119.	Elisete Antonieta Tell	1986	SC
120.	Elizabeth Maria Nunes	1993	SP
121.	Elizabeth Maria da Silva Araujo	1996	CE
122.	Elizabeth Paiva Pereira Arraes	1988	PA
123.	Ellen Akrenan Macedo	1990	RJ
124.	Elma coelho de Souza e Silva	1988	RJ
125.	Eloisa Helena Moreira Lisboa	1990	BA
126.	Elorides de Brito	1989	AM
127.	Érileide Medeiros de Oliveira Garcia	1996	RN
128.	Erotides Maria Garcia Justino	1992	RN
129.	Ester Maria Fernandes Macedo	1989	RN
130.	Euclia Lopes Angelim Ferreira	1997	BA
131.	Eugênia Maria Pereira Rodrigues	1993	CE
132.	Evandi Ferreira da Silva	1993	PE

(cont.)

133.	Evaneide Barros de Melo Araujo	1995	PE
134.	Ezilda Barbosa Carvalho	1997	MT
135.	Fabiana B. Assumpção de Souza	1996	RJ
136.	Fabiola Cardoso Rocha	1991	PE
137.	Fátima Meirrelles Pereira Gomes	1989	RJ
138.	Fátima Santos de Medeiros	1993	RJ
139.	Fátima Tereza Praia Lima	1987	AM
140.	Fernanda Maria Magalhães Carneiro	1990	CE
141.	Flavia Chiani de Oliveira Lopes	1998	MG
142.	Flaviano Manuel Melo Pacheco	1997	AL
143.	Florence Rojin Tocantins	1991	RJ
144.	Francidenia Barbosa Nobre	1990	CE
145.	Francisca Maria Nunes da Silva	1987	AL
146.	Francisca Rejane Lopes	1995	PB
147.	Francisco Emílio Loureiro	1990	RJ
148.	Francisco Eugênio Macuco Araújo	1998	SP
149.	Francisco Fraga Pereira	1988	CE
150.	Francisco Soares da Silva	1996	MG
151.	Gaspar de H. de Siqueira Campos	1989	PE
152.	Geni Ferreira Battisaco	1995	RJ
153.	Geraldo Resende Filho	1993	MG
154.	Gilca Lessa Miranda	1993	BA
155.	Gilza Betzler de Oliveira Machado	1991	RJ
156.	Girandina Ferreira Ramos	1997	SP
157.	Gláucia Gama Rahal Aires	1989	RO
158.	Gualberto Teixeira dos Santos Junior	1987	RJ
159.	Guida Silva Vasconcellos	1989	RJ
160.	Helena Cristina Ribeiro Resende	1991	MG
161.	Helenice Bosco de Oliveira	1991	SP
162.	Heloisa de Carvalho	1990	RJ
163.	Heloisa Leitão Cardoso D'Afonseca	1995	SP
164.	Heloísa Maria Silva de Medeiros	1996	RJ
165.	Henrique Fortunato Dominguez Pita	1997	SP
166.	Henriqueta Maria Valporto de Oliveira	1993	RJ
167.	Hercília Renata Médici de Mattos	1995	SP
168.	Herica Soraya Albano Teixeira	1997	MG
169.	Honorina Silveira Gularte	1990	RS
170.	Ilana Beigel	1993	RJ
171.	Ilca Ferreira da Silva	1997	RJ
172.	Iolanda Teles	1986	CE
173.	Iolazil Rodrigues de Oliveira Reis	1998	MT
174.	Iracema Batista	1991	MG
175.	Irani Machado Ferreira	1988	MT
176.	Isabel Cristina Cavalcante Carvalho	1997	PI
177.	Isabel Cristina Guimarães	1988	DF
178.	Isaias Nery Ferreira	1996	MG
179.	Isis Maria Nabuco e Silva	1997	BA
180.	Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues	1989	PA
181.	Ivanetti Laura Fortunato	1994	MT
182.	Ivanil Mámore de Souza	1988	MT
183.	Ivone Carpenedo Rumpel	1994	RS
184.	Izabel M. da Conceição L. Santos	1997	PI
185.	Izana Moreira Nunes	1990	RS
186.	Izes de Arruda e Silva	1987	MT
187.	Jacita Maria Santi Conteratto	1994	RS
188.	Jacqueline Meneguelli Barros	1997	ES
189.	Janete de Castro Quadros	1989	RR
190.	Janson Tavares de Assis	1989	MA
191.	Jenice Nunes Maciel	1995	RJ
192.	Joana D'Arc Vila Nova Jatoba	1992	PE
193.	João Paulo Martins Costa	1995	SC
194.	João Paulo Nogueira Franco	1991	RJ
195.	Jocely Aparecida Goecking de Sousa	1990	RJ
196.	Joel Cosme de Souza	1998	RJ
197.	Jorge Alexandre Sandes Milagres	1998	RJ
198.	Jorge Luiz Pinho	1998	SP

199.	Jorge Massashigue Kaku	1991	MS
200.	José Amadeu da Silva	1991	PE
201.	José Carlos de Oliveira	1986	MG
202.	José David Pinto Bezerra	1995	CE
203.	José Franco Netto	1986	RO
204.	José Maria Costa Batista	1988	CE
205.	José Rodrigues da Costa	1989	AL
206.	José Sival Clemente da Silva	1992	AL
207.	Josefa Angela Pontes de Aquino	1992	PB
208.	Joselia Maria da Silva Bastos	1991	RO
209.	Josilene da Silva Lima	1996	AL
210.	Juvenal Antônio do Nascimento	1994	PB
211.	Josué Laguardia	1997	DF
212.	Jucelda Alves de Oliveira	1995	PE
213.	Jurema Rodrigues Vieira Utinga	1997	RJ
214.	Juscelina Moura Rodrigues	1994	PI
215.	Juvenal Siqueira de Azevedo Filho	1986	RJ
216.	Katia Almeida do Rego Lobão	1995	PI
217.	Kátia Cristina Lopes Freitas	1996	MA
218.	Kátia da Silva e Cunha	1989	RJ
219.	Katia Monteiro Batalha	1991	PA
220.	Katia Oliveira Machado	1998	RJ
221.	Kelly Christina Monteiro de Sousa	1996	AP
222.	Laize Viegas Brilhante da Nóbrega	1998	PE
223.	Laura Maria Vidal Nogueira	1986	PA
224.	Lauzane Romero Mayrinck	1992	RJ
225.	Leane Fátima de Almeida Franco	1988	RO
226.	Lena Vania Nunes das Neves	1993	RJ
227.	Lenice Gnocchi da Costa Reis	1987	RJ
228.	Lenigia Maria de Alencar	1994	RN
229.	Lenita Antonia Vaz	1992	PR
230.	Leticia de Castro Maia	1986	PE
231.	Levi Inima de Miranda	1991	RJ
232.	Lia de oliveira Costa	1994	RJ
233.	Liamar Ferreira Borga	1987	RJ
234.	Lidenice Ferreira Lima Lopes	1997	RN
235.	Lidia Maria Pinto Soares	1997	BA
236.	Liege Matia Moreira Bonfim de Andrade	1996	BA
237.	Lorene Louise Silva Pinto	1988	BA
238.	Lúcia Maria Menezes Andrade	1996	CE
239.	Lucia Marília Araujo de Possidio	1995	PE
240.	Lucia Regina Jesuino da Costa	1994	CE
241.	Lucio Vilar Rabelo Filho	1987	PE
242.	Luis Gustavo do Valle Bastos	1998	RJ
243.	Luisa de Marillac Meireles Barbosa	1992	CE
244.	Luisa Maria Torres de Carvalho	1992	CE
245.	Luiz Alberto Casadei Abumussi	1986	SP
246.	Luiz Renato Navega Cruz	1992	DF
247.	Luiza de Melo Santos	1993	RO
248.	Luizia Mirtes Ferreira dos Santos	1986	MS
249.	Lynd Sue Diniz	1993	RJ
250.	Magali Paes Menezes	1988	SE
251.	Magaly Vicentini Abreu Demenech	1998	ES
252.	Maira Rejane da Silva	1996	RS
253.	Manoel Dias da Fonseca Neto	1987	CE
254.	Manoel Laurindo Ferrreira da Costa	1992	PA
255.	Mara Lúcia Pessini	1990	RS
256.	Marcia Araujo Barbosa da Silva	1998	RJ
257.	Marcia Cristina Holanda Vidal	1993	RN
258.	Marcia do Socorro Medeiros Lima	1998	AL
259.	Marcia Lucia Abud Haddad	1988	MG
260.	Marcia Maria M. Almeida e Marinho	1988	BA
261.	Márcia Mitiko Azuma	1986	SP
262.	Márcia Veiga de Araujo	1995	BA
263.	Marcia Zaiatz Bittencourt	1994	PR
264.	Marcio Hamilton Protzner de Oliveira	1988	MG

(cont.)

265.	Marcos Renato de Oliveira Bessa	1986	RS
266.	Marcos Sales Pimenta	1995	MG
267.	Margareth Frossard Ribeiro Mendes	1989	DF
268.	Margarida Maria A. Goes Magalhães	1994	SP
269.	Maria Alice Ferreira Peniche	1986	DF
270.	Maria Angélica Gonçalves Silva Silveira	1996	RJ
271.	Maria Antonia Cattaneo Aikava	1996	PR
272.	Maria Aparecida da Silva	1988	PB
273.	Maria Aparecida de Carvalho Lins	1994	AL
274.	Maria Auxiliadora Vasconcelos Veras	1995	PE
275.	Maria Auzeni de Moura Fé	1992	PI
276.	Maria Betania Maciel da Silva	1991	RN
277.	Maria Bokel Martins Costa	1990	DF
278.	Maria Brandão	1988	MS
279.	Maria Cândida Motta de Assis	1987	DF
280.	Maria Cecília Ribeiro Vilarinhos	1991	RJ
281.	Maria Cláudia S. Cajazeira Ramos	1989	CE
282.	Maria Conceição Queiroz Oliveira Riccio	1988	BA
283.	Maria Cristina da Cunha	1989	RN
284.	Maria Cristina Garcia Kehrig Salvador	1992	SC
285.	Maria da Conceição Dias	1990	RJ
286.	Maria da Graça Machado Alberto	1993	RS
287.	Maria Dalva de Souza Onofre	1992	PB
288.	Maria Darci da Luz Lima	1992	PE
289.	Maria das Graças Ferreira Marques	1997	RJ
290.	Maria das Graças H. Ramos Amado	1995	MG
291.	Maria das Graças Monteiro de Farias	1990	RO
292.	Maria das Graças N. Cerqueira Leão	1989	GO
293.	Maria de Fátima Cassaro Gurgel	1991	ES
294.	Maria de Fátima Dantas Gaudenzi	1986	BA
295.	Maria de Fátima de Bem Rigatti	1996	RS
296.	Maria de Fátima e Silva	1987	DF
297.	Maria de Fátima Fagundes de Lima	1989	AC
298.	Maria de Fátima Lima	1994	PI
299.	Maria de Fátima Melo Victor	1996	PE
300.	Maria de Fátima Rodrigues Bortolot	1997	RJ
301.	Maria de Fátima Silva Pereira	1989	MA
302.	Maria de Fátima Silva Pereira Oliveira	1993	RJ
303.	Maria de Lourdes Della Giustina	1987	RS
304.	Maria de Lourdes Dias de Souza	1996	RJ
305.	Maria de Lourdes Viude Oliveira	1992	SP
306.	Maria de Nazaré de Mesquita e Sousa	1996	PI
307.	Maria de Nazaré Frota de Oliveira	1996	AM
308.	Maria de Nazaré Lacerda de Melo	1994	RO
309.	Maria de Nazaré Rodrigues	1988	RJ
310.	Maria Deise de Oliveira Ohnishi	1990	PA
311.	Maria Dilce Barroso do Valle	1989	RJ
312.	Maria do Carmo Carneiro Guedes	1991	PB
313.	Maria do Carmo Nava Sedicias	1992	RJ
314.	Maria do Carmo Rodrigues de Miranda	1995	MA
315.	Maria do Perpétuo Socorro P. Martins	1987	CE
316.	Maria do Socorro Bezerra Luna	1991	CE
317.	Maria do Socorro Dantas do Amaral	1993	PA
318.	Maria do Socorro Evangelista Kusano	1988	DF
319.	Maria Efigênia de Lima	1994	MG
320.	Maria Eloneida Fonseca Rodrigues	1998	MA
321.	Maria Eugênia Dutra	1998	ES
322.	Maria Eugênia Fernandes Granito	1987	SP
323.	Maria Ferreira da Silva	1989	RN
324.	Maria Francisca de Almeida Costa	1989	AM
325.	Maria Francisca T. Caldeira Scherner	1989	PR
326.	Maria Gorete Bentes Canto	1995	PA
327.	Maria Goretti Meneses Falcão Moura	1986	RN
328.	Maria Haidee Coelho da Silva	1987	RJ
329.	Maria Helena Morais Dias	1997	RO
330.	Maria Inez Morais Alves de Farias	1987	BA
331.	Maria Inez Ribeiro Oliveira	1997	MG

332.	Maria Izabel Medeiros Silva da Costa	1991	RN
333.	Maria Izabel Mota Xavier	1992	BA
334.	Maria José Amorim Busaglio	1986	MA
335.	Maria José de Souza	1990	RJ
336.	Maria José Fernandes Pereira	1998	RJ
337.	Maria José Rodrigues da Silva	1992	RJ
338.	Maria Lenilce Gonçalves Vieira	1998	CE
339.	Maria Lucelia da Hora Sales	1991	AL
340.	Maria Lucia Modenez	1998	SP
341.	Maria Madalena Diniz Braga Franco	1997	MG
342.	Maria Neusa Rodrigues	1988	MS
343.	Maria Odete Bird	1987	RJ
344.	Maria Oneide Almeida Lima	1995	MA
345.	Maria Rosa de Moraes Milanez	1989	PI
346.	Maria Rosalva Teixeira Mota	1989	CE
347.	Maria Salet Parise	1990	RS
348.	Maria Sandra M. Vieira Azevedo Silva	1987	DF
349.	Maria Selma Soares	1993	TO
350.	Maria Silva Coutinho de Andrade	1988	BA
351.	Maria Sueli da Silva	1998	PA
352.	Maria Tereza Brasil Zanini	1988	SC
353.	Maria Terlane Fonseca Lima	1992	AM
354.	Maria Therezinha Nóbrega da Silva	1989	RJ
355.	Maria Valdeluz Costa	1993	SE
356.	Maria Veraluze Costa	1990	AL
357.	Maria Zeneuna Gomes de Vasconcelos	1994	PI
358.	Maricy Aparecida Masini Busico	1988	SP
359.	Marilda das Dores Pereira	1990	GO
360.	Marilde Ferrer de Souza	1994	CE
361.	Marilena Luiza Reis Braga	1993	BA
362.	Marilene da Costa Monini	1987	GO
363.	Marília Ramos Leitão Nicolau	1994	PB
364.	Marilza Adeodato Carvalho	1989	CE
365.	Marina Barrosos T. da Silva Vasquez	1996	RJ
366.	Maristela Batista	1996	MG
367.	Mariza Moita Laboissieri	1989	RJ
368.	Marize Barros de Souza Araujo	1997	RN
369.	Marizete de Lurdes Sanches	1993	PR
370.	Marlene Madalena Possan Foschiera	1990	SC
371.	Marli Marques	1990	MS
372.	Marluce Alves de Aguiar	1986	PB
373.	Marluce Viegas de Moura Rezende	1994	AL
374.	Marta Dionina Mendonça dos Santos	1992	MS
375.	Marta Maria Brasileiro de Lima	1989	PB
376.	Martha Brito da Cruz	1997	PE
377.	Martha Góes Fernandes	1998	RJ
378.	Marune Melo Tavora	1997	PA
379.	Mary Anne Duarte Sobreira	1986	CE
380.	Marymar Novaes Moreira	1993	BA
381.	Mascos Antonio Cabral	1997	GO
382.	Matercia Reges da Silva Zaquieu	1991	RJ
383.	Mauricélia Maria de Melo Holmes	1997	PB
384.	Mirian Pereira Domingos	1998	PE
385.	Moacyr José Ferreira	1994	PI
386.	Monica da Silva Lorenzo	1996	RJ
387.	Mônica Roscoe Vieira	1994	MG
388.	Nadia Maria Simões Lopes Pires	1998	BA
389.	Nadja Antonia B. de Arruda Romão	1996	CE
390.	Nancy Silva das Chagas	1997	RJ
391.	Nancy Valente Martins	1998	RJ
392.	Naomi Kanashiro	1997	SP
393.	Neide Maria de Holanda Araujo Viana	1995	MA
394.	Neila Nogueira Matos	1987	PR
395.	Nelcinea Ribeiro de Macedo	1994	CE
396.	Neuza Maria Dias Moreira	1995	PA
397.	Nezi Ivo Ramos	1995	BA
398.	Nilton Fernando da Silva	1998	RJ

(cont.)

399.	Nilton Fernando da Silva	1991	RJ
400.	Nilza Maria Rogerio Malta de Oliveira	1993	AL
401.	Noema Elizabeth Wotzasek Costa	1988	RJ
402.	Noemi Consuelo de Paula Freire	1992	CE
403.	Noemia Moricochi	1991	SP
404.	Norma Etsuko Okamoto Noguchi	1996	SP
405.	Norma Forastieri	1986	SP
406.	Nyria Coelho Adati Guimarães	1997	TO
407.	Oldina Borecki	1998	RR
408.	Olinda Tardelle de Oliveira	1995	RJ
409.	Oneide de Senna e Silva	1986	AM
410.	Oneron de Abreu Pithan	1988	RJ
411.	Onineia Miriam Lopes de Azevedo	1993	RJ
412.	Otilia Dora Simões dos Santos	1996	SP
413.	Paulo César Cavalcanti da Silva	1986	AL
414.	Paulo Cesar Ribeiro de Carvalho	1998	SP
415.	Paulo Hiroshi Kano	1988	RJ
416.	Paulo Roberto de Almeida Barbosa	1992	RJ
417.	Paulo Roberto Klautau Ferreira	1986	PA
418.	Paulo Roberto Muller	1998	RS
419.	Petronor de Carvalho Fonseca	1992	GO
420.	Priscila Correa do Nascimento	1997	ES
421.	Regina Lucia Herculano Faustino	1995	MG
422.	Regina Maria Alvarez França	1986	RJ
423.	Regina Maria de Almeida Assis Granoza	1995	CE
424.	Regina Maria Scolaro	1991	SP
425.	Rejane Lopes Cal	1987	RJ
426.	Rejane Messias Domiciano	1992	RO
427.	Renato Lopes Matos	1988	SC
428.	Ricardo Alves Cocolisce	1995	SP
429.	Ricardo Ketí Mangabeira Albernaz	1997	MT
430.	Rita de Cassia da Costa Rodrigues	1995	RJ
431.	Rita Julia de Mesquita Brito	1986	RN
432.	Rivane de Oliveira Ribas	1993	RJ
433.	Roberta de Cássia Urquiza Veras	1996	PE
434.	Roberto Kazan	1992	MT
435.	Roberto Luiz Targa Ferreira	1989	RS
436.	Roland Ristow Junior	1987	SC
437.	Ronaldo José Garcia	1997	RJ
438.	Rosa de Lima Oliveira Rodrigues	1993	RN
439.	Rosana Almeida da Silva Paes	1989	MG
440.	Rosane de Carvalho Lopes	1990	RJ
441.	Rosângela Brandão Monteiro	1987	PA
442.	Rosângela Cavalcante Xavier	1992	RJ
443.	Rosângela da Luz Reis	1991	RJ
444.	Rosângela Palheta de Oliveira Meneses	1996	BA
445.	Rute Maria Coutinho	1990	BA
446.	Ruth Figueira Dormas	1995	RJ
447.	Sandra Ferreira Gesto Bittar	1998	RJ
448.	Sandra Maria Correa Lunedo	1991	RR
449.	Sandra Solange Leite Campos	1998	CE
450.	Selma Maria de Oliveira Dias	1994	RJ
451.	Sheila da Silva Leite	1994	AM
452.	Sidnei da Silva Queiroz	1987	DF
453.	Silvana Helena Dantas Moreira	1993	PE
454.	Silvia Carmen Akel Thomaz de Lima	1991	AM
455.	Silvia Maria Gomes de Rossi	1986	PR
456.	Silvia Matumoto	1991	SP
457.	Silvia Tereza Reis Souza	1993	DF
458.	Simone Andrea Bezerra Barbosa	1995	PE
459.	Simone Escudero Gutierrez	1993	MT

460.	Simone Maria Coutinho Gomes	1996	RN
461.	Simone Moreira Tebaldi Carvalho	1994	ES
462.	Simone Stief	1992	RJ
463.	Solange Gonçalves David de Macedo	1992	RJ
464.	Sonia Fernandes	1996	PR
465.	Sonia Maria do Espírito Santo	1986	RJ
466.	Sonia Maria Gil Wohlers da Fonseca	1998	RJ
467.	Sonia Maria Ribeiro Gomes	1995	MG
468.	Sonia Regina Costa Barbosa	1989	RJ
469.	Sonia Regina Pinto de Abreu	1998	RJ
470.	Sonia Valeria de Almeida Moraes	1991	RJ
471.	Soraia Roges Jordy	1990	TO
472.	Soraya de Almeida Ávila	1998	RJ
473.	Stelida Helena Coser Seraphim	1996	ES
474.	Sueli Gomes da Silva	1990	BA
475.	Susana Beatriz Vianna Jardim	1992	RS
476.	Susana Martins	1998	MS
477.	Susilei Lourenço dos Santos	1992	MT
478.	Sussana Ceni	1986	MS
479.	Suzana Dal-Ri Moreira	1989	PR
480.	Suzy Mara Ferreira	1991	RJ
481.	Sylda Cely Meneses de Oliveira	1990	SE
482.	Sylvia Maria Peixoto Borges	1995	SP
483.	Tadeu Antônio de Carvalho Valverde	1989	RJ
484.	Tania Guimarães Motta	1994	RJ
485.	Teresa D'Andrea	1998	RJ
486.	Teresinha Sousa de Oliveira	1988	RJ
487.	Tereza Cristina Pinto Knett	1997	RJ
488.	Terezinha de Bastiani	1996	PA
489.	Terezinha de Jesus Maia Vieira	1986	DF
490.	Terezinha Figueiredo de Jesus	1994	MG
491.	Tomas Aiza Alvarez	1995	DF
492.	Valdemira Ramos Freire	1987	CE
493.	Valéria Cristina Pim Figliuzzi Arantes	1993	ES
494.	Valéria Goes Ferreira Pinheiro	1986	CE
495.	Valéria Medeiros de Carvalho	1988	RJ
496.	Valmir Samuel Teles	1986	BA
497.	Valquíria Moura dos Santos	1998	RJ
498.	Vandete Nascimento	1986	SE
499.	Vania Maria Leite Coutinho	1996	PB
500.	Vanja Helena de Souza Guedes	1991	RJ
501.	Vanja Raposo Lima da Costa	1991	MA
502.	Vera Lucia Andrade Martins	1986	DF
503.	Vera Lucia Lima de Mello	1993	AM
504.	Vera Lúcia Prazeres dos Santos	1996	RJ
505.	Vera Maria Neder Galesi	1989	SP
506.	Vergínia Lemos dos Santos	1997	RJ
507.	Virgínia Maria Muniz	1993	ES
508.	Vivian de Farias	1988	RJ
509.	Wagner Ferraz de Lacerda	1998	RJ
510.	Walber Miranda Vasconcelos	1992	AL
511.	Waldyr Pinheiro Sampaio	1991	PI
512.	Wanda Campos da Silveira	1987	RJ
513.	Wandoircy da Silva Costa	1990	MT
514.	Werbena Aguiar dos Santos	1993	ES
515.	Wilson Batista Colacio	1990	CE
516.	Yeda Coelho Lopes	1987	AM
517.	Zelma Queiroz Mesquita Medeiros	1986	AL
518.	Zilda Ferreira Fernandes	1986	RJ
519.	Zilda Ninako Ugayama	1996	RR



**Procedimentos  
SIA / AIH / SUS**

**Brasília, DF 1999**



**TABELAS DE PROCEDIMENTOS DO SIA/AIH/SUS  
DA SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA DE SAÚDE  
/SAS QUE INTERESSAM AO PCT**

**107-4 – APLICAÇÃO DA VACINA BCG EM COMUNICANTE DE HANSENIASE  
TUBERCULOSE (PAB)**

**027-2 – ATIVIDADES EXECUTADAS POR AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE  
(PACS)**

(Sob a responsabilidade das Secretarias Estaduais/Municipais de Saúde) (PAB) Componentes = Visita domiciliar) atividade externa solicitada e supervisionada por profissional enfermeiro segundo objetivos pré-estabelecidos), já incluídas ações executadas, tais como: cadastramento familiar, identificação, encaminhamento e acompanhamento da população alvo para atendimento nas Unidades de Saúde, participação nas atividades educativas com grupo no mínimo de 10 (dez) participantes de duração mínima de 60 (sessenta) minutos, desenvolvidas na área da unidade pública de saúde à qual o Agente Comunitário de Saúde está vinculado.

*Observações:*

Os Agentes Comunitários de Saúde – código 77 – da Tabela de Atividade Profissional – somente poderão ser cadastrados nas unidades públicas estaduais/municipais, supervisionados pelo profissional enfermeiro, desenvolvendo atividades de acordo com as normas e diretrizes do PACS/NAS.

**028-0 – VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL MÉDIO (PAB)**

Componentes = Visita domiciliar (atividade externa solicitada por profissional de nível superior, segundo rotinas de serviços programadas), já incluídos cuidados executados durante a visita, tais como: curativos, retirada de pontos, etc; convocação de faltosos, em visita domiciliar, de pacientes incluídos em programas específicos.

**031-0 – CONSULTA/ATENDIMENTO DE OUTROS PROFISSIONAIS DE  
NÍVEL SUPERIOR (PAB)**

Componentes = Consulta/atendimento individual por profissional de saúde de nível superior.

Obs. consultas médicas e odontológica estão especificadas em outros códigos.

**124-4 – CONSULTA/ATENDIMENTO DE ENFERMEIRA (O) (PAB)**

Componentes = Consulta/atendimento individual realizado pelo profissional enfermeiro, e outros atos específicos próprios da categoria.

**038-8 – TERAPIAS EM GRUPO (PAB)**

Componentes = Atividade executada por profissionais de nível superior com grupo de pacientes (grupo operativo, psicoterapia grupal e/ou familiar), composto por no mínimo 05 e no máximo 15 pacientes, com duração média de 60 minutos.

**135-0 – TERAPIAS INDIVIDUAIS (PAB)**

Componentes = Atividade terapêutica individual e paciente com duração média de 60 (sessenta) minutos.

**129-9 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE (PAB)**

Componentes = consiste no ato de administrar medicamentos prescritos nas consultas/ atendimentos, vinculados à Atenção Básica.

**218-6 – COLETA DE MATERIAL PARA EXAME LABORATORIAL (PAB)**

Componentes = Consiste na coleta de material realizado por técnico capacitado, fora da unidade laboratorial.

**256-9 – PPD (TUBERCULOSE) (PAB)****829-0 - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA TUBERCULOSE (PAB)****129-5 – ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO NA UNIDADE –****NÍVEL SUPERIOR (PAB)**

Componentes = Atividade educativa sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo mínimo de 10 participantes e duração mínima de 30 minutos, desenvolvida nas dependências da Unidade de Saúde.

**129-7 – ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO NA UNIDADE –****NÍVEL MÉDIO (PAB)**

Componentes = Atividade educativa sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, mínimo de 10 participantes e duração mínima de 30 minutos, desenvolvida nas dependências da Unidade de Saúde.

**337-9 – ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO NA COMUNIDADE –****NÍVEL SUPERIOR (PAB)**

Componentes = Atividade educativa sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, mínimo de 10 participantes e duração mínima de 30 minutos, desenvolvida na comunidade, fora da Unidade de Saúde.

**335-2 – ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO NA COMUNIDADE – NÍVEL MÉDIO (PAB)**

Componentes = Atividade educativa sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, mínimo de 10 participantes e duração mínima de 30 minutos, desenvolvida na comunidade, fora da Unidade de Saúde.

**131-7 – CONSULTA/ATENDIMENTO NA UNIDADE (PACS/PSF) (PAB)**

Componentes = Consultas/atendimento individual por profissional enfermeiro do PACS/PSF.

**133-3 – VISITA DOMICILIAR PARA CONSULTA/ATENDIMENTO (PACS/PSF) (PAB)**

Componentes = Visita domiciliar para consulta/atendimento, por profissional enfermeiro do PACS/PSF

**194-5 – ATIVIDADE EDUCATIVA A GRUPOS DA COMUNIDADE (PACS/PSF) (PAB)**

Componentes = Atividade educativa sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, mínimo de 10 participantes e duração mínima de 30 minutos, realizado pelo profissional enfermeiro do PACS/PSF.

**134-1 – VISITA DOMICILIAR PARA CONSULTA/ATENDIMENTO DE OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR (PAB)**

Componentes = Atendimento domiciliar realizado por profissionais de nível superior, com duração média de 60 minutos.

**195-3 – VISITA DOMICILIAR PARA CONSULTA/ATENDIMENTO DE ENFERMEIRA (O) (PAB)**

Componentes = Atendimento domiciliar realizado por enfermeiro, com duração média de 60 minutos.

**137-6 – ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTE**

Componentes = Consiste no ato de administrar medicamentos prescritos nas consultas/atendimentos que não estão vinculados à Atenção Básica.

**139-2 – CONSULTA/ATENDIMENTO DE OUTROS PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR**

Componentes = Consulta/Atendimento individual por profissional de nível superior.

**331-0 – ATIVIDADE EDUCATIVA COM GRUPO NA COMUNIDADE NÍVEL SUPERIOR**

Componentes = Atividade educativa sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, mínimo de 10 participantes e duração mínima de 30 minutos, desenvolvida na comunidade fora da Unidade de Saúde.

**333-6 – VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR**

Componentes = Atendimento domiciliar realizado por profissional de nível superior, com duração média de 60 minutos.

**118-0 – CONSULTA MÉDICA DOMICILIAR (PAB)****130-9 – CONSULTA MÉDICA PARA HANSENÍASE (PAB)**

Obs: A consulta realizada pelo Hanserologista, código de Atividade profissional 51, deve ser registrada no código de procedimento 040-0 (consulta por outros profissionais médicos).

**196-1 – CONSULTA EM CLÍNICA MÉDICA (PAB)**

Componentes = Consiste no atendimento realizado pelo profissional de medicina, complementado, quando do necessário, pela participação de profissionais de enfermagem, nutrição, serviço social e pessoal de nível médio, não envolvendo a realização de exames complementares ou a utilização de recursos terapêuticos.

**435-9 – CONSULTA EM PEDIATRIA (PAB)****040-0 – CONSULTA POR OUTROS PROFISSIONAIS MÉDICOS**

Componentes = consiste na consulta realizada pelo profissional médico, cuja especialidade não está vinculada ao PAB.

**369-7 – ASSISTÊNCIA DOMICILIAR TERAPÊUTICA MULTIDISCIPLINAR HIV/AIDS**

Componentes = Atendimento domiciliar realizado por equipe multidisciplinar que assegure assistência clínico-terapêutica ao paciente portador de HIV/AIDS, permitindo a redução no nº e no tempo de internação hospitalar. Cada paciente deverá receber um mínimo de 12 visitas mensais da equipe. Será permitida a cobrança de, no máximo, 16 visitas pacientes/mês.

Estão habilitadas a prestar este tipo de assistência as Unidades de Saúde Pública vinculadas ao Programa de Alternativas Assistenciais aos pacientes portadores do HIV/AIDS da Coordenação Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde.

**GRUPO = RADIODIAGNÓSTICO (POR EXAME)**

Obs: Os valores pagos (total) incluem todos os atos, atividades, filmes, medicamentos e materiais necessários à realização dos exames, até a entrega dos resultados.

**329-8 – TÓRAX P.A E PERFIL****360-3 – EXAMES ESPECIALIZADOS I**

Componente = Broncografia unilateral

**GRUPO = PATOLOGIA CLÍNICA (POR EXAME)**

Obs: Os valores pagos (total) incluem todos os atos, atividades e materiais necessários à realização dos exames, desde a coleta de material até a entrega dos resultados.

**548-7 – IMUNOLOGIA VI**

Componentes = Teste de Elisa para anti HIV; test HÁ para HIV

**617-3 – ANTICORPOS ANTI-HIV (WESTERN BLOT)****755-2 – HIV-REAÇÃO EM CADEIA DE POLIMERASE (PCR) – QUALITATIVO****756-0 – HIV-REAÇÃO EM CADEIA DE POLIMERASE (PCR) – QUANTITATIVO CARGA VIRAL**

**634-3 – DIAGNOSE EM PNEUMOLOGIA I**

Componentes = Determinação da Mecânica respiratória; espirografia simples; espirografia com determinação do volume residual; estudo da função pulmonar (pulmões em separado); gasometria; após exercício cicloergométrico; gasometria após oxigênio a 100% durante a difusão alvéolo-capilar, prova farmacodinâmica; provas de esforço.

**636-0 – DIAGNOSE EM PNEUMOLOGIA II**

Componentes = Complacência pulmonar, curva fluxo-volume (estudo dos fluxos); prova ventilatória completa; prova de função pulmonar completa.

**650-5 – PSICODIAGNÓSTICO**

Componentes = Entrevistas de anamnese com o paciente, familiares ou responsáveis; utilização de técnicas de observação e/ou aplicação de testes/instrumentos de avaliação psicológica (o psicodiagnóstico sempre envolverá a elaboração de laudo bem como a especificação das técnicas e testes), executado por psicólogo.

*Na Cerimônia de encerramento do Seminário de Brasília, no dia 15/10/1998, foi assinada a Portaria nº 3739/GM que regulamenta a questão de bônus para casos tratados e curados e introduz alterações nas tabelas tratadas neste Anexo 3. O texto da Portaria está descrito, na íntegra, a seguir.*



**PORTARIA Nº 3.739/GM**

Em 16 de outubro de 1998.

O Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais, e considerando:

- Os altos índices de incidência e prevalência da tuberculose no Brasil;
- A importância de implementar em nível Nacional os programas de controle destas doenças;
- A importância de reforçar os mecanismos de controle, em face da disseminação da AIDS nos pacientes portadores de tuberculose;
- A importância do acompanhamento destes pacientes até a sua alta por cura,

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir o Cadastro de Unidade de Atendimento Ambulatorial de Controle de Tuberculose, do SIA/SUS, na forma do Anexo I.

Parágrafo Único - Apenas Unidades autorizadas pelo gestor municipal ou estadual poderão ser cadastradas.

Art. 2º - Instituir o Boletim de Movimento de Pacientes em Tratamento de Tuberculose, do SIA/SUS, na forma do Anexo II.

**ARTIGO 3. EXCLUÍDO E RENUMERADOS OS SEGUINTE**

**Art. 3º - Instituir o Boletim de Movimento de Baciloscopia Negativas para Sintomáticos Respiratórios, na forma do Anexo III, a ser preenchido pela unidade ambulatorial.**

Art. 4º - Criar os seguintes códigos na Tabela SIA/SUS:

**CÓDIGO 555 - ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE SEM TRATAMENTO SUPERVISIONADO**

**VALOR - R\$100,00**

**CÓDIGO 557 - ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE COM TRATAMENTO SUPERVISIONADO**

**Valor R\$ 150,00**

**CÓDIGO 559 - BACILOSCOPIA DIAGNÓSTICA EM TUBERCULOSE (BK)**

**Valor R\$ 4,50**

**CÓDIGO 561 - BACILOSCOPIA DE ACOMPANHAMENTO EM TUBERCULOSE (BK)**

**Valor R\$ 4,20**

Art. 5º - Os procedimentos 555 e 557 só poderão ser apresentados para cobrança 1 (uma) vez, por paciente cadastrado no programa.

Art. 6º - A Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, em conjunto com o Departamento de informática do SUS (DATASUS), deverá operacionalizar a implantação da presente Portaria.

Art. 7º - A SAS fica autorizada a emitir portarias complementares visando à efetiva implantação do Sistema.

**ARTIGO 8 - A SECRETÁRIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE SERÁ RESPONSÁVEL PELA AVALIAÇÃO PERIÓDICA DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS NESTE SISTEMA.**

Art. 8º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com prazo de 2 meses para implantação do software de acompanhamento.

JOSÉ SERRA

Republicada por ter saído com incorreções no original, no DO nº 199-E, de 19.10.98, página 3, Seção 1.

## ANEXO I

Apenas unidades cadastradas poderão participar do sistema

### CADASTRO DE UNIDADE

UNIDADE NOME:  
ENDEREÇO:  
CÓDIGO DA UNIDADE NO SIA:  
CGC DA MANTENEDORA:

LABORATÓRIO DE BACILOSCOPIA: 1) NOME/ENDEREÇO/CÓDIGO SIA  
2) NOME/ENDEREÇO/CÓDIGO SIA

**ANEXO II****MOVIMENTO DE PACIENTES EM TRATAMENTO DE TB**

NOME DO PACIENTE:

N° REGISTRO NA UNIDADE:

RESIDÊNCIA:

MUNICÍPIO:

CÓDIGO:

U.F.:

NOME DA MÃE:

DATA DE NASCIMENTO:

FORMA DA TUBERCULOSE:

1) PULMONAR 2) MENINGITE TUBERCULOSA 3) OUTRAS

SE O DIAGNÓSTICO NÃO FOI POR MEIO DA BACILOSCOPIA, Qual o meio diagnóstico:

1) Radiologia 2) Cultura 3) Biópsia 4) Prova Tuberculínica 5) Outros

**É TRATAMENTO SUPERVISIONADO: SIM ( ) NÃO ( )**

INÍCIO DO TRATAMENTO SUPERVISIONADO EM : / /

PRIMEIRA BACILOSCOPIA EM	/	/	RESULTADO:	1) pos.	2) neg.	Código Laborat-
Baciloscopias	em	/	Resultado	1) pos.....	2) neg.....	
posteriores		/	Resultado	1) pos.....	2) neg.....	
		/	Resultado	1) pos.....	2) neg.....	
		/	Resultado	1) pos.....	2) neg.....	
neg		/	Resultado	1) pos	2)	
neg		/	Resultado	1) pos	2)	
neg		/	Resultado	1) pos	2)	
neg		/	Resultado	1) pos	2)	

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

DATA DE ATENDIMENTO:..... / ..... / .....

1) ATENDIMENTO NORMAL DE SEGUIMENTO

4) ALTA POR TRATAMENTO  
SUPERVISIONADO

2) ÓBITO

5) ENCAM.P/INTERNAÇÃO  
POR INTERCORRÊNCIA

3) ALTA POR TRATAMENTO ADEQUADO

6) ABANDONO





# **Centro de Referência Hélio Fraga**

**Brasília, DF 1999**

**Texto original do Folder do CRHF  
com adaptações do PNCT**

### **Observação**

Em 1998 o CRHF editou um folder apresentando informações sobre a Tuberculose em geral e sobre os objetivos da instituição, seus resultados e perspectivas. Com a elaboração do PNCT alguns de seus conteúdos e partes foram adaptados para o presente documento do Plano, bem como foram atualizadas algumas de suas informações.



## **CENTRO DE REFERÊNCIA HÉLIO FRAGA CRHF**

Dados da OMS atestam a preocupante tendência de expansão das doenças tradicionais que afligem a humanidade.

Além disso, assiste-se ao nascimento de novos flagelos que encontram terreno fértil nos grandes aglomerados e nos bolsões de pobreza espalhados por todo o mundo.

Considerando a dimensão dos problemas na área da saúde pública, o número de pessoas afetadas e as condições sócio-econômicas predominantes, muitas décadas ainda serão consumidas para se alcançar resultados satisfatórios em relação à Tuberculose, por exemplo

Assim, a adequada gestão dos recursos financeiros, físicos, humanos e tecnológicos é vital para ajudar no equacionamento dos problemas em questão.

Nesse cenário é que se compreende a inserção do CRHF como entidade ativa nos trabalhos de Controle da Tuberculose.

### **A Ação do Estado no Controle da Tuberculose**

No Brasil, a percepção da tuberculose como doença social firmou-se nesse século. A formulação e implantação das políticas de controle da tuberculose foram assumidas principalmente pelo Estado. Houve inicialmente uma mobilização da sociedade, que criou, em 1900, a Liga Brasileira de Tratamento da Tuberculose. Posteriormente, em 1920, o Estado criou a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose.

A partir de 1930 ampliou-se a intervenção estatal no Combate à Tuberculose, contando com iniciativas, em menor escala, de instituições filantrópicas.

Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Tuberculose e, em 1946, a Campanha Nacional Contra a Tuberculose – CNCT, que se constituiu em uma ação mais efetiva do Estado no combate ao flagelo.

Nos anos 70, foi intensificada a ação no controle da doença até atingir sua completa padronização na década seguinte. Em 1970 foi criada a Divisão Nacional da Tuberculose, em substituição ao Serviço Nacional da Tuberculose. O marco fundamental dessa década foi o início de implementação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, inserido no II Plano Nacional de Desenvolvimento.

Em 1976, a Divisão Nacional de Tuberculose transformou-se em Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária, tendo como atribuições outras pneumopatias.

No início da década de 80, foi estruturado o Centro de Referência Hélio Fraga – CRHF, órgão destinado ao assessoramento/pesquisa/treinamento na área da Pneumologia Sanitária.

### **Centro de Referência Hélio Fraga – Origens**

A idéia de criação de um Centro de Referência Nacional em Tuberculose foi discutida no âmbito da Divisão Nacional de Pneumologia Sanitária por vários anos, resultando na elaboração de vários anteprojetos para criar o "Centro Nacional de

Excelência", o "Laboratório de Referência para Bacteriologia da Tuberculose" e "Centros de Referência Regionais".

Em dezembro de 1983, um grupo constituído por técnicos de várias instituições se reuniu com o intuito de definir sobre material, instalações e pessoal para implantação do Laboratório de Bacteriologia da entidade que se pretendia criar<sup>1</sup>.

A partir de 1984, com a disponibilidade de recursos do FINSOCIAL, o projeto pode ser finalmente viabilizado.

A Portaria 02/84 de 30 de janeiro de 1984, assinada pelo então Superintendente da CNCT, Dr. Germano Gerhardt Filho, criou o "Centro de Referência da CNCT", com as atribuições de "atuar na área de pneumologia sanitária, desenvolvendo recursos humanos, realizando estudos operacionais e epidemiológicos que possibilitem a elaboração de normas e procedimentos, supervisionar e avaliar as atividades de controle de pneumopatias de interesse sanitário e manter laboratório especializado integrado ao Sistema Público com a finalidade de atuar como Laboratório de Referência Macrorregional".

Na mesma data, através da Portaria 03/84, o Superintendente designou um grupo técnico<sup>2</sup> destinado a promover a implantação do mencionado Centro de Referência.

Finalmente, a portaria MS 120/84, publicada no Diário Oficial de 16 de abril de 1984, atribuiu ao Centro de Referência o nome de um dos líderes da luta contra a Tuberculose no Brasil, o ex-Diretor da Divisão Nacional de Tuberculose, Professor Dr. Hélio Fraga, ex-Reitor da UFRJ.

Em 22 de janeiro de 1986, o Centro de Referência Hélio Fraga – CRHF era inaugurado pelo Ministro da Saúde, Dr. Carlos Sant'Anna.

Com a ação da CNCT, no período de 1946 a 1991, as conquistas do combate à Tuberculose no campo operacional foram significativas. Um dos marcos, nos anos 50, foi a mobilização para a construção de hospitais em todo o País, buscando atingir a meta de 20.000 leitos.

No início da década de 80, o PNCT apresentava as seguintes características: coordenação e normas únicas em níveis federal e estadual; unidades de saúde integradas; atividades independentes do especialista no nível ambulatorial; esquema terapêutico de curta duração (seis meses); fornecimento gratuito e assegurado de medicamentos a todos os doentes descobertos; sistema de informação único e ascendente; extensão da vacinação, e um modelo de programação claro e objetivo.

No entanto, tal esforço operacional e assistencial exigia uma concentração de recursos tecnológicos e de pesquisas, um sistema de avaliação adequado, a elaboração de material de ensino e o treinamento de recursos humanos, a padronização de normas, métodos de trabalho e de tratamento que pudessem orientar a Campanha com uniformidade e visão estratégica do problema.

Contudo, até 1986, não existia um núcleo com visão holística da questão, capaz de orientar a campanha na abrangência desejada.

---

<sup>1</sup> Trabalharam nesse Projeto: Alberto Calheiros, Antonio Fraga Hautequestt, Daniel Biasotto Mano, Elias C. Mourão, Jorge Silva, José Augusto da Polônia Batalheiro, José Benício de Miranda, Miguel Aiub e Paulo Pinto Gontijo Filho.

<sup>2</sup> Esse grupo contou com a coordenação do Dr. Miguel Aiub Hijar e participação dos membros: Margareth Dalcomo, José Antonio Nunes de Miranda, José Augusto da Polônia Batalheiro, Daniel Biasotto Mano, Alberto Calheiros, Antonio Fraga Hautequestt e Dina Costa.

Imaginou-se, então, criar três centros de Referência nas estruturas dos Hospitais Raphael de Paula Souza no Rio de Janeiro (RJ), Maracanaú em Fortaleza (CE) e João de Barros Barreto (PA). Com ação em âmbito regional, cada Centro seria responsável por uma área geográfica definida. O Centro do Rio de Janeiro foi implantado, tornando-se referência nacional; as estruturas iniciais dos outros dois se transformaram nos atuais núcleos macrorregionais do PNCT.

### **Centro de Referência Hélio Fraga - Hoje**

O CRHF se localiza no bairro de Jacarepaguá, cidade do Rio de Janeiro. Está instalado numa área de 16.456 metros quadrados, contígua à do Hospital Raphael de Paula Souza, permitindo uma feliz interação de objetivo e missões, inserido em um espaço total de mais de 300.000 metros quadrados.

As instalações do CRHF compreendem 2303 m<sup>2</sup> de área construída, abrangendo: a) Prédios de administração e apoio; b) Laboratórios de Tuberculose e de Fisiopatologia Respiratória e Poluição; c) Centro de Treinamento; d) Auditórios; e) Biblioteca; f) Ambulatório de pesquisas.

A área que envolve o CRHF e o HRPS é completamente arborizada e conta com pequenos trechos da Mata Atlântica, compondo um ambiente tranquilo e saudável. Sendo de interesse público, é possível a expansão das atividades e instalações visando uma atuação ainda mais abrangente, tanto no que se refere ao tratamento hospitalar quanto na pesquisa e no ensino.

O CRHF cumpre uma missão importante como referência nacional na área de Pneumologia Sanitária e, em especial, na área do combate à Tuberculose. Assim, destaca-se como órgão de apoio para as ações nacionais nesses segmentos da Saúde Pública.

No campo tecnológico e analítico, sedia laboratórios de referência nacional na área da Tuberculose e das doenças pulmonares ambientais e ocupacionais.

Considerando os produtos e ações do CRHF desde a sua criação até 1997, poderemos destacar pontos de grande repercussão como: cursos, treinamentos, pesquisas, teses, estágios, material instrucional, formação e manutenção de Micobacterioteca, produção de insumos para diagnóstico e exames.

#### **MISSÃO DO CRHF**

O Centro de Referência Hélio Fraga, estando inserido na estrutura da FNS/CENEPI/CNPS, cumpre as diretrizes emanadas do Ministério da Saúde nas questões ligadas à Pneumologia Sanitária, tendo como missão: desenvolver, avaliar e transferir tecnologia para combate à Tuberculose, outras pneumopatias de interesse sanitário, realizando pesquisas necessárias para cumprir esse papel; disseminar conhecimentos através da formação, atualização e treinamento de profissionais para a rede pública brasileira na sua área de ação; estimular e participar de pesquisas na área da Pneumologia Sanitária e, em especial, na área do combate e controle da Tuberculose, apoiando Estados e Municípios na consecução dos seus objetivos nesses campos.

### **VISÃO DO CRHF**

Ser referência na área da Tuberculose, mantendo-se sempre na Vanguarda do controle, da pesquisa e da tecnologia, do ensino, e do controle desse agravo, estimulando o trabalho em rede e a busca contínua da excelência, configurando uma união que represente um complexo Centro de Excelência em Tuberculose.

As principais atividades do CRPHF são abordadas a seguir:

#### **Treinamento**

O Centro de Treinamento compreende instalações, recursos e procedimentos que permeiam todo o conjunto do CRHF, destacando o ensino, o aperfeiçoamento e a formação de recursos humanos como valores de primeira grandeza na Missão do Centro. Em termos físicos, além dos ambientes das áreas técnicas, citam-se:

- a) quatro salas de aula e duas de reuniões;
- b) duas salas de trabalho para professores;
- c) dois auditórios, um de 98 lugares e outro de 45.

O CRHF conta com uma excelente Biblioteca especializada que incorpora um acervo de 5000 livros, 245 teses, 350 periódicos, fitas cassete e filmes, como suporte às atividades do pessoal técnico, próprio e de todo o País.

Nesse contexto, um produto dos mais importantes do CRHF é justamente o recurso humano formado para enfileirar-se no combate à Tuberculose na rede de Saúde Pública do País.

#### **Assessoria ao PNCT**

O CRHF incorpora em sua estrutura uma unidade funcional descentralizada do CNPS para Vigilância Epidemiológica e Assessoria aos Programas de Combate à Tuberculose dos Estados do Sul/Sudeste, onde se concentram 50% dos casos do País.

O CRHF tem participado da elaboração, implantação e monitorização de normas técnicas e do Plano de Ação Emergencial para o Controle da Tuberculose, uma de suas ações chave. Cabe-lhe, também, desenvolver modelos de Vigilância Epidemiológica para grupos populacionais especiais como: doentes mentais, população de rua, drogados, sistema penal e população indígena.

#### **Pesquisa**

O CRHF conduz suas atividades, em todos os segmentos, numa visão de valorização da Pesquisa e de disseminação de seus resultados. Novos padrões e métodos de tratamento, novos equipamentos, novas técnicas, aprofundamento dos temas

relacionados à epidemiologia e às pneumopatias devem ser gerados num ambiente de integração científica e tecnológica, voltado, ao mesmo tempo, para o pragmatismo necessário no apoio às ações de Saúde Pública, em áreas tão críticas como as relacionadas ao Centro.

As pesquisas permeiam toda a Organização e buscam a integração com o exterior e com as entidades brasileiras governamentais e não governamentais, objetivando a consolidação de uma rede que possa cobrir toda a demanda nacional a mínimo custo. Este é, seguramente, um papel vital do Centro na sua área de atuação, tanto da pesquisa de cunho operacional, quanto epidemiológico.

### Laboratório de Tuberculose

O Laboratório (LT) é referência nacional de apoio ao diagnóstico e controle da Tuberculose da Coordenação do Sistema Nacional de Saúde Pública e da Rede de Laboratórios do DNDST/AIDS/MS.

O LT está instalado numa área de 500 m<sup>2</sup>, compreendendo 18 salas e equipamentos necessários à consecução de seus objetivos.

Seu grupo técnico desenvolve projetos de interesse nacional e internacional para o Controle e Vigilância Epidemiológica da Tuberculose e atua no aprimoramento, na disseminação e na implantação de técnicas fundamentais para o diagnóstico bacteriano desse agravo. Assim, desempenha em ambiente de alta tecnologia e saber, um papel de relevância para a CNPS.

<b>RECURSOS DO LT</b>			
<b>SALAS</b>	<b>QT</b>	<b>EQUIPAMENTOS</b>	<b>QT</b>
Manipulação de material contaminado	03	Autoclave	04
Esterilização/ lavagem / acondicionamento	03	Câmara estufa bacteriológica	02
Preparo de reagentes e meios de cultura	01	Câmara frigorífica	08
Leitura de exames	01	Capela de fluxo laminar horz/vertical	05
Leitura do sistema BACTEC	01	Capela de exaustão de gases	01
Recebimento de material clínico	01	Centrífuga refrigerada	01
Diluição de PPD	01	Cromatógrafo para HPLC*	01
Câmara estufa bacteriológica	01	Cuba e fonte para eletroforese de DNA	01
Armazenamento de reagentes	01	Forno de hibridização de DNA*	01
Câmara frigorífica	01	Freezer -70°C	02
Administração e gestão	04	Micro centrífuga	01
		Microscópio binocular	10
		Sistema BACTEC 460 TB	01
		Sorocoagulador para 400 tubos	03
		Thermal cycler DNA*	01
		Transiluminador de luz UV	01
		Outros	01
<b>TOTAL DE SALAS</b>	<b>18</b>		

**São objetivos do LT:**

- Programar a necessidade do fornecimento complementar de insumos (reagentes), meios de cultura e produtos biológicos;
- Assessorar e supervisionar as atividades dos laboratórios de referência regionais;
- Desenvolver e participar de estudos de novas técnicas laboratoriais para o diagnóstico da Tuberculose;
- Desenvolver sistema de controle de qualidade;
- Manter e fornecer coleção de cultura;
- Desenvolver atividades de acompanhamento do PNCT, de acordo com diretrizes e políticas da CNPS;
- Participar com a Coordenação de Laboratórios na definição das atividades de apoio ao diagnóstico laboratorial e ao controle da Tuberculose;
- Participar junto com a Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS nas atividades de apoio diagnóstico e controle da Tuberculose em pacientes HIV positivos.

**Laboratório de Fisiopatologia**

O LF funciona como unidade sentinela das pneumopatias ocupacionais e ambientais, desenvolvendo modelos de intervenção, prestando serviços e participando do Comitê Assessor para Doenças Pulmonares Ambientais e Ocupacionais, criado por recomendação do Conselho Nacional de Saúde e da OIT.

O LF está instalado numa área de 330 m<sup>2</sup>, compreendendo salas devidamente equipadas.

Seu grupo técnico desenvolve projetos tais como: o efeito na função respiratória dos diferentes poluentes ambientais e geração de dados para a construção de critérios padronizados de disfunções pulmonares dos trabalhadores expostos a poeiras minerais.

<b>RECURSOS DO LF</b>			
<b>SALAS</b>	<b>QT</b>	<b>EQUIPAMENTOS</b>	<b>QT</b>
Salas de espirometria	01	Computadores	02
Sala de ergometria	01	Espirógrafo	02
Sala de hemogasometria	01	Espirógrafo portátil	01
Sala de difusão	01	“Peakflowmeter”	01
Consultórios	02	Dosador de nebulização de Rosenthal	01
		Eletrocardiógrafo	01
		Monitor de ECG	01
		Esteira ergométrica	01
		Sistema analisador de VO <sub>2</sub> e VCO <sub>2</sub>	01
		Hemogasômetro	01
		Outros	09
<b>TOTAL DE SALAS</b>	<b>06</b>		

**São objetivos do LF:**

- Estudar os agravos às funções respiratórias das populações expostas aos diferentes poluentes;
- Estudar os danos às funções respiratórias causadas pelas pneumopatias ocupacionais;
- Apoiar, com provas de Função Respiratória, pesquisas de outros serviços;
- Congregar conhecimentos sobre a integração ambiente-função pulmonar face aos poluentes atmosféricos;
- Estabelecer e manter intercâmbio técnico e científico com instituições nacionais e internacionais que desenvolvem programas de poluição ambiental e fisiopatologia pulmonar;
- Reconhecer os poluentes capazes de afetar as funções pulmonares e correlacioná-los com as mesmas.

<b>ALGUNS RESULTADOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA HÉLIO FRAGA – 1986-1997</b>		
<b>Cursos</b>	<b>Nº Cursos</b>	<b>Alunos</b>
CNPS (anual)	12	508
Bacteriologia	05	75
Metodologia de Inv. Científica	01	16
Aperfeiçoamento em Fisiologia	01	30
Gerência de Prog. De Controle da Tuberculose	14	356
Intervenção na Co-infecção TB/HIV-AIDS	17	495
Capacitação p/ pessoal auxiliar de enfermagem nas atividades de controle da tuberculose		316
Integração Ensino – Serviço*	3.500	34.527
<b>Estágios</b>		
Laboratórios	08	39
Informática	03	05
<b>Treinamento</b>		
Bacteriologia da Tuberculose	05	193
Baciloscopia	02	12
<b>Produção de insumos para diagnóstico</b>		<b>Doses (1990-1997)</b>
P.P.D. – Rt – 23-2,0. UT/0,1 ml		12.000.000
<b>Exames realizados</b> (Baciloscopia, cultura e/ou teste sensibilidade)		<b>Quantidade</b> 14.419
* Cursos realizados pelas Coordenadorias Estaduais com apoio do CRHF		

## ALGUNS RESULTADOS DO CENTRO DE REFERÊNCIA HÉLIO FRAGA – 1986 - 1997

Material Instrucional	Algumas Interfaces Nacionais/Internacionais
<p>“Manual de Bacteriologia da Tuberculose”            “Manual de Normas para Baciloscopia da Hanseníase”            “Manual de Normas para Controle da Tuberculose”            “Controle da Tuberculose – Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço” (4 ed)            “Cursos de Capacitação para Auxiliar de Enfermagem nas Atividades de Controle de Tuberculose”</p>	<p><b>Exterior:</b> OMS/OPS; União Internacional contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias (Paris); Instituto Pasteur; LCDC – Lab. De Doenças Transmissíveis do Canadá; INPPAZ – Instituto Panamericano de Proteção de Alimentos e Zoonozes (Argentina). WAF – World AIDS Foundation.</p>
<p><b>Pesquisas, Trabalhos publicados</b>                      192</p>	<p><b>Brasil:</b> Secretarias Estaduais e Municipais; Universidades em geral; LACENS; FIOCRUZ; Hospital Raphael de Paula Souza, Hospital Universitário Barros Barreto; Instituto de Saúde Coletiva da Bahia; Instituto Adolpho Lutz; Instituto Clemente Ferreira; Coordenadorias Regionais da FNS; Fundação Ataulpho de Paiva; Sociedade QTROP; Programas DST/AIDS, Dermatologia Sanitária, PNI, COLAB.</p>
<p><b>Participação em Congressos/Seminários</b>                      230</p>	
<p><b>Atividades Normativas</b>            Participação na elaboração e implantação de normas técnicas no âmbito da tuberculose e outras pneumopatias</p>	
<p><b>Vigilância Epidemiológica</b>            Avaliações anuais do Programa Nacional de Controle da Tuberculose; Supervisão e Assessoria Continuada aos Programas Estaduais de Controle da Tuberculose.</p>	

### Centro de Referência

#### Hélio Fraga – Algumas Pesquisas 1986/1997

- Análise de mortalidade por IRA em crianças menores de cinco anos de idade por autópsia verbal – CRHF/SESMA- - RGS – 1986/87/1988
- Custo efetividade no tratamento supervisionado da tuberculose – CRHF/SMS Caxias – 1996/1998.
- Determinação da resistência primária no município do Rio de Janeiro – CRHF/SMS-RJ – 1994
- Diagnóstico sorológico da tuberculose – CRHF/SES – 1990
- Eficácia e tolerabilidade da rifabutina no tratamento de pacientes com tuberculose pulmonar recentemente diagnosticada – CRHF – 1987/88/89/90
- Estudo das demandas de infecção respiratória aguda e viroses respiratórias – CRHF/HRPS/FIOCRUZ – 1987/88
- Estudo das micobactérias no Brasil – CRHF/Fun. Ezequiel Dias-MG/Instituto de Pesquisas Biológicas-RJ/Instituto Adolfo Lutz-SP/Faculdade de Farmácia de Araraquara – SP/Instituto Pasteur – Paris – 1990
- Estudo da resistência primária às drogas utilizadas no tratamento da tuberculose no Brasil – CRHF/OPAS – 1990



- Estudo sobre o BCG em recém-nascidos – CRHF – 1986/87
- Inquérito epidemiológico da resistência bacteriana às drogas usadas no tratamento da tuberculose no Brasil – CRHF/SES – AM, PA, CE, PE, BA, MG, ES, RJ, DF, SP, SC, RJ – 1995/96/97/98
- Tratamento da tuberculose multiresistente – CRHF – 1996/97/98
- Triagem das micoses sistêmicas em manifestações pulmonares em maiores de 15 anos – CRHF – 1987
- Tuberculose pulmonar sem confirmação bacteriológica CRHF/HRPS – 1987/88
- VI Experiência nacional de quimioterapia da tuberculose – CRHF/HRPS – 1987/88/89/1990
- VII Experiência nacional de quimioterapia da tuberculose – CRHF/SES – RJ, BSB, RS, GO, MG, RN, CE e PA – 1990
- Efetividade do esquema I no tratamento da tuberculose – 1992
- Estudo do comportamento da morbi-mortalidade por Tb no Brasil – CRHF – 1993/94
- Inquérito de prevalência da infecção pelo *M. Tuberculosis* no Rio de Janeiro em recrutas – 1996/1997.
- Estudo de reações adversas ao BCG – 1993
- Constituição de acervo da História da Tuberculose no Brasil – CRHF/FIOCRUZ – 1988/89/90
- Estudo e implantação da Fitoterapia no HRPS – CRHF/HRPS – 1988
- Mortalidade por pneumonia em menores de um ano na região de Jacarepaguá, Barra e Recreio (AP-4): estudo de fatores de risco – CRHF/SMS-RJ – 1990
- Causas de abandono no tratamento de tuberculose pulmonar – CRHF/HRPS – 1990
- Prevalência de fumantes de classe médica do Rio de Janeiro – CRHF – 1990
- Estudo da mortalidade por tuberculose pulmonar no Hospital Santa Maria – CRHF/HESM – 1987/88/89/90
- Padronização do atendimento ao asmático na rede pública ambulatorial – CRHF – 1990
- Controle de qualidade dos técnicos de aplicação e leitura das provas tuberculínicas e vacinação BCG – CRHF/SES-RJ/SMS-RJ – 1990
- Prevalência de fumantes na classe médica do Distrito Federal – CRHF/SSDF – 1990
- Vigilância epidemiológica – tabagismo – CRHF – 1990
- Ensaio clínico randomizado da quimioterapia da tuberculose em pacientes multidroga resistente – 1993

### **Centro de Referência Hélio Fraga - Amanhã**

Em função dos planos de descentralização na área de Saúde Pública, Estados e Municípios assumem um papel cada vez mais presente nas ações prioritárias, bem como a relevante missão de cuidar da assistência no caso da Tuberculose.

Essa medida contempla um horizonte filosófico que visa aproximar a sociedade cada vez mais da gestão dos temas de importância para seu bem-estar. É de se esperar, assim, que aquelas ações executivas ligadas à operacionalização de hospitais, centros de saúde e ambulatórios possibilitem maior agilidade e união da comunidade para exigir crescentes padrões de eficiência.

Entretanto, quando se pretende descentralizar a operação na ponta de uma complexa cadeia, envolvendo a descoberta e o tratamento do doente, torna-se necessário um suporte nacional para todo o processo, em busca da sinergia, da ação conjunta e ao intercâmbio nacional e internacional.

A inteligência corporativa, as pesquisas de âmbito nacional, as tecnologias a serem desenvolvidas, os padrões e normas de tratamento das doenças de alcance epidêmico, a avaliação e controle desses agravos, as interferências com o fluxo mundial do agravo, a vigilância epidemiológica, a prevenção e a promoção da saúde, o debate sobre temas de interesse nacional e a busca do consenso, são questões que não podem ser tratadas isoladamente. Ações isoladas levariam à multiplicação de tarefas, ao consequente aumento dos custos e à possibilidade de multiplicação de padrões e normas de atendimento num campo onde um erro de avaliação pode levar a resultados desastrosos no controle da doença em nível nacional ou mesmo mundial.

A falta de esquemas terapêuticos padronizados, e cientificamente aceitos, resulta no aparecimento de pacientes resistentes a múltiplas drogas.

Assim, ao buscar a otimização operacional pela descentralização, preocupa-se a FNS em criar condições para que o suporte às ações descentralizadas seja otimizado.

Neste contexto é que o CRHF vem assumindo cada vez mais um papel de destaque, se colocando efetivamente como referência para todas as entidades, grupos de pesquisa, centros de saúde e hospitais, procurando atuar sempre dentro de uma postura de ajuda, de orientação, de condições de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos, de realização e de pesquisas de interesse geral no campo da Pneumologia e da Tuberculose em particular.

O CRHF está e estará sempre presente no ensino, na prestação de serviços laboratoriais, na produção de insumos, nos trabalhos e projetos da área epidemiológica, na formatação e desenvolvimento de planos e projetos desde a gestão até a operacionalização nos campos de sua competência, seja nos Estados da Federação, seja no exterior.

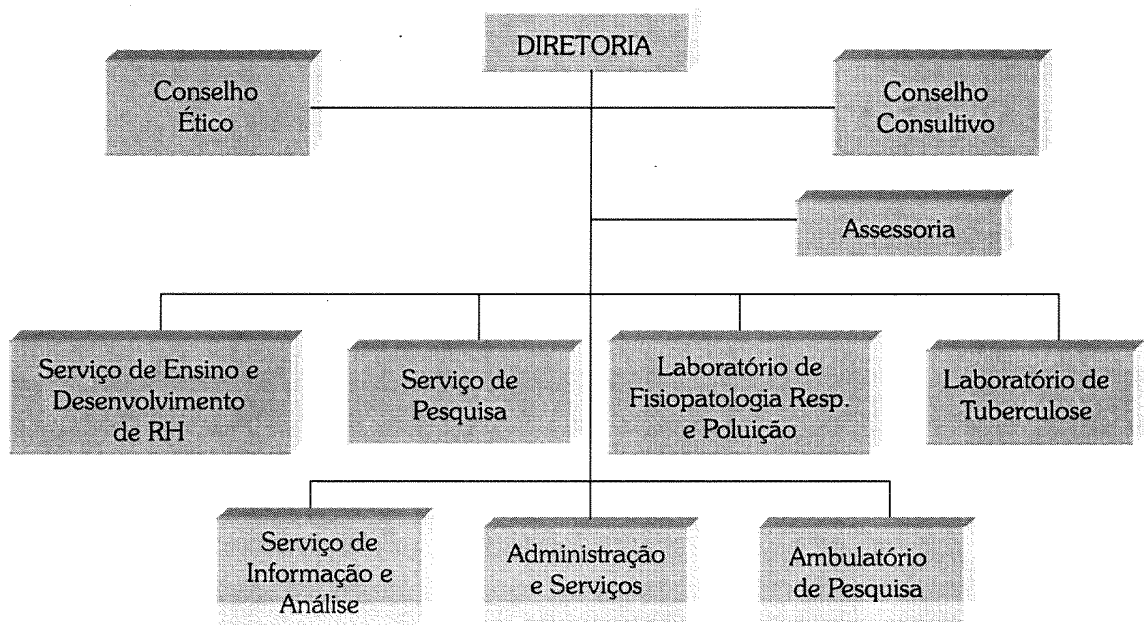
Para o triênio 1998/2000, o Plano Estratégico prevê justamente o aperfeiçoamento e adaptação a essa realidade da área da saúde buscando, inclusive, a evolução para um patamar de excelência, numa concepção moderna de Redes de Excelência na qual se busca a otimização do todo através da valorização de cada núcleo de saber e da ação na área das pneumopatias.

Essa visão, norteadora do CRHF desde a sua fundação, merece agora atenção especial justamente pelo processo de descentralização, pela absoluta necessidade de resultados mais rápidos e de uma inversão na curva de ascensão da Tuberculose, também evitando a disseminação do bacilo resistente, tudo isso com menores custos globais para o País.

O CRHF é o ambiente que pode receber o retorno de todas as ações empreendidas pelo Brasil e pelo mundo, otimizando o tratamento das informações, as quais ficariam dispersas não houvesse a ação do Centro. É consenso que informação e o seu uso otimizado são os maiores insumos de qualquer empresa, órgão ou entidade. As tecnologias evoluem rapidamente, o sucesso de qualquer projeto estruturante tem que se valer do que existe de melhor no campo da ciência e da tecnologia e os custos de todo o trabalho devem ser mínimos.

É tempo e hora de união de esforços para a busca firme da erradicação dos agravos/flagelos que afligem a sociedade. Nesse contexto, atua o Projeto Centro de Excelência de Combate da Tuberculose, iniciativa do CRHF, que compõe uma articulada rede de recursos, operando unida e suportando o Plano Nacional de Controle da Tuberculose. Nos anos vindouros, o CRHF estará empenhado nessa ação mobilizadora que permitirá a reunião desses recursos para que se alcance o objetivo comum — o controle da Tuberculose no Brasil.

## CENTRO DE REFERÊNCIA HÉLIO FRAGA



Estrada de Curicica nº 2000 – Jacarepaguá  
CEP.: 22710-550 – Rio de Janeiro – RJ

Tel.: + (0) 21 445-6848 – Fax.: + (0) 445-7197



# **Centro de Excelência de Combate à Tuberculose**

**Brasília, DF 1999**

Texto original do Projeto  
Centro de Excelência de Combate à Tuberculose  
com adaptações decorrentes do PNCT

**Observação**

O presente texto é um extrato do Projeto Centro de Excelência de Combate a Tuberculose. Parte do conteúdo do Projeto foi incorporado e adaptado ao próprio PNCT, compondo seu documento. A análise deste texto deve, portanto, considerar a complementariedade do Capítulo I do PNCT com este anexo.

### **Centro de Excelência de Combate à Tuberculose**

A formação de um Centro de Excelência de Combate a Tuberculose segue metodologia geral desenvolvida pela COPPE-PETROBRAS, hoje aplicada a mais de vinte projetos no País. Essa metodologia indica a formação de redes centradas em objetivos comuns e consensuais, com o todo trabalhando também dentro de uma Visão Estratégica que converge para os fins do conjunto. A ação integrada oferece uma perspectiva de unicidade, o que confere o nome de Centro de Excelência ao projeto que reúne as várias contribuições.

Os projetos de Centros de Excelência contemplam, de forma sustentável e paulatinamente: a estruturação de parcerias estratégicas envolvendo um núcleo inicial de gestão e poder com órgãos governamentais (integrando objetivos da rede aos objetivos nacionais, estaduais ou municipais); a efetivação de parcerias estratégicas com entidades nacionais e internacionais visando a desenvolver processos, produtos ou serviços de interesse da rede, da sociedade e do mercado; a definição de uma Universidade-âncora e de Universidades associadas para a de realização de pesquisas e projetos de interesse geral.

Vale sempre lembrar que as tecnologias e os modelos de gestão dos próximos vinte anos não repetirão os hoje vigentes e, portanto, a manutenção e a melhoria do estágio já alcançado podem ser pensados como meta permanente de todos os que almejam progredir e sair do ciclo de dependência de conhecimentos e tecnologias do exterior.

Se tudo muda, continuamente abrem-se oportunidades a cada minuto. Estas somente podem ser aproveitadas por quem está realizando processos inovadores de gestão.

A busca da Excelência ou da vanguarda em algum campo depende de muito esforço e determinação, de desafios inteligentes ou de situações por si só desafiantes, do desejo de estruturação de parcerias estratégicas e de formatação de rede onde cada elo procure a excelência em sua restrita área de ação.

Mobilização, esforço nacional e incentivos são essenciais para resultados de alto significado, como o que se pretende no caso do Controle da Tuberculose.

O Brasil tem condições objetivas de caminhar para um novo patamar de desenvolvimento em qualquer terreno, se estimular os seus dirigentes, especialistas, técnicos, cientistas, enfim, se congregar suas inteligências na superação dos desafios do nosso tempo.

Existem incontáveis oportunidades para explorar novas tecnologias, aperfeiçoar as existentes ou adaptá-las a realidades recentes. Tais oportunidades precisam ser descortinadas por todos os cidadãos, pois neles está a chave da transposição das dificuldades atuais.

O País pode se situar bem numa diversidade de áreas, conhecimentos, temas e modelos de gestão. Capacita-se, perfeitamente, a apresentar modelo de gestão no Controle da Tuberculose e de outros tantos agravos de incidência predominante nos países emergentes.

No modelo Centros de Excelência, os fatores críticos de sucesso são: a formação de extensas redes de parcerias estratégicas; a execução de trabalhos conjuntos; a

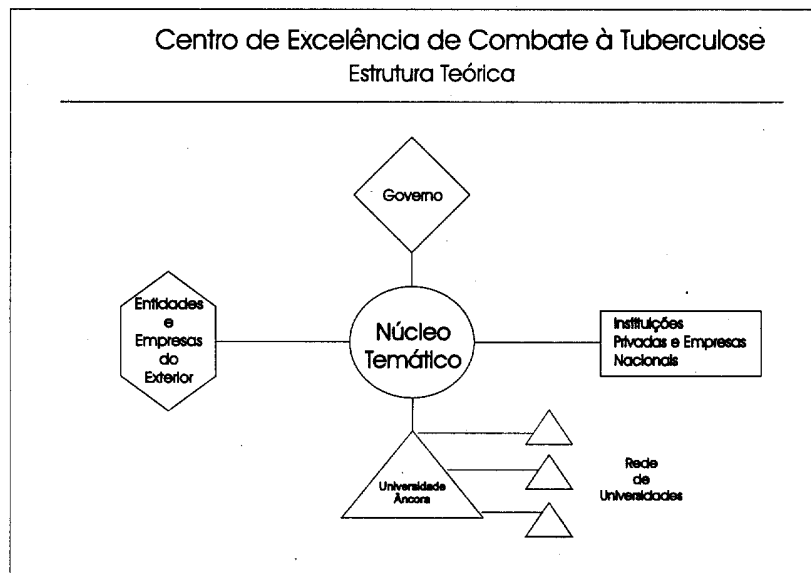
otimização do todo pela especial maneira de trabalhar em rede; a obstinação para a incorporação da inteligência nacional aos processos, produtos, serviços e gestão nacionais.

## MODELO TEÓRICO DE UM CENTRO DE EXCELÊNCIA

O projeto em pauta é o de estruturação de um Centro de Excelência de Combate à Tuberculose.

O uso do nome Centro de Excelência vem de uma decisão de marketing, para conferir *status* a uma ampla rede estruturada a partir da competência de empresas, órgãos públicos e Universidades, que se complementam na realização de objetivos comuns.

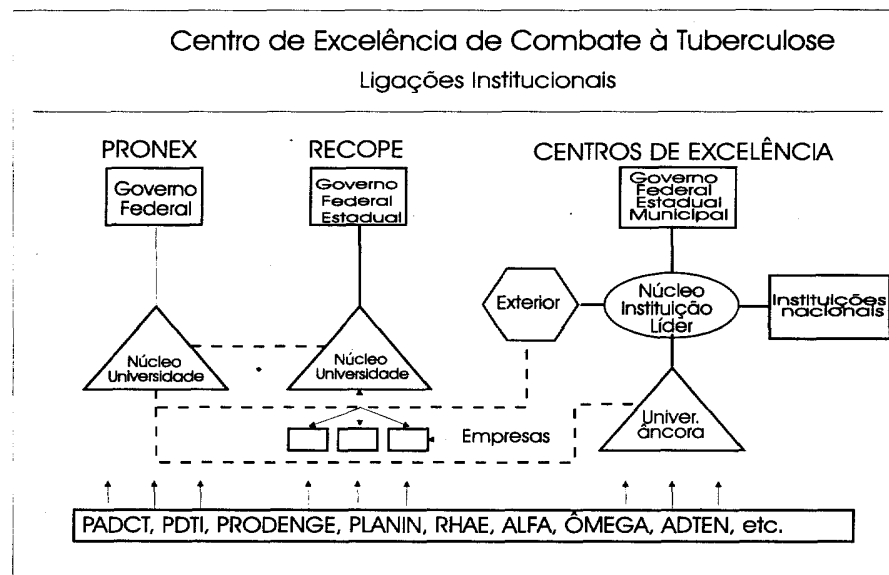
Essa concepção de Rede de Excelência funciona harmônica e sinergicamente e, por isso, produz tecnologia, projetos, serviços e conhecimentos como se fora uma única estrutura - daí o conceito de Centro. Ela é sempre virtual, pois se assenta numa combinação de competências e recursos. Tem suas regras, seus objetivos como um todo e objetivos de seus elos. As ligações que permitem a conjunção são sólidas, sustentadas e imprescindíveis. A Rede valoriza o que existe e a experiência dos vários núcleos de saber e ação. Cresce com o crescimento das partes, ganha exposição com o sucesso e a notoriedade dos parceiros estratégicos e componentes dessa consistente união.



A utilização de técnicas inovadoras e métodos científicos avançados, por profissionais de elevada capacitação gera resultados situados no limiar ou além da fronteira do conhecimento existente em determinado setor industrial ou tecnológico. Através de trabalho interativo de recursos humanos e meios tecnológicos internos e externos, envolvendo o governo, instituições de pesquisa, empresas e Universidades nacionais e internacionais, buscam-se o cultivo, a valorização e a disseminação de competências, ingredientes imprescindíveis para ultrapassar as dificuldades atuais nos campos de escolha para um desempenho de vanguarda.



Para o projeto de Centro de Excelência de Combate a Tuberculose requer-se a definição de uma ou de várias Universidades-âncora, que têm o papel de completar ou suprir as pesquisas necessárias, a instituição de cursos de graduação e pós-graduação, a implantação de sub-redes de pesquisa. Com empresas privadas ou estatais, há ligação para a gestação de novos produtos, processos, equipamentos, softwares e para uma ação conjunta no mercado. Nesse sentido, qualquer entidade, empresa ou organização nacional é um perfeito laboratório que pode viabilizar a formação de tecnologias aplicáveis ao seu negócio, valorizando seus produtos, processos e serviços. Já a interação com o Governo federal se concretiza por meio dos vários projetos de ciência e tecnologia e ainda em articulação com os diferentes órgãos federais, estaduais e municipais. Disso resulta a interligação dos projetos de desenvolvimento gerencial e tecnológico do Brasil numa malha única, otimizando recursos e materializando a ligação Universidade-indústria. É decisiva a conexão com o ambiente externo, através da comercialização de tecnologias e produtos de alto valor agregado, de softwares, de consultorias, da prestação de serviços e da negociação de parcerias.



Dentro dessa moldura, assim resumiríamos as principais bases de sustentação do projeto:

- Ministério da Saúde, da Educação e dos Desportos, da Ciência e Tecnologia;
- Órgãos governamentais;
- Conselho Nacional de Ciência e Tecnologia;
- Universidades e Centros de Pesquisas;
- Órgãos e institutos vinculados a educação, a ciência e tecnologia, à saúde e aos esportes;
- Programas especiais do Governo federal: Recope - Pronex;
- Programas federais e estaduais de incentivo a tecnologia, como o PADCT, o PLANIN, o PDTI, etc;

- Empresas bem sucedidas na pesquisa e no incentivo tecnológico;
- Organizações mundiais que amparam projetos ligados a saúde;
- Organizações não-governamentais nacionais e internacionais.

## **ESTRUTURAÇÃO DE UM PROJETO DE BUSCA DA EXCELÊNCIA**

De maneira geral, os projetos de formatação de Centros de Excelência seguem a realização de um diagnóstico, da definição de uma Visão e dos projetos para atingir os objetivos colimados. Cada projeto possui estruturação própria, em função das diferentes configurações possíveis, a partir de realidades distintas.

Por outro lado, é fundamental que haja um grupo líder para conduzir o projeto e que este tenha acesso à alta administração da entidade. O projeto se destinará a elevar parte da entidade ao nível da excelência, colocando sua tecnologia específica na vanguarda mundial, ou conduzindo a entidade como um todo à meta da excelência.

Impõe-se a aplicação dos conceitos de gestão pela qualidade total ao segmento em questão e que se trabalhe segundo critérios da Administração Estratégica. A seguir, são listados os pontos básicos de um Centro de Excelência, com reconhecimento externo para seu estágio de excelência.

### **Conceito**

Conjunto de recursos físicos, humanos, tecnológicos, integrados numa rede por área temática, que objetiva a manutenção da supremacia no campo escolhido, a valorização contínua e sustentada do desenvolvimento dos elos da rede e a transformação da tecnologia e do conhecimento em produtos, processos ou serviços.

### **Forma**

É uma sólida união através de uma rede de alto desempenho, percebida como um conjunto uno, caracterizando, assim, para efeito de marketing, um Centro de Excelência. Assenta-se sobre parcerias estratégicas entre indústrias, entidades, Universidades, Governos Municipal/Estadual/Federal.

### **Missão**

Conquista de resultados situados no limiar ou além da fronteira do conhecimento existente em determinada área industrial, tecnológica, de gestão, etc, pela utilização de técnicas inovadoras e métodos científicos avançados reunindo, para tanto, profissionais de superior qualificação.

### **Visão**

Ser reconhecido como um conjunto unificado de recursos com desempenho no patamar da excelência, situando-se sempre na vanguarda tecnológica ou do conhecimento.

## ESSÊNCIA DA IDÉIA DE BUSCA DA EXCELÊNCIA ATRAVÉS DE REDES E DE CENTROS DE EXCÊLENCIA

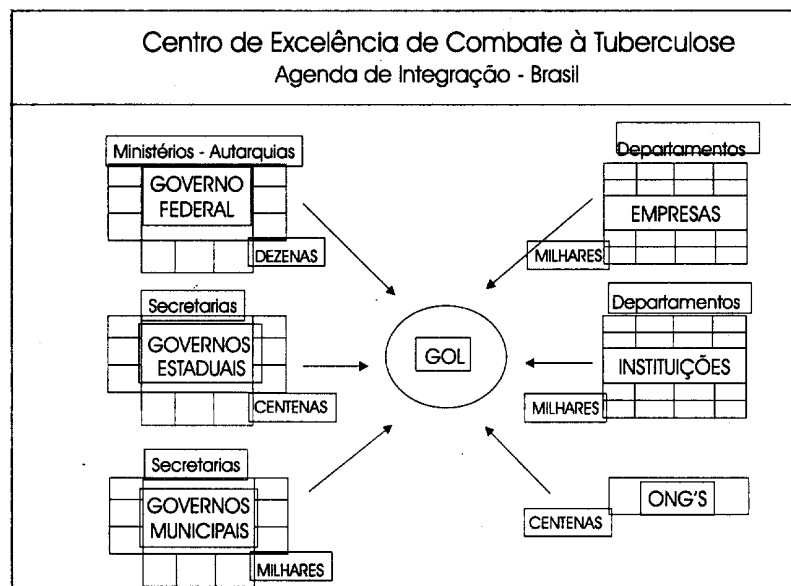
A busca da Excelência sustenta-se na idéia de que:

- Empresas, organismos, associações constituem laboratórios que podem viabilizar o desenvolvimento de conhecimentos, tecnologias e inovações aplicáveis a seu campo de atuação, valorizando seus produtos, processos e serviços. Cada entidade pode se ligar a Universidades, de sorte a compartilhar tecnologias e processos inovadores.
- É preciso implantar cerca de 1000 núcleos de criação de tecnologias geradoras de conhecimentos no Brasil, formando-se massa crítica, trabalhando em várias frentes ao mesmo tempo, fazendo surgir seguidas inovações e tecnologias com facilidade.
- Tecnologias, conhecimentos e modelos de gestão evoluem a cada instante e os aplicáveis nos próximos 20 anos não foram ainda sequer pensados.
- A aplicação constante em inovação e tecnologia, tanto nas entidades, quanto nas Universidades, gera um excepcional mercado de trabalho.

## MODELO ESPECÍFICO DO CENTRO DE EXCÊLENCIA DE COMBATE À TUBERCULOSE

A evolução do modelo de Combate/Controle da Tuberculose é uma necessidade premente. Será impossível uma reversão na expansão da disseminação da doença se não for realizado um modelo otimizador dos esforços necessários para buscar o controle do mal.

Muitos cuidam do Controle da Tuberculose. Mas há dispersão de esforços, impedindo que se obtenham resultados eficazes.

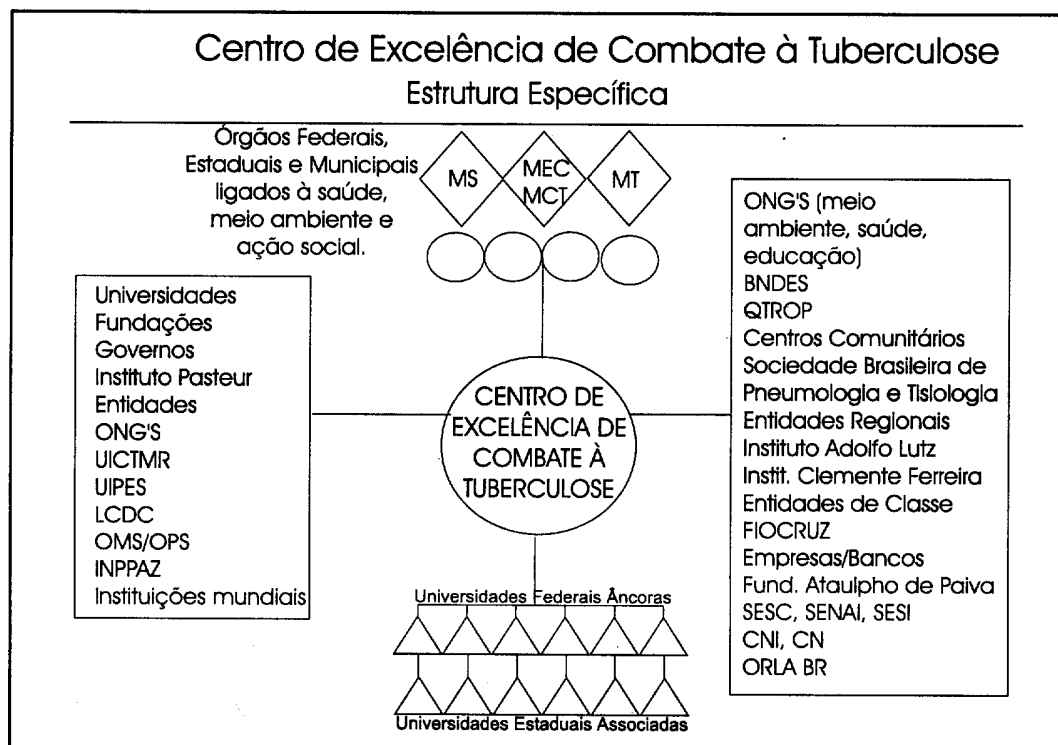


A problemática na área da saúde poderia indicar saídas fora dos limites ministeriais, ou apenas no âmbito dos Municípios, dentro do processo atual de descentralização governamental. Entretanto, no caso da Tuberculose - doença que ainda trará grandes preocupações mundiais, no mínimo, nos próximos vinte a quarenta anos - essa visão seria equivocada. Para o Controle da Tuberculose será imprescindível a firme presença do Estado na ordenação e, em magna parte, no Combate ao mal. Necessita-se da participação das autoridades, de recursos, de modernização de gestão, de instalações e de métodos científicos em todos os Estados e Municípios e no Governo federal. Não se deve descurar de fortes interferências governamentais, na expectativa do sucesso de boas iniciativas isoladas. Essas ações terão de ser, mandatoriamente, incentivadas e respaldadas tecnológica e financeiramente. O compromisso do Estado é vital para o êxito da campanha.

Assim, a evolução no Controle da Tuberculose deve passar por quatro estágios simultâneos:

1. Modernização e reforço da participação federal e institucional, inovando na gestão e aumentando recursos para um Plano Nacional de Controle da Tuberculose;
2. Descentralização na assistência, com especial cuidado na integração dessas ações a padrões nacionais de controle e erradicação da doença;
3. Inovação na formatação de uma Rede de Excelência, tal como apresentada neste trabalho, servindo de modelo otimizador das intervenções públicas e privadas;
4. Incentivo aos movimentos privados que desejem se aliar ao amplo esforço coordenado de combate à Tuberculose.

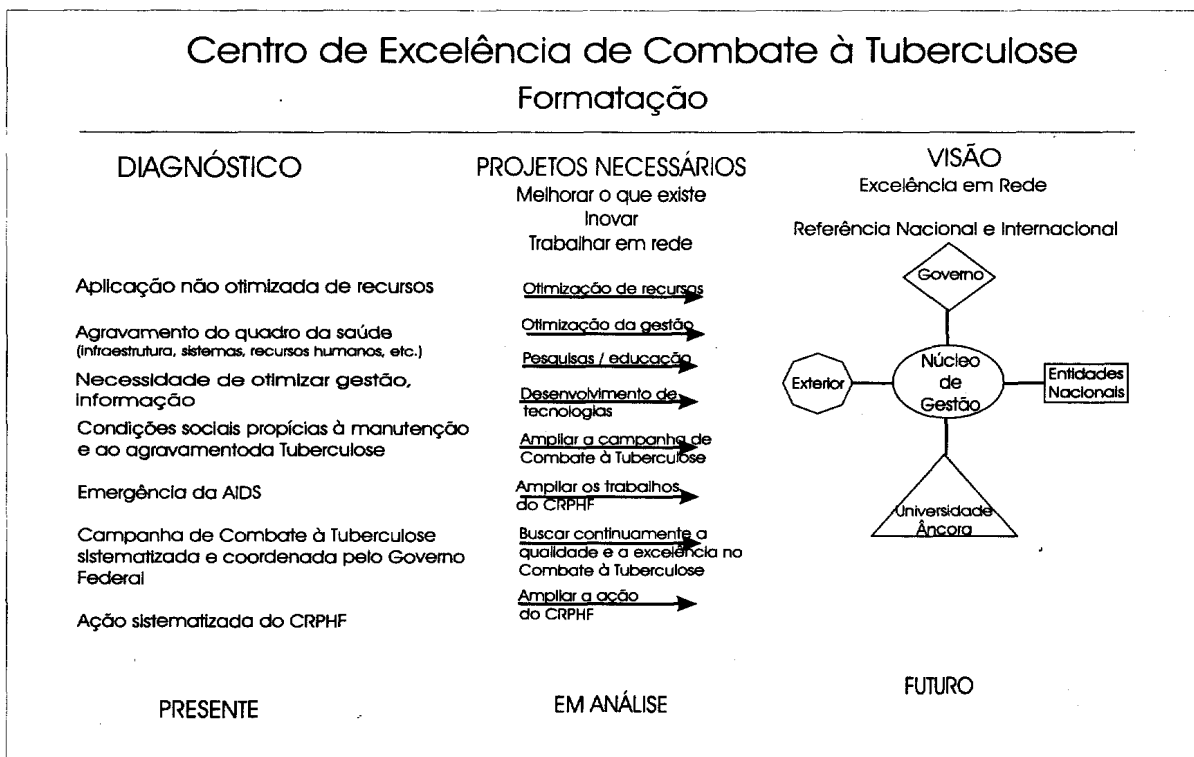
### Estrutura específica



Antes mesmo de se operacionalizar o modelo específico, é lícito concluir pela possibilidade de exercitar várias parcerias estratégicas, tanto no Brasil como no exterior. Em princípio, as entidades e os órgãos apresentados no modelo serão os componentes da ampla Rede de Excelência a ser formada e que funcionará dentro de uma Visão e Missão únicas. Cada parceiro terá, obviamente, seus Objetivos, sua Visão e sua Missão específicas, porém cuidará do Combate à Tuberculose na sua área de atuação, dentro de entendimentos estratégicos articulados com a Coordenação Geral.

Cada Órgão Federal, Estadual ou Municipal coordena as atividades no seu campo geográfico ou de ação, cabendo a alguns participar do Conselho de Gestão do Centro de Excelência. A Secretaria Executiva do Projeto compete ao CRPHF, pela sua responsabilidade de preparar seus recursos humanos para o desenvolvimento da metodologia de Centros de Excelência e pelo seu papel presente como referência nacional no ensino, na pesquisa e no apoio à luta nacional contra a doença.

A idéia do Centro de Excelência estrutura um modelo virtual, já que resulta do trabalho de vários participantes. Porém, ele se apresenta com Objetivos, Missão e Visão; realiza, através dos parceiros, pesquisas de interesse geral; elabora normas e padrões para toda a campanha; promove seminários e encontros; certifica órgãos ligados ao Controle da Tuberculose e concentra o ensino quando de interesse global.

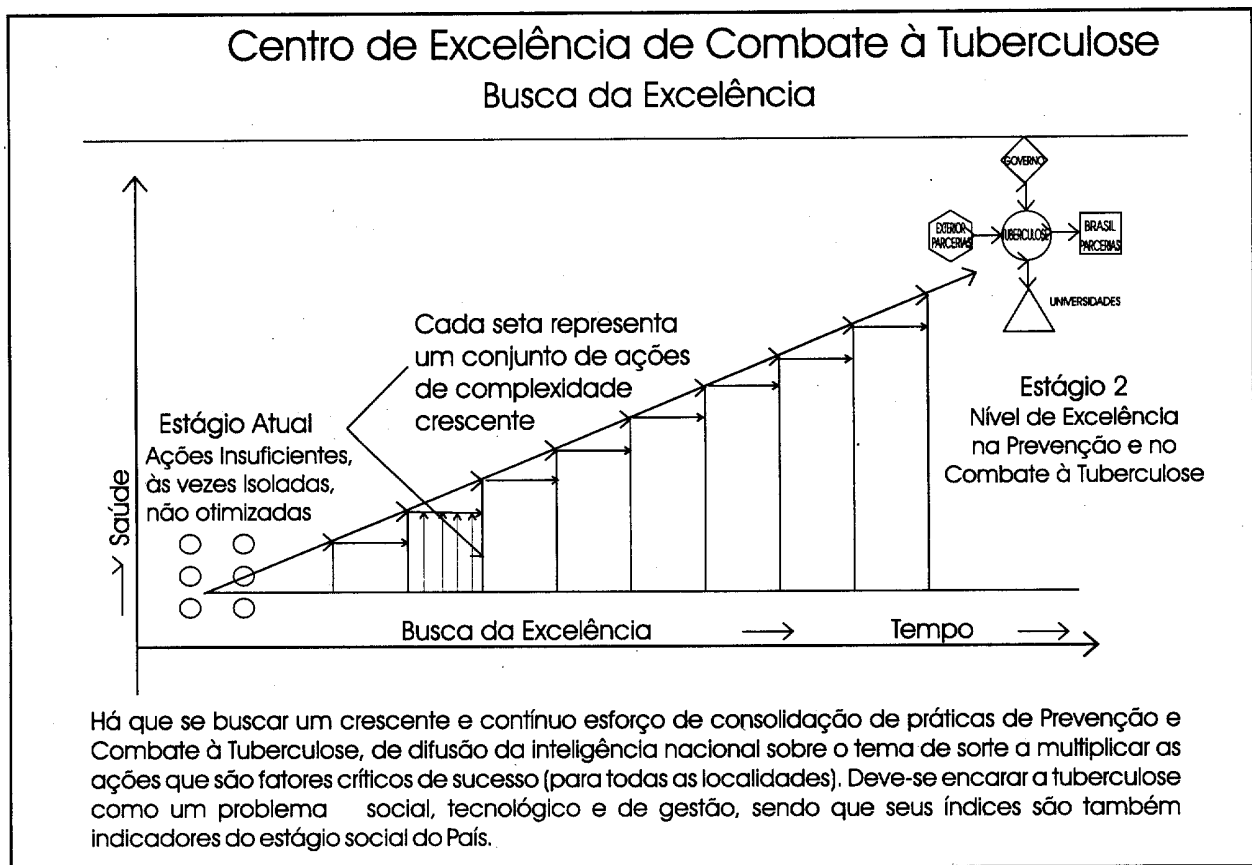


Não se pode confundir o Centro de Referência Hélio Fraga com o Centro de Excelência de Combate à Tuberculose. O primeiro é uma entidade existente que terá papel cada vez mais importante na Rede que começa a se articular e da qual, em verdade, já participa ou coordena em parte. O segundo é o resultado da união estratégica, com ações consensuais, de vários parceiros, sob a coordenação geral do Ministério da Saúde.

Um ator do processo não pode almejar, isoladamente, ser um Centro de Excelência no combate à Tuberculose na sua plenitude. Trata-se do erro mais comum a tentativa de resolver problemas complexos a partir de atuações isoladas ou estruturas com recursos limitados, sem representatividade abrangente.

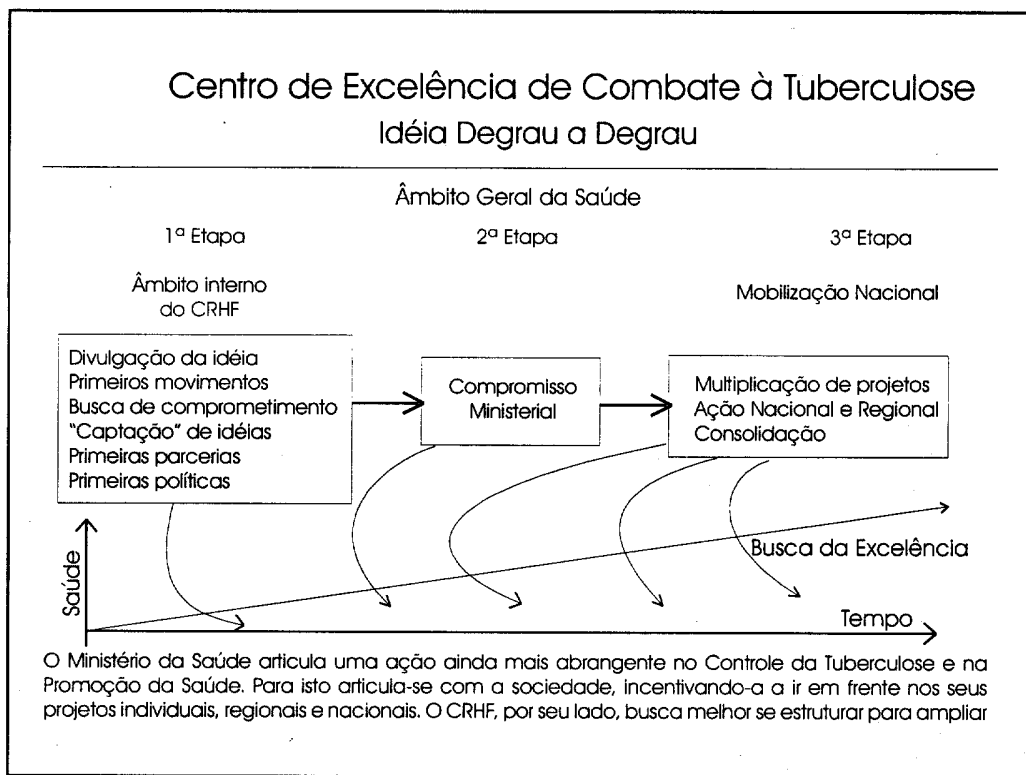
É também o erro que organizações governamentais cometem quando, sem legitimidade, ou tendo-a sem projeto estruturador de redes de ação e de poder, querem abraçar e centralizar uma causa. Acabam criando grandes estruturas formais que consomem, na sua própria configuração, quase todos os recursos e a energia disponíveis. Felizmente, hoje já se fala no sucesso de várias diligências governamentais que contam com a participação dos diversos segmentos do poder estatal e da sociedade, articulados em redes e mantendo suas individualidades.

A ação inovadora, com vistas a definir um novo modelo de trabalho, deve considerar que a excelência não é conseguida em um único ato, mas sim em centenas de projetos que tenham sustentação e continuidade, que ampliem paulatinamente o horizonte e a visão das pessoas e dos órgãos envolvidos, resultando em base de lançamento de novos projetos.

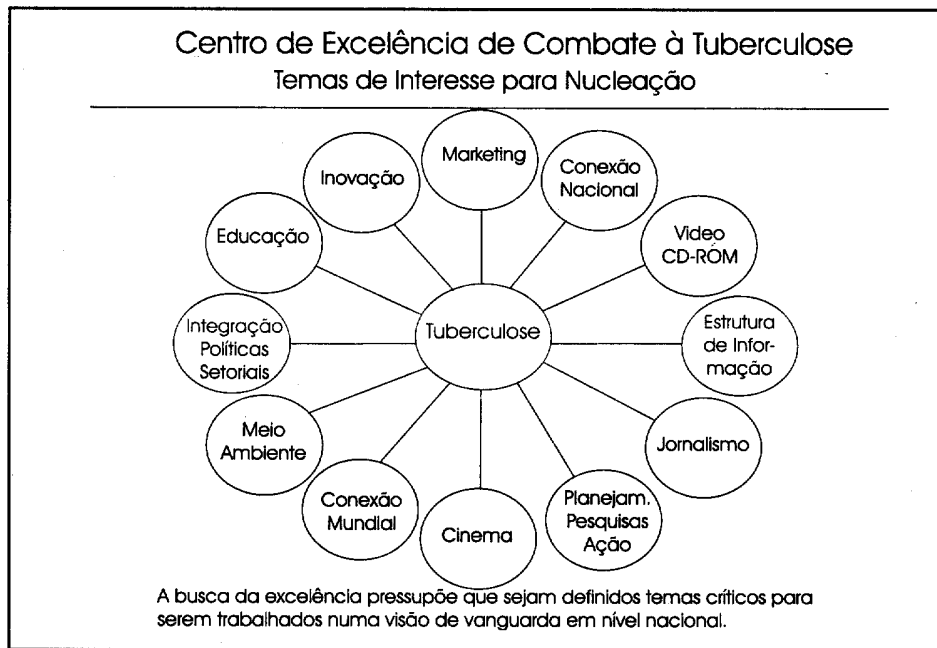


O Combate à Tuberculose requer ações de estruturação em vários segmentos como: na educação – promovendo o treinamento convencional, na educação continuada e na educação à distância para os quadros existentes, levando-lhes novos desafios em face do agravamento do quadro da Tuberculose; na informação e análise – formatando e

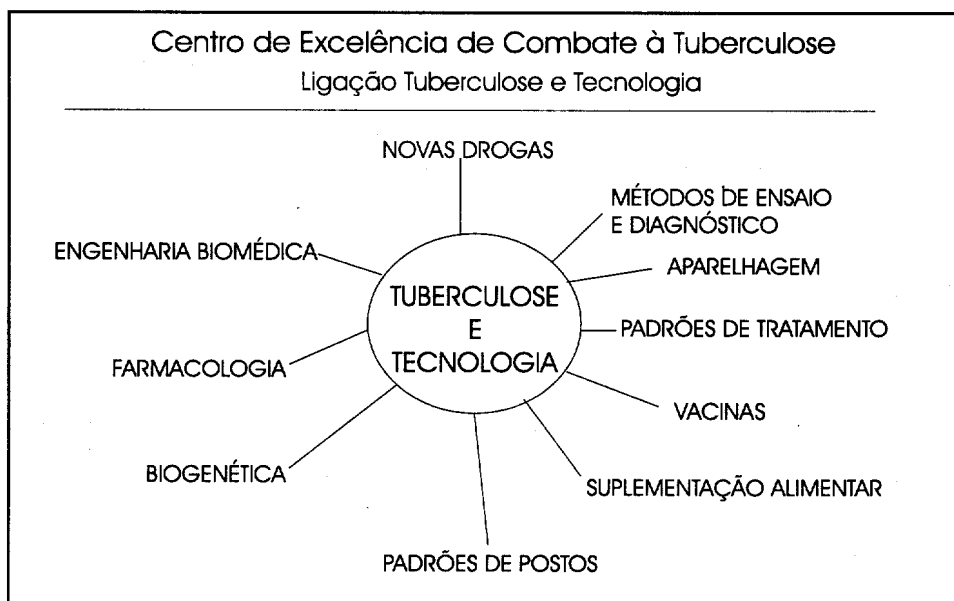
imprimindo dinamismo a um sistema que realmente possa ser abastecido e abastecer os atores do processo, utilizando-se dos mais modernos recursos existentes; na Gestão – inovando em todos os segmentos de poder que tenham a operacionalização dessa luta; na assistência – escolhendo núcleos iniciais destinados a atingir a vanguarda no atendimento ao doente, servindo de paradigma para todos, inclusive treinando recursos humanos para a mudança de estágio nesse capítulo; na comunicação – fazendo chegar aos participantes da campanha, à sociedade e a quantos indiretamente tenham a ver com o processo, as informações de que necessitam para se posicionarem frente ao agravo, utilizando linguagem e modelos criativos no nível do interlocutor; na promoção da saúde – valorizando essa iniciativa como fundamental para a reversão do problema que coloca a Tuberculose como centro de atenções; na vigilância epidemiológica e na prevenção em geral – agindo nos segmentos onde o risco de contágio seja maior, controlando os movimentos que possibilitam a transmissão do bacilo, erguendo barreiras cada vez mais possantes para conter a disseminação; na tecnologia – integrando esforços de pesquisa nos diversos campos de apoio ao combate à Tuberculose.



Para desdobrar os temas apresentados, é preciso produzir material de ensino, conectar o projeto à mídia em geral – melhorando, assim, a informação à sociedade, integrar políticas regionais e setoriais, estabelecer vínculos nacionais e internacionais, agir nas questões ambientais e operar planejamento eficaz dos trabalhos.



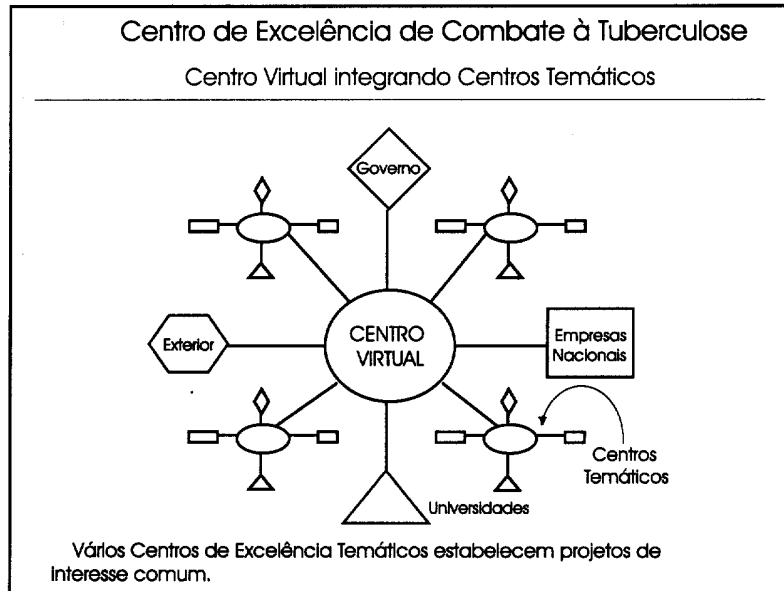
No capítulo da tecnologia, sobressaem as pesquisas de novas drogas, vacinas e de processos de diagnóstico, estudos nas áreas da biogenética, farmacologia e engenharia biomédica, gerando novos métodos e processos, tanto na análise quanto nos equipamentos e terapias. Cumpre inovar em padrões de atendimento e de suplementação alimentar.



As pesquisas referentes ao controle da Tuberculose às vezes estão dissociadas de uma linha de ataque coordenado ao mal, diluindo esforços e recursos. O ideal, quando se quer atingir o controle de um agravo, é concentrar esforços em um programa mínimo

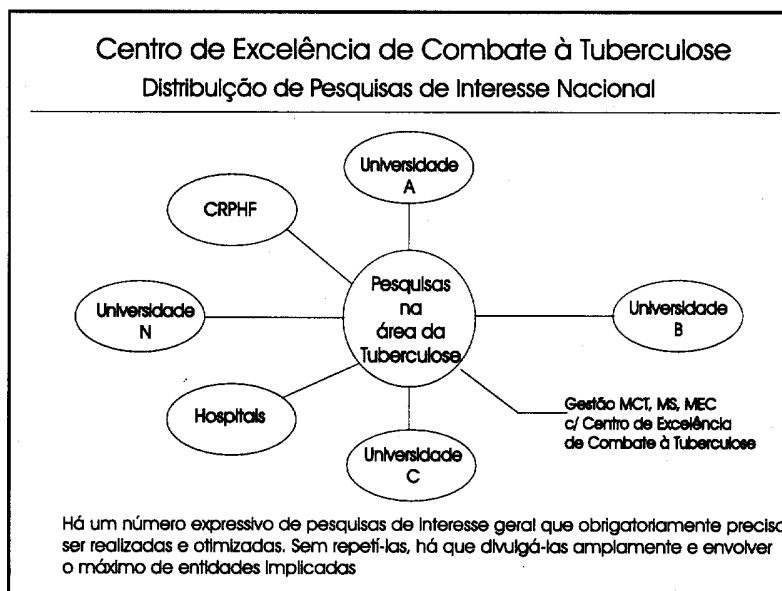


de interesse geral, com ação descentralizada, porém com objetivos definidos para o todo. Hoje, seguramente, já não há correlação de interesses nas pesquisas realizadas, nem há conhecimento de tudo o que está sendo realizado. O conjunto de pesquisas necessárias para o Controle da doença no Brasil pode e deve ser implementado.



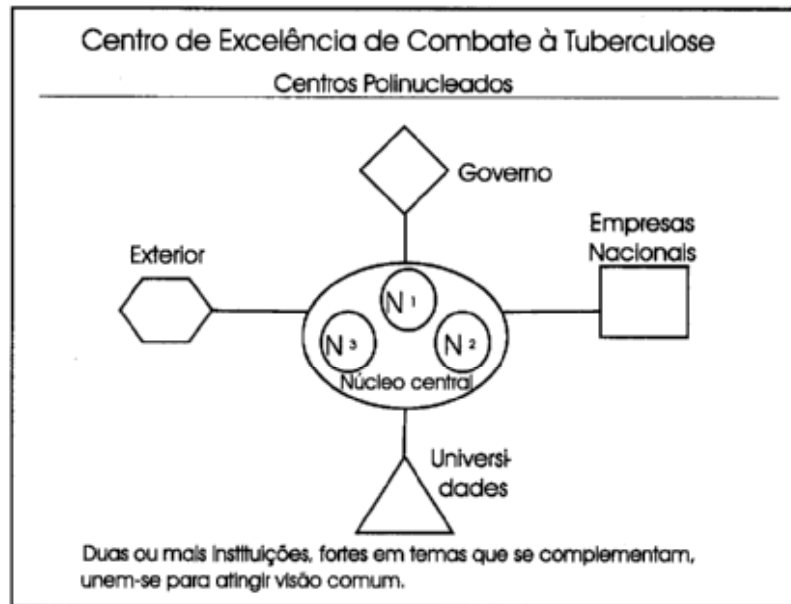
Como não há recursos para todos alcançarem um estágio de vanguarda na totalidade das áreas, tenta-se satisfazer com um mínimo de ação. Sem conexão, não há otimização de pesquisa. Acredita-se, entretanto, que os recursos dispersos poderiam ser suficientes (se concentrados) para organizar um combate eficaz à doença.

A idéia básica consiste em estabelecer um conjunto de pesquisas que seja adequado ao Controle da Tuberculose, otimizando o que existe, valorizando as ações regionais e a melhoria ordenada do sistema.



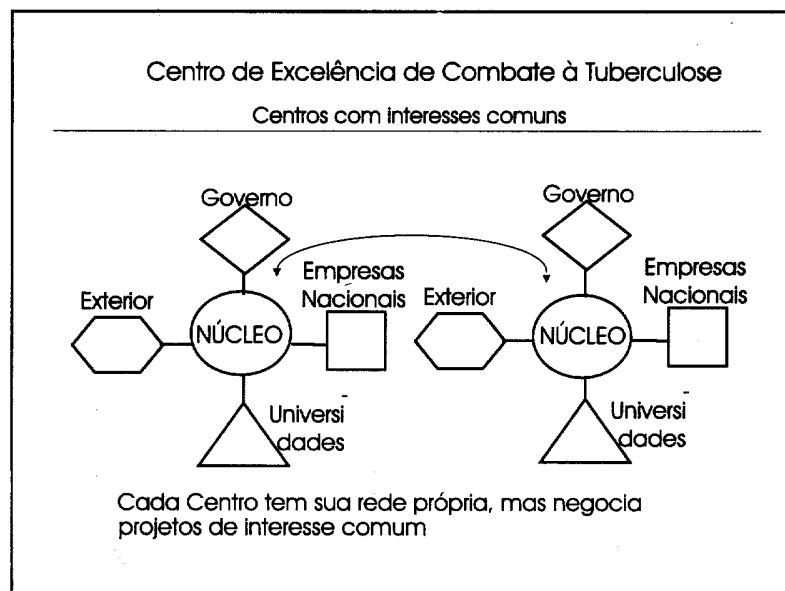
A organização de uma Rede de Excelência pressupõe o incentivo para que vários atores se organizem como Núcleo de Excelência, em tema de seu interesse e de sua competência.

É possível fundar Núcleos de Excelência na assistência ao doente, na química fina, na análise laboratorial, na oferta e administração do ensino, na produção de equipamentos e drogas para o controle da doença, na intervenção integral em Municípios e Estados.



O conjunto de Núcleos de Excelência reforça a Rede de Excelência (conjunto de parceiros estratégicos, Universidades, órgãos governamentais e Núcleos de Excelência temáticos).

Alguns Núcleos terão certos objetivos ou interesses comuns e, assim, podem se reunir para reduzir seus custos de pesquisas e de administração.



A tarefa a ser executada pela(s) Universidade(s)-âncora(s) é no sentido de ampliar o campo de trabalho no Controle da Tuberculose, fixando relação permanente com a Rede, e de estimular o crescimento de todas as Universidades públicas e privadas, disseminando os conhecimentos acumulados.

O objetivo a alcançar é, sem interferir na autonomia de pesquisa de cada um, promover o melhor aproveitamento dos recursos existentes almejando resultados que ajudem na contenção da doença.

É praticável, então, a união de vários Núcleos que, por si sós, não tenham como conquistar a excelência, por não englobarem todos os interesses, recursos, metodologias ou projetos necessários.

### **Os Parceiros Estratégicos Iniciais**

Há que considerar diferentes tipos de parceiros estratégicos. Existem aqueles no campo empresarial para promover o patrocínio de ações, para a criação de projetos específicos nas empresas, para prevenir doenças, para a criação de produtos, remédios e softwares de interesse da campanha. A parceria empresarial não é frequente, já que a Tuberculose está associada à pobreza e seus medicamentos são controlados. No entanto, com a emergência da AIDS e de novas situações de contágio e avanço da doença, há o surgimento da Tuberculose em todos os níveis sociais. Também o aparecimento dos bacilos multi-resistentes colocou a Tuberculose no foco das atenções mundiais, inclusive dos países ricos. Assim, é possível cogitar do incremento da procura de parcerias no empresariado.

Um outro tipo de parceria estratégica resulta da possibilidade de trabalhos conjuntos com as ONG's nacionais e internacionais. Esses organismos, que reúnem elementos de alta qualificação, têm conseguido executar bons projetos e fixar ligações efetivas na sociedade. No caso da Tuberculose, existem a Fundação Ataulfo de Paiva, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, a Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, a Federação de Entidades de Luta Anti-tuberculose de São Paulo – FELASP, e o QTROP (que pode se destacar na área de pesquisa na química fina) e outras. É viável realizar estudos para trabalhos comuns aproveitando as capacitações disponíveis.

Considerem-se ainda as organizações internacionais dedicadas a saúde e à pesquisa. Individualmente, todos os atores principais no âmbito das pneumopatias mantêm viva relação com essas entidades. Entretanto, não há uma rede formada, no País, que otimize esses contatos. Ocorrerá, em alguns casos, que as nossas instituições complementem a atuação das organizações externas, estas compondo suas redes de excelência, restando para o Brasil um papel secundário e sem efeito multiplicador no cenário interno. Há grande interesse internacional em relação à Tuberculose e os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, como o Brasil, se constituem em laboratórios para testes de novos produtos, processos, equipamentos e terapias. Se o País se descuidar, arrisca-se a se tornar o laboratório para o desenvolvimento de projetos de interesse externo, que depois não estarão disponíveis na sua plenitude internamente. Ou, então, o País passa a ser pressionado publicamente para adotar processos ou terapias de origem externa, mas inaplicáveis à realidade nacional. Ou, ainda, pode transformar-se

em mercado para a venda de equipamentos e softwares, estes de grande interesse econômico para o país vendedor.

Assim, é importante que haja uma forte consciência nacional acerca dos interesses bem definidos da luta contra a Tuberculose.

Em relação às parcerias estratégicas com entidades que representam as instituições industriais e comerciais, há um espaço imenso a explorar. Essas instituições, como o SESC, o SENAI, o SESI, a CNI mantêm dinâmico programa de apoio aos seus associados, trabalhando projetos de saúde e de educação. Portanto, candidatam-se a ser grandes parceiros do Centro de Excelência, cuidando de projetos de interesse comum que atingiriam dezenas de milhões de cidadãos.

Uma parceria especial será negociada no campo assistencial, com o Hospital Raphael de Paula Souza. Esse Hospital possui tradição na assistência ao tuberculoso e pretende avançar ainda mais, buscando a excelência no objetivo. Sua proximidade com o CRHF facilita a configuração de um projeto nesse sentido, o que poderá levá-lo a converter-se em paradigma na rede pública. O Hospital Raphael de Paula Souza se insere na região programática do Município do Rio de Janeiro denominada AP-4 (bairros de Jacarepaguá, Barra da Tijuca e Recreio dos Bandeirantes), onde também se pretende combinar parcerias voltadas para modelos de intervenção, reproduzíveis em todo o Município do Rio de Janeiro, os quais poderão ser depois estudados com vistas a adaptação ao restante do País.

As parcerias estratégicas entre os atores do Plano Nacional de Controle da Tuberculose, e com os institutos de pesquisa de peso na área da saúde, serão negociadas caso a caso, ressaltando-se a participação de cada um na Rede formada.

Cumprir destacar os papéis da Fiocruz, do Instituto Adolfo Lutz, do Instituto Clemente Ferreira, do Hospital Universitário Barros Barreto, da UFRJ, USP, UFRS< UFMG, do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA e de outras entidades.

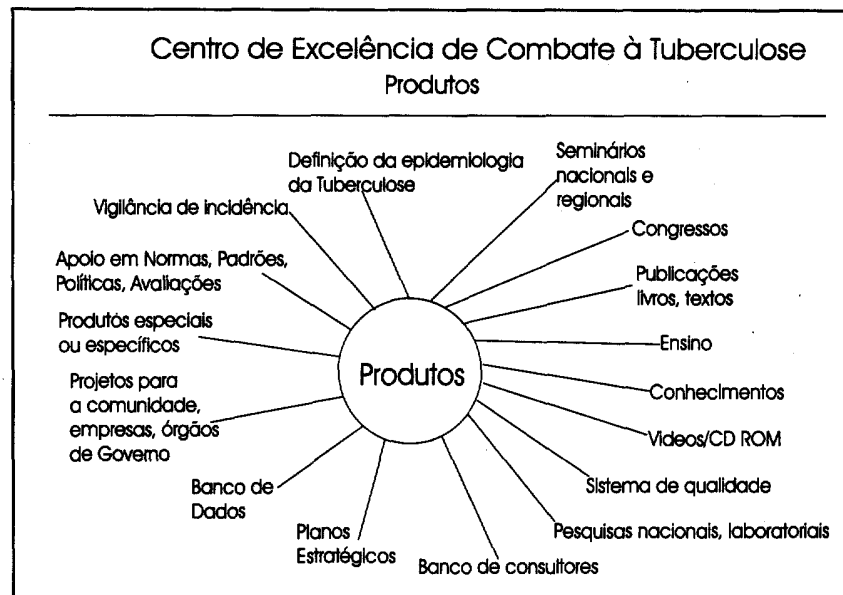
Entre as parcerias internacionais, destacam-se a Organização Mundial de Saúde/ Organização Panamericana de Saúde, a União Internacional Contra a Tuberculose e Doenças Respiratórias, o Instituto Pasteur, o LCDC-Laboratório de Doenças Transmissíveis do Canadá, o INPPAZ-Instituto Panamericano de Proteção de Alimentos e Zoonoses e a WAF- World AIDS Foundation.

Finalmente, o papel do CRHF será como o de qualquer dos parceiros estratégicos do Centro de Excelência, ocupando adicionalmente um papel importante na gestão desse modelo inovador ao se colocar como apoio a Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária e ao Ministério da Saúde. Como Centro de Referência é um ator e parceiro estratégico com abrangência nacional, em condições de ajudar no delineamento e na implantação do Centro de Excelência. Desempenhará papéis relevantes na área do ensino, da avaliação, da pesquisa operacional e epidemiológica e da referência laboratorial, e na instalação de modelos gerenciais de programas de controle.

Os órgãos governamentais, municipais e estaduais são parceiros estratégicos e terão, através do CRHF como é de costume, todo o apoio de que necessitam para conduzir as ações de coordenação regional. Esse apoio, que deverá expandir-se, contará com a Rede como um todo. Os futuros Núcleos de Excelência terão uma linha de atuação dirigida especialmente para respaldar as atividades regionais.

## Os Produtos

Os Núcleos de Excelência e o Centro de Excelência de Combate à Tuberculose desenvolvem-se consolidando produtos específicos de suas áreas. Esses produtos são alocados no ambiente nacional e no mercado mundial. Cada produto pode ser fruto da missão social dos Núcleos ou do Centro e, portanto, não é comercializável. Pode, porém, se direcionar para o sistema privado nacional de saúde ou para as empresas, proporcionando, nesse caso, recursos para a Rede. A excelência abre as portas, também, para o mercado mundial, oferecendo novas oportunidades de aproveitamento.



O nome "produto" engloba tudo aquilo que possa ser distinguido, padronizado, ofertado a alguma empresa ou instituição, ser consultado, gerar promoção, etc. Seminários e Congressos patrocinados pela Rede de Excelência estão igualmente nessa categoria. Esses bens, serviços, oportunidades, eventos e projetos serão utilizados de forma pragmática, com a estruturação e implantação do projeto Centro de Excelência de Combate à Tuberculose. Eles sempre serão testados quanto à aderência ao Planejamento Estratégico e à Missão do Centro de Excelência ou dos Núcleos de Excelência.

O importante é não confundi-los com produtos de uma atividade empresarial, pois não representam a razão de ser do Centro. O objetivo é o combate à Tuberculose em todos os níveis. Os conhecimentos e as tecnologias aprimoradas constituirão meios para que a sociedade e as instituições atinjam seus fins; mas, certamente, poderão ser disponibilizados individualmente como produtos.

A sua comercialização, quando possível e desejada, assegura receitas extras a luta, mas não pode ser considerada para garantir-lhe a sobrevivência. O Programa de Controle da Tuberculose é uma atividade do Estado. Essa abertura pretende apenas reunir mais recursos e validar alguns produtos em função de sua aceitação no mercado competitivo.

### **Missão do Centro de Excelência de Combate à Tuberculose**

Congregar esforços nacionais e internacionais para o Combate à Tuberculose, procurando atingir a excelência em todos os campos de ação definidos no planejamento estratégico do ataque à doença, produzindo tecnologias e conhecimentos que levem ao seu controle no Brasil e colaborando para que o mesmo possa ocorrer no mundo.

### **Visão do Centro de Excelência de Combate à Tuberculose**

O Centro de Excelência de Combate a Tuberculose será reconhecido como organismo que desenvolve e acumula conhecimentos e tecnologias de vanguarda, que estimula a estruturação de extensa rede de combate ao mal, que dá suporte aos trabalhos na área da pesquisa, do ensino, do treinamento e da assistência ao doente.

## **CONCLUSÃO**

No contexto apresentado, torna-se relevante reconhecer dois movimentos para a ampliação do Combate à Tuberculose:

### **• Desenvolver o Plano Nacional de Controle da Tuberculose**

O Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, lançado em 1995, intentava ampliar a cobertura aos 230 Municípios onde se concentram 75% dos casos de Tuberculose. Esse aumento de cobertura e da qualidade dos diagnósticos e do tratamento deve ser sustentado e expandido para todo o País, dada a dimensão do problema da Tuberculose.

Nessa perspectiva, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose, lançado pelo Governo Federal em outubro de 1998, incorporando ações que visam a cobertura total, disponibiliza tecnologia apropriada, com qualidade. Esse processo necessita obrigatoriamente de expansão da capacidade laboratorial, melhoria da gestão, supervisão, acompanhamento e avaliação.

Frente ao processo de municipalização, com a descentralização de ações em mais de 5000 municípios, torna-se difícil atuar na gestão isoladamente. A proposta de estruturação de um Centro de Excelência atende ao imperativo de valorizar o trabalho de todos os componentes, inclusive nos diferentes níveis de governo, inovando na gestão corporativa.

- O Plano Nacional de Controle da Tuberculose contempla o reforço laboratorial com amplo controle de qualidade das baciloscopias, disponibilização de testes para isolamento e tipificação das micobactérias;
- Expande o tratamento supervisionado, DOTS, para todos os serviços e pacientes com indicação para esse tipo de terapia;
- Implementa o sistema de informação, através do SINAN, e um sistema de análise, desde o nível local até o nacional, em todos os Municípios que descubrem e notificam casos;
- Realiza pesquisas que norteiam as ações gerenciais e captam novas tecnologias;
- Nas áreas de informação, educação e comunicação, desenvolve extenso programa de cursos e treinamentos para formação de massa crítica e multiplicadores através de cursos e seminários nacionais e regionais e administração de ensino à distância;
- Promove intervenções municipais localizadas e abrangentes, de sorte a configurar protótipos de ação.

Em suma, esse Plano objetiva, a curto e médio prazos, a redução dos diagnósticos tardios que podem levar à morte e, também, a melhoria dos resultados de tratamento, evitando óbitos e a cronicidade da doença com bacilos resistentes a múltiplas drogas. O Plano Nacional de Controle da Tuberculose representa a ação e decisão política para enfrentar, adequadamente, o flagelo milenar. Seu lançamento teve apoio e participação do CRHF que vinha estruturando o Centro de Excelência de Combate à Tuberculose.

#### • **Desenvolver e consolidar o Centro de Excelência de Combate à Tuberculose**

Ações emergenciais e planos executivos dão respostas às demandas no combate à Tuberculose, alargando o alcance de medidas em curso. No entanto, é imperioso que se articule uma vasta rede, associando tudo e todos, na luta contra o mal.

Esse esforço deve ser bem orientado para garantir legitimidade, eficiência e continuidade dos trabalhos, bem como permitir a aglutinação de recursos que estejam, ainda hoje, aplicados isoladamente no campo da Tuberculose.

Normalmente, um caminho é a organização de grupos de trabalho e redes convencionais de recursos, no rumo da união desejada. No entanto, modernamente, o trabalho em rede requer que:

- Haja lideranças efetivas na estrutura de poder;
- Sejam reunidas, no modelo de gestão, entidades com efetiva responsabilidade e capacidade no Combate à doença;
- Sejam agrupados parceiros que possam, cada um no seu campo de ação, crescer em busca da excelência;
- Seja estimulada a descentralização de ações dentro de metodologia e objetivos consensuais;

- Haja um trabalho dentro da Visão, da Missão e dos Objetivos definidos para o todo e para cada parte;
- Seja evitada a formação de novas estruturas burocráticas, que acabem criando seus próprios objetivos, distanciados dos objetivos de Combate e Controle da doença.

O modelo de Centro de Excelência, proposto neste documento, permite que se otimizem as ações de Combate à Tuberculose. Sua estruturação se processa exatamente através de parcerias estratégicas, do detalhamento de ações conjuntas de entidades, órgãos e empresas, do respeito a uma estratégia consensual, para alcançar objetivos de vanguarda.

Em conclusão, a consolidação do Centro de Excelência de Combate à Tuberculose passa a constituir um suporte eficaz para o sucesso do Plano Nacional de Controle da Tuberculose.



**Resolução número 284  
de 06 de agosto de 1998 do CNS**

**Brasília, DF 1999**



## RESOLUÇÃO Nº 284 DE 06 DE AGOSTO DE 1998

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Septuagésima Nona Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de agosto de 1998, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

1. A situação crítica da Tuberculose e do Programa de Controle no Brasil, resumida pelo Coordenador de Pneumologia Sanitária como "**O descalabro consentido**" e que se expressa entre outros nos seguintes dados:
  - a) apenas aproximadamente 8.500 casos notificados de uma incidência anual estimada em pelo menos 129.000 com uma distribuição geográfica incompatível com as realidades epidemiológicas do País;
  - b) investigação de apenas um quinto dos sintomáticos respiratórios esperados com a realização de apenas 27.000 baciloscopias em 1996 quando são necessárias mais de um milhão;
  - c) alta proporção de tratamentos fracassados, quase um terço do total com mais de 17% por desistência, o que significa um risco inaceitável de criação de bacilos resistentes aos medicamentos de primeira linha com aumento dos custos e redução da eficácia social do Programa;
  - d) um abastecimento irregular de medicamentos com custos de aquisição significativamente mais elevados que os praticados internacionalmente;
  - e) sistemas precários de informações, de controle de qualidade laboratorial, de supervisão, e outros;
  - f) extrema debilidade da Coordenação Nacional que com apenas um profissional (o coordenador);
  - g) localização administrativa do Programa inadequada com múltiplas linhas de dependência e de comando;
  - h) falta de políticas claras e sustentadas incluindo o financiamento regular e mínimo essencial;
  - i) o Plano Emergencial, elaborado em 1994, ainda em implementação e requerendo ajustes e ampliação para um Plano de cobertura nacional;
  - j) inexistência até agora, de explícita e efetiva vontade política.
2. Que esta situação deve e pode ser corrigida com os recursos disponíveis no País:
  - a) as estratégias de controle são eficazes, ainda que exigem tempo longo de aplicação, e de baixo custo, e que resulta em uma relação custo/benefício entre as melhores em Saúde;
  - b) os recursos orçamentários alocados formalmente ao controle da Tuberculose nos últimos anos, se aplicados adequadamente, são praticamente suficientes para a execução de um bom Programa (R\$ 20 milhões).

**RESOLVE:**

1. A Tuberculose é um problema prioritário de saúde no Brasil, tanto por sua magnitude (infecção, doentes e mortos) como pela possibilidade e vantagens de seu controle;
2. Ficam estabelecidas as seguintes estratégias para Programa Nacional de Controle de Tuberculose;
- 2.2. Metas: em três anos (2001) serão diagnosticados, pelo menos 92% dos casos esperados e tratados com sucesso, pelo menos, 85% dos casos diagnosticados; em nove anos (2007) a incidência terá sido reduzida em, pelo menos 50%, e a mortalidade em dois terços.

## 2.2. Diretrizes Gerais:

- a) as atividades finais do Programa serão executadas pelas unidades regulares de saúde, especialmente de nível primário incluindo o PAB e em forma descentralizada com o apoio dos Estados e a condução geral do Ministério da Saúde;
  - b) o Ministério da Saúde é responsável, através da Coordenação Nacional do Programa, por: o estabelecimento de normas básicas de diagnóstico, tratamento, registro e informação, controle de qualidade e treinamento; a aquisição e o abastecimento dos medicamentos necessários; os serviços de referência laboratorial e de tratamento de nível nacional; as pesquisas essenciais requeridas para o desenvolvimento do Programa, com prioridades absoluta para aquelas de caráter epidemiológico e operacional; a coordenação geral do sistema específico de informações: o apoio complementar aos Estados e Municípios, com ênfase aos aspectos de treinamento, gestão, supervisão, informação e comunicação social; e, articulação intersetorial, no nível nacional, visando especialmente a preparação de recursos humanos e maximização dos resultados das políticas públicas para o bem estar social;
  - c) a articulação e a complementaridade da ação dos três níveis de gestão do SUS (União, Estados e Municípios) é condição essencial para o sucesso do Programa;
  - d) sem prejuízo da adoção das medidas técnicas de eficácia comprovada, a participação social constitui outro requisito essencial do Programa, o que existe intensa informação para a capacitação social, especialmente dos pacientes, de seus familiares e das comunidades, e instrumentos de participação eficientes.
  - e) a participação das organizações não governamentais de serviço social constitui recursos de grande valor no controle da tuberculose e deve ser promovida em todos os níveis.
- 2.4. Detecção e diagnóstico: baciloscopia é o meio diagnóstico geral. Será realizado em todos os sintomáticos respiratórios e contatos. Um sistema de laboratórios adequadamente capacitados e relacionados, com qualidade controlada, é condição indispensável.

## 2.4. Tratamento:

- a) a disponibilidade dos medicamentos necessários, incluindo estoque estratégico adequado, deve ser assegurada permanentemente: o processo de compras deve também assegurar preços compatíveis com os melhores praticados internacionalmente, garantida a qualidade;

- b) para assegurar o tratamento completo e sua eficácia os medicamentos devem ser administrados sob supervisão direta em complementação do esforço de educação e participação;
  - c) a vigilância da resistência às drogas deve ser uma preocupação constante assim como o manejo adequado dos casos detectados.
- 2.5. Informação: um sistema de informação deve ser estabelecido de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde.
- 2.6. A Coordenação Nacional deve ser fortalecida para o cumprimento das funções sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, incluindo:
- a) recursos humanos para adequadas coordenação e supervisão por macro-regiões e para a supervisão da rede de laboratórios com o apoio do Centro de Referência Prof. Hélio Fraga;
  - b) localização administrativa que permita e facilite uma operação eficiente e claras linhas de relacionamento funcional e hierárquicas;
  - c) apoio político suficiente e sustentado.
- 2.7. O Ministério da Saúde preparará, em seis meses e de acordo com essas estratégias, um Plano de Ação de cobertura nacional, priorizando entretanto inicialmente os 230 municípios que concentram 80% dos casos notificados conforme o Programa Emergencial de 1994; o Plano de Ação será apreciado pelo Conselho Nacional de Saúde em sua sessão ordinária de fevereiro de 1999.
3. Conselho Nacional de Saúde acompanhará a execução do Programa de Controle regularmente; a Coordenação Nacional apresentará ao Conselho relatórios de programa semestrais;
4. A Secretaria do Conselho informará aos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde as circunstâncias dessa Resolução, e lhe pedirá, em nome do Conselho Nacional de Saúde, que vigiem sua aplicação em seus âmbitos respectivos. O Conselho Nacional de Saúde espera que os Conselhos de Saúde acompanhem e informem sobre a execução do Plano de Ação em suas respectivas jurisdições.

JOSÉ SERRA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 284, de 06 de agosto de 1998, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

JOSÉ SERRA

Ministro de Estado da Saúde



# **Seminário de Brasília**

**Brasília, DF 1999**





## SEMINÁRIO DE BRASÍLIA

Nos dias 13, 14 e 15 de outubro foi realizado, no Centro de Treinamento do Banco do Brasil em Brasília-DF, um Seminário para discutir Bases e Normas Nacionais para compor o Plano Nacional de Controle da Tuberculose e para elaborar propostas preliminares dos Planos dos Estados e dos Municípios. O evento contou com a participação de autoridades da área de saúde (federal, estadual e municipal).

### 1. Programação do Seminário

<b>13/10/1998 (Terça-feira)</b>	14:15 Trabalho de Grupos Macro Regionais
9 h Cerimônia de Abertura	16h15 Trabalho de Grupos Macro Regionais
Local: Auditório do CFBB	17h15 Plenária/Debates
Mesa de Honra:	<b>14/10/1998 (Quarta-feira)</b>
Dr. João Yunes	9h Trabalho de Grupos por Estado
Dr. Otávio Azevedo Mercadante	10h45 Trabalho de Grupos por Estado
Dr. Carlyle Guerra de Macedo	14h Trabalho de Grupos por Estado
Dr. Antonio Ruffino Netto	16h Trabalho de Grupos por Estado
Dr. Pedro Chequer	<b>15/10/1998 (Quinta-feira)</b>
9h30 Situação da Tuberculose no Mundo	9 /12h Conclusão dos Relatórios
Representante da OPAS	15h Cerimônia de Encerramento
9h45 Situação da Tb no Brasil e proposta do	Ministro de Estado da Saúde
Plano Nacional de Controle da Tuberculose	Dr. José Serra
Dr. Antonio Ruffino Netto	Coordenador de Pneumologia
10h45 Proposta de um Centro de Excelência	Sanitária
Dr. José Fantine	Dr. Antonio Ruffino Netto
11h Cerimônia de Encerramento	Representante do CONASS
Dr. Miguel Aiub Hajar	Representante do CONASEMS
11h15 Situação Epidemiológica e interface	
com Tb/AIDS	
Enfª Maria Rebeca Otero Gomes	
14h Orientações e procedimentos dos	
trabalhos	
Dr. Antonio Ruffino Netto	

### 2. Trabalho de Grupo por Macro-Regiões

#### Dia 13/10/1998

#### Atividades

- ◆ Leitura analítica do Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT)
- ◆ Elaborar relatório em grupo, considerando os seguintes itens:

- Definir responsabilidades dos Estados/Municípios na implementação do PNCT
- Sugestões de subsunção das responsabilidades acima definidas
- Definir responsabilidades dos coordenadores estaduais e municipais do PNCT
- Sugestões de subsunção das responsabilidades dos coordenadores
- Sugestões de modificação no PNCT

Tópicos a serem:

- a) implementados
- b) suprimidos
- c) modificados

◆ Apresentar os resultados da discussão na plenária e entregar o relatório por escrito ao coordenador da mesma.

### **3. Trabalho de Grupo por Estado-Município**

**Dia 14/10/1998**

#### **Atividades**

- ◆ Discutir em grupo os itens a seguir
- ◆ Elaborar um relatório individual contemplando tais itens
- ◆ Entregar o relatório até as 12h do dia 15/10/1998 na Secretaria do Seminário

#### **Itens**

- ◆ Programar atividades do PNCT no seu Estado/Município, utilizando as duas matrizes de programação apresentadas no Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT).
- ◆ Discutir qual das duas matrizes apresenta maior aproximação com a situação epidemiológica atual do seu Estado/Município.
- ◆ Quais são os principais pontos de entrave para a imediata implementação do PNCT no seu Estado/Município? Hierarquizar tais entraves.
  - ◆ Como poderia contornar tais entraves na área sob sua responsabilidade?
  - ◆ Como pretende iniciar a implementação do PNCT na sua área a curto e médio prazos?
- ◆ Discutir possibilidades de ação conjunta do PNCT com outros programas, principalmente com o programa DST/AIDS.
- ◆ Analisar possibilidades de implementação do PNCT em sua área de atuação em conjunto com ONGs e/ou comunidades (religiosas e outras).
- ◆ Discutir possibilidade de utilização da mídia na implementação do PNCT.

## **4. Contribuições dos Participantes do Seminário de Brasília**

### **Macro Região Centro-Oeste**

- ◆ A terceirização dos laboratórios deverá ser somente em última instância, a prioridade é da Rede Pública.
- ◆ Na ausência dos medicamentos, garantir o repasse de recursos para a compra dos mesmos pelos Estados e Municípios.
- ◆ Incluir no manual de normas técnicas, do PNCT, a permissão para a enfermagem solicitar baciloscopia e iniciar tratamento nos bacilíferos
- ◆ Anexo 6 (procedimentos SIA/AIH/SUS) sugerindo a troca de broncografia (360/3) por broncoscopia.
- ◆ Desburocratização da utilização dos recursos dos convênios.
- ◆ Adequação das atividades desenvolvidas pelos Municípios que atendem pacientes de outros Municípios pelo PPI.
- ◆ Convidar profissionais treinados a reintegrarem a equipe de Combate à Tuberculose. O convite deverá ser feito com o respaldo do Ministério da Saúde.
  - Através da responsabilidade dos Coordenadores Estaduais e Municipais.
  - Promover a integração de educação e saúde na área da Tuberculose.
  - Viabilizar a descentralização das atividades do PNCT nos Estados e Municípios
  - Estabelecer parcerias
  - Participar das reuniões do Conselho Nacional de Saúde.

### **Macro Região Norte**

Considerar como responsabilidade dos Estados e Municípios na Implementação do PNCT:

- ◆ Implantar e implementar ações do PCT em seu nível de gestão
  - Promover, implementar a descentralização das ações para os Municípios.
  - Assumir a gerência das unidades estaduais não municipalizadas.
  - Assegurar RH para o desenvolvimento das ações.
  - Implantar ações de controle pelo menos na sede dos Municípios (estender em 100% dos Municípios).
    - Garantir o repasse de recursos para os Municípios que atendam a demanda dos Municípios circunvizinhos.
    - Estabelecer mecanismos de consórcio entre Municípios polo e circunvizinhos
- ◆ Assegurar Recursos para o Controle e Avaliação das Ações do PNCT

### **Responsabilidades dos Coordenadores Municipais**

- ◆ Idem às previstas no plano Emergencial (Anexo 1 - Página 8)

### **Responsabilidades dos Coordenadores Estaduais**

- ◆ Gerenciar o PNCT ao nível estadual adotando o processo de municipalização
  - Promover interface com outros programas (MH, AIDS, LACEN, PSF, outros)
  - Assessorar as Secretarias Municipais na implantação do PNCT.
  - Formar RH
  - Realização de avaliação operacional e epidemiológica.
  - Avaliar periodicamente as atividades desenvolvidas pelos Municípios emitindo relatórios ao nível municipal e macro regional.
  - Promover, participar e acompanhar o desenvolvimento de pesquisas.
  - Acompanhar os Municípios adotando mecanismos de avaliação através de indicadores de eficiência, efetividade e eficácia.
  - Programar, acompanhar e controlar os tuberculostáticos e insumos.
  - Promover um conjunto com o Coordenador Nacional do PNCT a implantação do tratamento supervisionado em grupos específicos.
  - Articular a parceria com o Estado e Município enfatizando a contrapartida quanto á alocação de recursos aos Municípios.
  - Divulgar permanentemente nos meios de comunicação e setores que promovem educação em saúde, informes epidemiológicos, técnicos e operacionais acerca da magnitude do problema da Tuberculose.
  - Implantar sistema de informação.
  - Promover atividades nos Dias Mundial e Nacional da Tuberculose.

### **Sugestões:**

- ◆ Modificar o fluxo de abastecimento de tuberculostáticos passando a fazê-lo diretamente aos Municípios em Gestão plena.
- ◆ Esclarecer:
  - As unidades de referência que fazem o controle de pacientes receberão o bônus por alta do paciente:
  - Quem assegura medicamentos para MDR?
  - O bônus será para todos os casos de cura ou apenas para bacilíferos?

### **Macro Região Nordeste:**

#### **Estados e Municípios:**

- ◆ Estimular o entrosamento entre as equipes do PSF e PACS, para desenvolvimento das ações de controle da Tuberculose
- ◆ Promover a integração ensino-serviço junto as Universidades e Instituições formadoras de RH.
- ◆ Articular politicamente junto á sociedade civil organizada, para envolvê-la no Combate a Tuberculose na região.
- ◆ Constar, no Plano Municipal de Saúde, o Controle da Tuberculose como prioridade.
- ◆ Discutir a situação da Tuberculose nas reuniões dos Conselhos Municipais e Comissão Bipartite.

- ◆ Garantir drogas para o tratamento de pacientes MDR.
- ◆ Assegurar referência e contra-referência no atendimento primário, secundário no controle da Tuberculose.
- ◆ Prestar assessoria e cooperação técnica na descentralização da gerência do programa.

#### **Coordenador Estadual:**

- ◆ Articular junto ao LACEN no processo de cooperação técnica para a descentralização das ações, diagnosticadas na rede de serviços.

#### **Macro Região Sudeste**

- ◆ Não são só 1.000 profissionais treinados. Faculdades de medicina, através dos programas, Escolas e residências também formam estes recursos.
- ◆ Anexo 1 – Página 8:
  - O SINAN contempla o que o PNCT exige: SR, comunicantes, quimioprofilaxia, etc.
  - A ficha de notificação deveria atender a estas demandas ou criar novos instrumentos.
  - Ajuda do profissional da área de informática (pode fazer a conversão dos dados).
- ◆ Ajuda positiva de um sociólogo pode ser Útil.
- ◆ Pequeno fórum para discutir sistema de informação, porque não é o momento nas funções do Coordenador Municipal
  - Ser legitimado pelo Secretário Municipal da Saúde.
  - Ter as funções do Coordenador Municipal mais especificadas.

#### **Coordenador Municipal:**

- ◆ Último ponto do anexo 1 – Página 8:
- ◆ Deixar flexível como será o banco de informações desde que o SINAN esteja contemplado.
- ◆ Tratamento supervisionado não só para alto risco de abandono ou grupos especiais.
  - Integração entre as secretarias do Município: Secretaria de Educação, etc.
- ◆ Nas parcerias acrescentar: Federações, Clubes de Serviços, Lions.

#### **Coordenador Estadual Supervisionar os Municípios**

- ◆ Hoje existe assessoria e não supervisão. Coordenação e não coordenador.
- ◆ Com relação ao SINAN cabe ao Coordenador Estadual as mesmas funções do Municipal.
- ◆ Cabe a Coordenação Estadual:
  - Integração com o PSF, PACS (Agentes Comunitários)
- ◆ Cabe à Macro: articular, intermediar, relacionar com a Coordenação Estadual e com o Município (quando solicitado).

**Sugestões de Modificações:**

- ◆ Ampliar a quimioprofilaxia,
- ◆ Incorporar outros C.S./Hospitais/Clínicas particulares ao PNCT.
- ◆ Tirar a frase "por isso restrito a estes casos"; segundo parágrafo, anexo 1 – página 13.
- ◆ Analisar para discutir quimioprofilaxia, Raio x, BAAR, Baciloscopias sistemáticas porque não o raio x.
- ◆ Revacinação aos 6 anos – Estudo científico desta orientação, qual documento.
- ◆ Operacionalização do DOTS.
- ◆ Glossário de termos e siglas.

**Macro Região Sul**

- ◆ Para ampliação das unidades com PNCT discutimos:
  - Melhorar/manter a qualidade das unidades que já trabalham com o PNCT.
  - Alocar, capacitar RH em Tuberculose e AIDS, utilizando recursos e estruturas já existentes na Tuberculose e na AIDS.
  - Gratificar o corpo técnico envolvido com recursos oriundos do Plano Nacional de Controle da Tuberculose.
  - Incentivar supervisões, selecionando locais ou unidades problemáticas prioritárias.
- ◆ Trabalhar junto a OMS e grupos da sociedade civil organizados para melhorar ações de educação e saúde da população em geral.
- ◆ Quanto a compra de medicação, esta deve ficar, por enquanto, a cargo do MS tendo em consideração o custo da medicação em si e ao aumento do gasto para o Município sem aumento do teto financeiro para tal. Os Municípios devem ser capacitados para cálculos das necessidades de medicação.
- ◆ Definição do fluxo de repasse da verba CNPS – Município direto > Programa Municipal de Controle da Tuberculose.
  - Avaliar a possibilidade de uma conta específica para a Tuberculose.
  - Verba extra PAB.
- ◆ Definição de sistema de comprovação das atividades efetuadas (Baciloscopias/curas, etc.) para fins de pagamentos.
- ◆ Integrar todos os instrumentos de informação e controle em um software de entrada única e saída diferenciadas (a exemplo da AIDS/SISEL e SICLON).
- ◆ Definição do papel do Estado/Município:

**Papel do Município:**

- ◆ Assistencial
- ◆ Planejamento de Recursos e Insumos necessários
- ◆ RH
- ◆ Vigilância epidemiológica
- ◆ Notificação
- ◆ Avaliação/supervisão
- ◆ Mobilização ONG's

### Papel do Estado

- ◆ Consolidar informações municipais.
- ◆ Avaliar/supervisionar ações municipais.
- ◆ Participar de atividades de capacitação.
- ◆ Coordenar e promover pesquisa.
- ◆ Distribuição, insumos/medicação
- ◆ Planejamento das ações.
- ◆ Treinamento de pessoal.
- ◆ Avaliação epidemiológica e operacional.
- ◆ Supervisão.

### Competência do Coordenador Municipal

- ◆ Estabelecer critérios para implantação do DOTS.
- ◆ Propor referência e contra referência aos Secretários Municipais de Saúde para o atendimento dos casos de TB.

Sugestões:

- ◆ Definir quem irá assegurar a compra de medicamentos MDR.

### Participantes do Seminário Segundo Procedência

NORTE	RO	4
	AM	3
	PA	9
	RO	2
NORDESTE	MA	3
	CE	9
	PI	4
	RN	3
	PE	4
	BA	4
	AL	4
	SE	4
PB	3	
SUDESTE	SP	11
	MG	9
	RJ	16
	ES	2
SUL	PR	1
	SC	3
	RS	4
CENTRO-OESTE	TO	5
	MT	5
	MS	3
	DF	22
	GO	5
TOTAL		143
OPAS		5

**Pontos Fundamentais Levantados:**

- ◆ Manutenção de abastecimento de medicamentos com maior regularidade.
- ◆ Integração com áreas da educação — MEC; Secretarias Estaduais de Saúde. Ação mais efetiva nas universidades para ensino do tema.
- ◆ Entrosamento do PNCT com outros programas principalmente DST/AIDS, com programa de saúde de família, programas de agentes comunitários de saúde, com organizações não governamentais, sociedade civil, comunidades (religiosas ou não).
- ◆ Tuberculose ser incluído como tema prioritário na pauta dos conselhos municipais de saúde. Conselhos implementarem ações visando educação para saúde em geral.
- ◆ Secretários municipais/estaduais aproveitarem melhor RH já formados/treinados no PNCT.
- ◆ Fórum regionais para discussão do tema promovidos pelos municípios.

**1. Lista dos Participantes do Seminário de Brasília**

A seguir, encontram-se listados os participantes do Seminário Nacional de Tuberculose, realizado em Brasília, nos períodos de 13 a 15 de outubro do corrente ano.

NOME	FUNÇÃO	ÓRGÃO/LOCALIDADE
1. Ademir de Albuquerque Gomes	Médico	CNPS/DGPE/SPS/MS - Brasília
2. Adriana Cunha Lima de Oliveira	Bioquímica	Campo Grande – PB
3. Afrânio Lineu Kritski	Médico/Prof. Adjunto UFRJ	Rio de Janeiro
4. Allan Euripedes Rezende Napoli	Médico Tisiologista	FHDF
5. Allan Kardec Rezende Napoli	Médico Tisiologista	FHDF
6. Alba Iaci Macieira	Médica	SMS Duque De Caxias
7. Aldenora Gomes de Souza Gama	Enfermeira	SMS – Santarém
8. Alessandra Almeida da Silva	Nutricionista	PCT – Boa Vista-RR
9. Aline Sampaio Bello	Enfermeira -	PCT – SES – Goiânia
10. Ana Karine Laranjeira de Sá	Coord. PCT – Enfermeira	SMS – São Gabriel da Cachoeira/AM
11. Ana Lúcia Correa Almeida	Enfermeira –	SMS – Marabá/PA
12. Ana Margarida F. Arruda Rosemberg	Médica	SES – CE
13. Ana Maria D. L. Fontes	Asses Técnica - Enf-San.	SMS – Ilhéus/BA
14. Ana Zuleide Mendanha S. Rosa	Administradora	CNPS/FNS/MS – Brasília
15. Angel Valença	OPAS	Brasília
16. Angêla Correia de Melo Pomini	Médica – Coord. Mun.PCT	SMS-Penedo/AL
17. Ângela Maria Werneck Barreto	Médica	CRPHF – RJ
18. Anilda Maria de Brito Cysne	Enf. San.Coord. Macro NE	CR/FNS- CE
19. Antônia Cileide Joca Freire	Enfermeira	S.M. Desenv. Social – Fortaleza-CE
20. Antônia Lúcia da Silva Palheta	Enf.San. Dir. Depto. At. Saúde	SESAU
21. Antônio Anselmo Bentes de Oliveira	Médico - Coord. Macro	HUJBB- Belém – PA
22. Antônio Carlos Silveira	Médico – Consultor Nacional	OPAS – Brasília
23. Antônio Ruffino Netto	Médico	Coord.Nac.Pneum..San. – Brasília-DF
24. Aparecida Maria Steinmacher	Enf.Dir.Vig. á Saúde	SMS – Foz do Iguaçu
25. Armando Lopes Scavino	Representante da OPAS	OMS do Brasil
26. Brasilina Silveria de Faria	Enfermeira	Fundação de Saúde Cuiabá-MT
27. Carlyle Guerra Macedo	Médico – Dir. Emérito OPAS	Brasília-DF
28. Carmem Lúcia Muricy	Enf- Coord. Macro S/SE	CRPHF-RJ
29. César Augusto Avelaneda Espina	Médico – Asses. Téc. do PCT	SES - Porto Alegre-RS
30. Cláudio Costa Neto	Diretor Geral	Sociedade QTRÓP -Rio de Janeiro



31. Cremilda Ovidia de Medeiros	Enfermeira	CRPHF-RJ
32. Danielle Maria Bezerra de Castro	Farmacêutica-bioquímica	LACEN-Porto Velho-RO
33. Dawid Krakowski	Médico/Diretor Financeiro	QTROP – Rio de Janeiro
34. Dejar José Pereira	Vice presidente C.Oeste	CONASEMS – Sorriso/MT
35. Denise Leão Ciriaco	Enfermeira – Coord. PCT	SESAU-AL
36. Dinalva Soares Lima	Enfermeira – Coord. PCT	SES - PB
37. Eduardo Pereira Marques	Médico/Diretor Científico	SESI/QTROP-RJ
38. Elaine Black Ceccon	Médica – Coord. PCT	SMS-Porto Alegre-RS
39. Elaine Leal dos Santos	Assistente Social	Macro Norte – HUIBB-Belém-PA
40. Eliane Maria Nogueira de Paiva Cunha	Farmacêutica	Ministério da Saúde
41. Elisabeth Cristina Coelho Soares	Médica	SMS-Rio de Janeiro
42. Elisabete Dorighetto Borges	Enf – Ch. do Serv de RH	CRPHF-RJ
43. Elisete Antonieta Tell	Enfermeira – Coord. do PCT	SES – SC
44. Emilia Sayuri Ueda	Médica -	FNS-SMS de Ariquemes – RO
45. Evandi Ferreira da Silva	Médica – Coord. do PCT	SES – PE
46. Evandro Tomasco	Médico e Prof.Universitário	Sup.Epidem.SMS – Juiz de Fora – MG
47. Fernanda Maria Magalhães Carneiro	Assistente Social	FNS- Fortaleza/CE
48. Fernando Augusto Fiuza de Melo	Médico	Instituto Clemente Ferreira – São Paulo
49. Francisco Duarte Vieira	Farmacêutico – Bioquímico	ISDF - Brasília
50. Genésio Pessoa de Albuquerque Júnior	Cirurgião Dentista	SMS-Araguaína/TO
51. Germano Gerhardt Filho	Médico – Prof. Universitário	QTROP – Rio de Janeiro
52. Gislene Marieta de Matos Martins	Enfermeira	Prof.Mun.Sáude – Montes Claros – MG
53. Hilzonete de Abreu Araújo	Psicóloga/Sanitarista	SES de Alagoas
54. Hisbello S. Campos	Médico	CRPHF- RJ
55. Hugo Carlos Pedroso	Enf – Téc. Resp. AIDS/TB	SMS de Curitiba-CVE
56. Ilka Ferreira da Silva	FNS	CRPHF-RJ
57. Isabel Cristina Cavalcante P. de Carvalho	Enf – Coord. PCT	FNS-Terezina/PI
58. Izabel Maria da Conceição Lopes Santos	Enf – Coord. Estadual do PCT	SES – Terezina/PI
59. Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues	Enf/Coordenadora Municipal	SMS – Belém-PA
60. Yvoneide do Carmo Silva	Enfermeira	SMS-Feira de Santana – Bahia
61. Jacqueline Jenequelli Barros	Enf. Coord.Municipal PCT	SMS – Serra/ES
62. Jannete Nassar	Enfermeira	SMS – São Paulo
63. João Yunes	Secretário de Política de Saúde	Ministério da Saúde – Brasília-DF
64. Joelma dos Santos Nazareth	Enfermeira	SMS – Pref Municipal Ipatinga – MG
65. Jorge Barros Afiune	Diretor Técnico	Instituto Clemente Ferreira – SES/SP
66. José Fantine	Eng. Coord.Proj.Cent.Exc.	COPPE/UFRJ – Ilha do Fundão/RJ
67. José Pereira da Cruz	Médica Vet./Sanitarista	SMS – Araguaína/TO
68. José Rosemberg	Prof. Tit.Tub/Pneum	Fac. Med. PUC-Sorocaba/SP
69. Josuney Raimundo Pires dos Santos	Dir. Depto. de Ações de Saúde	SMS de Belém/PA
70. Kátia Maria Alves da Silva	Enfermeira	FNS/Parintins-AM
71. Lauro Nóbrega de Queiroz Filho	Médico – Coordenador do PCT	SMS de João Pessoa-PB
72. Leni da Silva Marreiro	Médica	Sup. de Sáude do Amazonas – Manaus
73. Lúcia Maria Menezes Andrade	Enfermeira – Coord. do PCT	Secretaria da Saúde – Maracanaú-CE
74. Marcelo Fouad Rabahi	Médico –	Hosp. Doenças Trop.– Goiânia – GO
75. Márcia Menezes Neto Quatorze	Méd – Coord.Municipal PCT	SMS de Palmas-TO
76. Marco Antonio de Ávila Vitoria	Méd.Ass Tec. Unid. Assist.	DST-AIDS - MS
77. Maria Alice Coelho	Enfermeira	SMS- Goiânia – GO
78. Maria Aparecida Santos da Silva	Enf.Coord. Município	SMS – Aracaju
79. Maria Auxiliadora Fiorillo Mariani	Méd – San – Coord Est PCT	SES – Vitória-ES
80. Maria Cândida Motta de Assis	Enfermeira	DSP/SES – DF
81. Maria Clara Montagnana Zoratti	Adm. de Saúde – Coord Geral	FELASP – São Paulo – SP
82. Maria Clarine Souza Mendes	Farm.Bioq.Dir. D.Vigil. Epid.	Secretaria de Saúde -Imperatriz – MA
83. Maria de Fátima da Silva	Méd – Coord. Mun. do PCT	Prefeitura Municipal de Guarujá-SP
84. Maria de Fátima Melo Victor	Enfermeira	SES-Recife/PE
85. Maria de Lourdes Vespucci	Enfermeira	Ambulatório Geral de Anápolis – GO
86. Maria do Perpétuo S. Parente Martins	Chefe de Gabinete	SES – Fortaleza – CE
87. Maria Elice Nery Procópio	Médica/Super. Adj.Epidem.	SES – Belo Horizonte – MG
88. Maria Elisabeth de Oliveira	Enfermeira	SMS – Mossoró – RN
89. Maria Goreth Marinho Filgueiras de Lima	Enfermeira	SES – Porto Velho
90. Maria Helena Moraes Dias	Enf – Coord Mun. de Saúde	SMS – Porto Velho – RO

91. Maria Isabel Mota Xavier	Enfermeira – PCT	SES – Salvador/BA
92. Maria José Gomes	Enfermeira	SMS – Maceió
93. Maria José Procópio R. Oliveira	Médica	CRPHF-RJ
94. Maria Lúcia Carnellosso	Superintendente	SES de Goiás
95. Maria Palmira Santos de Carvalho	Enf-Coord da Vig. Epid.	SMS de São Luiz-MA
96. Maria Patrícia da Costa	Consultora – CN/DST/AIDS	Ministério da Saúde/Brasília
97. Maria Rosálha Teixeira Mota	Enf. San – Núcleo Macro NE	FNS – Fortaleza – CE
98. Maria Zeneuma Gomes de Vasconcelos	Enf – Coord. Mun do PCT	SMS- Picos/PI
99. Mário Alberto Vidal Pessolani	Médico	FHDF-Brasília
100. Margarida Maria Matos Brito de Almeida	Médica – Profª Universitária	Fac de Saúde Pública – USP –SP
101. Marilda Santos Spinelli	Assist. Social – Coord. PCT	Cuiabá-MT
102. Marneili Pereira Martins	Enf – Coordenadora do PCT	SES – Rio de Janeiro
103. Marta Maria Santos Lins	Enf.Resp. PCT	SES – RN
104. Mauro Abraão Rozman	Diretor Vigilância à Saúde	Secretaria de Saúde de São Vicente
105. Meire Luce Moreira Rolim	Enfermeira	FNS/CE
106. Melchora de Souza Filippin	Assist Social – Coord do PCT	SES – MS
107. Mércia Simone Feitosa	Enf – Coord. Municipal Saúde	SMS – Lagarto/SE
108. Miguel Aiub Hijjar	Médico – Diretor do CRPHF	CRPHF-Rio de Janeiro
109. Myria Coelho Adati Guimarães	Farm – Coord do PCT	SES – Palmas –TO
110. Moema E. W. Costa	Pedagoga – Sanitarista	Brasília-DF
111. Mônica Roscoe Vieira	Médica	SMS de Belo Horizonte – MG
112. Nadja Antônia B. de Arruda Romão	Médica	FNS/CE
113. Nelson Morrone	Médico-Diretor do Sanatorinho	Sanatorinhos – Ação Com.Saúde – SP
114. Neuza Maria Dias Moreira	Médica – Macrorregião Norte	HUJBB – Belém-PA
115. Nicodemus de Arimathea e Silva Jr.	Médico – Assessor	SES-MG – Sup. Epidemiologia
116. Nilton Fernando da Silva	Enf– Coord.PCT/Depto. S. Col.	SMS de Nova Iguaçu-RJ
117. Otávio Azevedo Mercadante	Ch. Gab.Ministério da Saúde	Ministério da Saúde – Brasília
118. Patrícia Macedo dos Santos	Médica – PCT	FHDF –
119. Paulo de Tarso Lamarck	Médico – Hosp Reg. Ceilândia	Fundação Hospitalar do DF
120. Queila Pereira de Melo	Médica – Pediatra	IESP – Vitória/ES
121. Raimundo das G. Maués Lobato	Médico	HJBB – UFPA – Belém/PA
122. Regina Cele de Souza	Enfermeira	SES/Dir. Metrop. Saúde de B.Hte /MG
123. Rita Christina Martins Borges	Enf. – San.Coord Téc	SES – MT
124. Roberta de Cássia Urquiza Veras	Assistente Social	SES de Olinda/PE
125. Rodolfo Rodriguez Cruz	Asses Reg. OPAS-Tuberculosis	OPS-Washington
126. Rosalia Maia	Farmacêutica Bioquímica	ISDF-SES/DF
127. Rosália Knoll	Médica	Prefeitura municipal de Itajaf-SC
128. Rute da Silva	Enfermeira	SMS de Aracaju/SE
129. Rosa de Lima de Oliveira Rodrigues	Enf. – responsável pelo PCT	SMS de Natal/RN
130. Sandra Maria Barros de Araújo Garcia	Assessora Técnica	COPPE/UFRJ
131. Sylva Cely Meneses de Oliveira	Enfermeira – Gerente do PCT	SES de Sergipe
132. Sílvia Tereza Reis Souza	Médica – Coord. do PCT	FHDF
133. Sônia de Fátima Cascão Santiago	Coordenadora de Prog. De TB	Centro Saúde Tipo A – Dourados/MS
134. Sônia Juciara B. Rocha	Enfermeira	FNS-Araguaína/TO
135. Simone E. Gutierrez	Enf. San. – Coord. Prog. TB	SMS – Várzea Grande – MT
136. Suelena Costa Magalhães Gomes	Enf – Coord. Desc. de Serviços	SMS – Salvador
137. Silvio Mendes de Oliveira Filho	Pres. FNS - Gestor do SUS	Terezina-PI
138. Sueli Aparecida Diório de Almeida	Enferm – Gerente do Programa	SMS de Campo Grande –MT
139. Tomas Aiza Alvarez	Prof. Universitário	FUB/UNB-Brasília-DF
140. Ursula Ruth Margarethe	Presidente	FELASP-São Paulo – SP
141. Valderina Ramos Freire	Enfermeira	SES do Ceará
142. Waldir Teixeira do Prado	Pres. Soc.Bras..Pneum. Tisiol.	Belo Horizonte – MG
143. Vanusa Cristina Beal	Coord. Mun DST-AIDS e TB	SMS Desenv. Soc – Florianópolis – SC
144. Werner Paul Ott	Médico – Consultor técnico	SES e Meio Amb. – Porto Alegre-RS
145. Vera Maria Nader Galesi	Médica – Coord.do PCT	SES – São Paulo/SP
146. Zilda Minako Ugayama	Enfermeira – Coord. do PCT	SES – Boa Vista/RR
147. Zuleide Dantas Wanderley	Médica	SMS de Olinda – PE

# **Formulários Para Uso no PNCT**



## MATRIZ PROGRAMÁTICA - INDICADORES DE AVALIAÇÃO

### INDICADORES GERAIS

INDICADORES	DESCRIÇÃO	FÓRMULA
COBERTURA DE MUNICÍPIOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº Unidades de Saúde (NUS) multiplicado por 100, dividido pelo nº de Municípios (NM)</li> </ul>	$\frac{NUS}{NM} \times 100$
PROPORÇÃO DE US INTEGRADAS AO PCT	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de Unidades de Saúde (NUS) com Programa de Controle da Tuberculose (PCT) multiplicado por 100, dividido pelo nº de Unidades de Saúde (NUS)</li> </ul>	$\frac{NUS\ PCT}{NUS} \times 100$

### INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

INDICADORES	DESCRIÇÃO	FÓRMULA
TAXA DE INCIDÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº total de casos de tuberculose todas as formas (NTb) multiplicado por 100.000 e dividido pela população (P)</li> <li>Por sexo</li> </ul>	$\frac{NTb}{P} \times 100.000$
TAXA DE INCIDÊNCIA DE BACILÍFEROS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº total de tuberculose pulmonar bacilífero (NtbpulmB+) multiplicado por 100.000 dividido pela população</li> <li>Por sexo</li> <li>Por idade</li> </ul>	$\frac{NtbpulmB+}{P} \times 100.000$
TAXA DE MORTALIDADE POR TB	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de óbitos por tuberculose (NOb) multiplicado por 100.000, dividido pela população</li> </ul>	$\frac{NOb}{P} \times 100.000$

**MATRIZ PROGRAMÁTICA - INDICADORES DE AVALIAÇÃO****INDICADORES OPERACIONAIS**

<b>INDICADORES</b>	<b>DESCRIÇÃO</b>	<b>FÓRMULA</b>
PROPORÇÃO DE PACIENTES BACILÍFEROS ENTRE O TOTAL DE CASOS PULMONARES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de tuberculose pulmonar (NtbpulmB+) com baciloscopia positiva (B+) multiplicado por 100, dividido pelo nº de tuberculose pulmonar</li> </ul>	$\frac{NTbpulmB+}{NTbpulm} \times 100$
PROPORÇÃO DE PACIENTES COM BACILOSCOPIA NEGATIVA ENTRE O TOTAL DE CASOS PULMONARES	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de tuberculose pulmonar (NTbpulmB-) com baciloscopia negativa (B-) multiplicado por 100, dividido pelo nº de tuberculose pulmonar (Ntbpulm)</li> </ul>	$\frac{NTbpulmB-}{NTbpulm} \times 100$
PROPORÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR COM BACILOSCOPIA NÃO REALIZADA ENTRE O TOTAL DE CASOS DE TB PULMONAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de tuberculose pulmonar (NtbpulmBNR) com baciloscopia não realizada multiplicado por 100, dividido pelo nº de tuberculose pulmonar (NTbpulm)</li> </ul>	$\frac{NTbpulmBNR}{NTbpulm} \times 100$
PROPORÇÃO DE CASOS DE TUBERCULOSE PULMONAR ENTRE OS CASOS DE TUBERCULOSE DE TODAS AS FORMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de tuberculose pulmonar (NTbpulm) multiplicado por 100, dividido pelo nº de tuberculose total (NTb)</li> </ul>	$\frac{NTbpulm}{NTb} \times 100$

## MATRIZ PROGRAMÁTICA - INDICADORES DE AVALIAÇÃO

### INDICADORES DE LOCALIZAÇÃO DE CASOS

INDICADORES	DESCRIÇÃO	FÓRMULA
PROPORÇÃO DE SR EXAMINADOS NA DEMANDA DA US	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de sintomáticos respiratórios investigados (NSRI) multiplicado por 100 dividido pelo nº de consultantes adultos (CA)</li> </ul>	$\frac{NSRI}{CA} \times 100$
INCIDÊNCIA DE MENINGITE TB EM MENORES DE 5 ANOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de casos de meningite tuberculosa (NMENTb) em menores de 5 anos (&lt; 5) no ano multiplicado por 100.000, dividido pela população &lt; 5 anos (p &lt; 5)</li> </ul>	$\frac{NMENTb_{< 5 \text{ anos}}}{P < 5} \times 100.000$
PROPORÇÃO DE BACILOSCOPIAS P/DIAGNÓSTICO DO TOTAL DE BACILOSCOPIAS REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de baciloscopias realizadas para diagnóstico (NBKRD) multiplicado por 100, dividido pelo total de baciloscopias realizadas (BKR)</li> </ul>	$\frac{NBKRD}{BKR} \times 100$
PROPORÇÃO DE BACILOSCOPIAS POSITIVAS ENTRE AS REALIZADAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de baciloscopias positivas (NBK+) multiplicadas por 100, dividido pelo nº total de baciloscopias realizadas (NBKR)</li> </ul>	$\frac{NBK+}{NBKR} \times 100$

### INDICADORES DE IMPACTO

INDICADORES	DESCRIÇÃO	FÓRMULA
INCIDÊNCIA DE MENINGITE TB EM < 5 ANOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nº de casos de meningite tuberculosa (NMENTb) menores de 5 anos (&lt; 5) multiplicado por 100.000 e dividido pela população &lt; 5 anos (P &lt; 5)</li> </ul>	$\frac{NMENTb}{P < 5} \times 100.000$
TENDÊNCIA DA MORTALIDADE	-	-
TENDÊNCIA DA NOTIFICAÇÃO DE CASOS POR GRUPO ETÁRIO	-	-
PREVALÊNCIA DA INFECÇÃO TUBERCULOSA	-	-

**MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES — PROCURA DE CASOS**  
**1º Método – Baseado no incremento esperado de casos.**

1. Número total de casos dos últimos 3 anos.

1996	1997	1998

2. Selecionar o maior número dos últimos 3 anos

N =
-----

3. Para encontrar o número de casos novos previstos para 1999 ( $N_{1999}$ ), multiplicar o número selecionado por 1,10 (supondo um incremento de 10% na descoberta.)

$N \times 1,10$
$N_{1999} =$

4. A previsão de casos para o ano 2.000 ( $N_{2000}$ ) será obtida multiplicando-se  $N_{1999} \times 1,10$

$N_{1999} \times 1,10$
$N_{2000} =$

5. A previsão para o ano 2.001 ( $N_{2001}$ ) será obtida multiplicando-se  $N_{2000} \times 1,10$

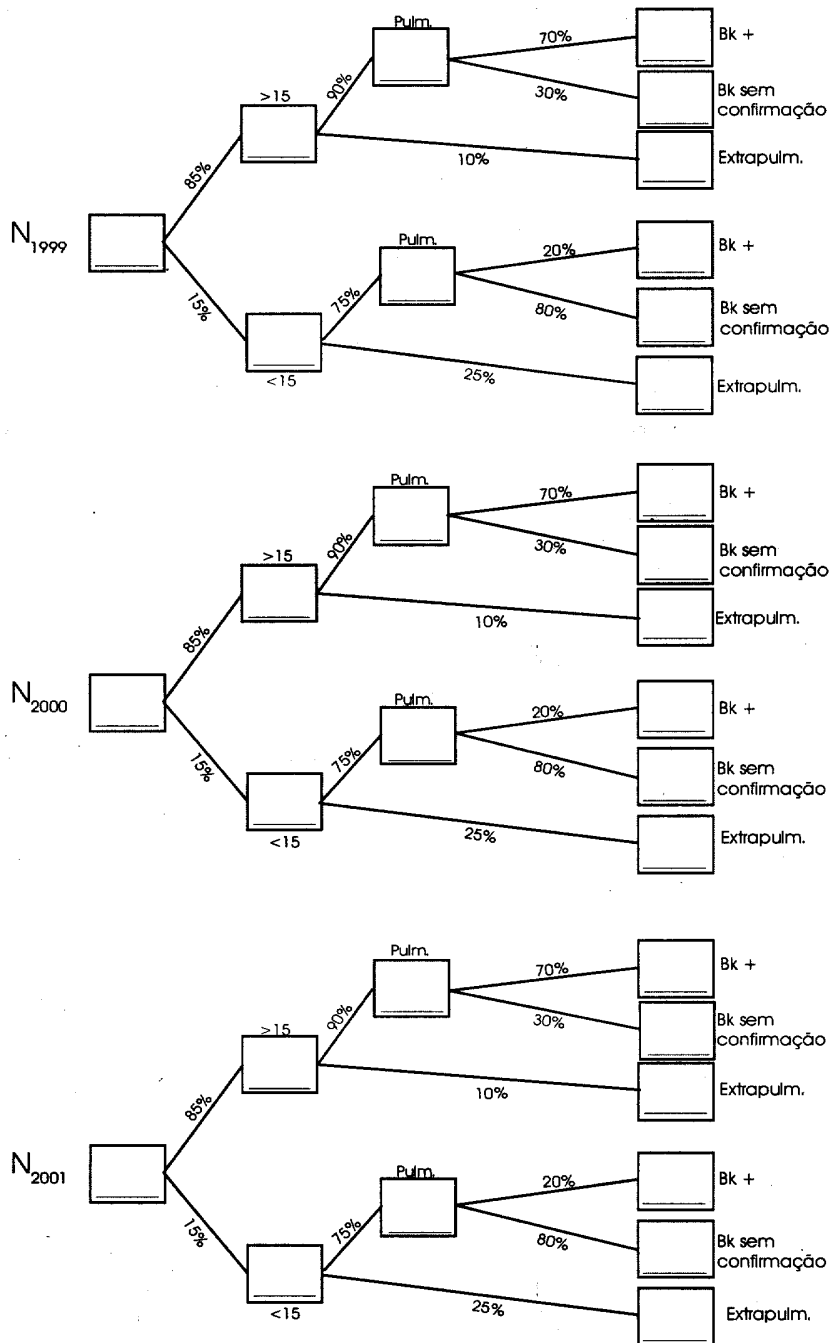
$N_{2000} \times 1,10$
$N_{2001} =$



### MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES — PROCURA DE CASOS

#### 1º Método — Baseado no incremento esperado de casos.

6. Para cada ano, a partir do total de casos estimados, preencher as árvores a seguir:



**MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES - PROCURA DE CASOS****1º Método — Baseado no incremento esperado de casos.**

7. Número de sintomáticos respiratórios (S.R) a serem examinados cada ano: Multiplicar o número total de casos com bacitoscopia positiva da cada ano por 25.

$\left( \begin{array}{l} \text{N}^\circ \text{ de casos com Bac + em maior de 15 anos somados com o} \\ \text{N}^\circ \text{ de casos com Bac + em menor de 15 anos} \end{array} \right) \times 25$	
SR <sub>1999</sub>	= ( _____ + _____ ) x 25 = _____
SR <sub>2000</sub>	= ( _____ + _____ ) x 25 = _____
SR <sub>2001</sub>	= ( _____ + _____ ) x 25 = _____

O número 25 foi utilizado supondo que o percentual de casos com baciloscopia positiva entre SR seja de 4%. Ou seja:

SR _____ com Baciloscopia +
100 _____ 4
x _____ N° casos BK +

$$X = \frac{(\text{N}^\circ \text{ casos BK +}) \times 100}{4} = (\text{N}^\circ \text{ casos BK +}) \times 25$$

8. O número de reingressantes (R) no sistema em cada ano após cura (recidiva) e após abandono corresponde, aproximadamente a 10% dos casos novos. Os reingressantes estimados para cada ano serão dados por:

N <sub>1999</sub> x 0,10	N <sub>2000</sub> x 0,10	N <sub>2001</sub> x 0,10
R <sub>1999</sub> = _____	R <sub>2000</sub> = _____	R <sub>2001</sub> = _____

9. Total (T) de casos a serem descobertos será dado por (N + R)

N <sub>1999</sub> + R <sub>1999</sub>	N <sub>2000</sub> + R <sub>2000</sub>	N <sub>2001</sub> + R <sub>2001</sub>
T <sub>1999</sub> = ____ + ____ = ____	T <sub>2000</sub> = ____ + ____ = ____	T <sub>2001</sub> = ____ + ____ = ____

## MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES - PROCURA DE CASOS

### 2º Método – Baseado no número de Sintomáticos respiratórios estimados

1. Tomar a população geral ( P ) de 1999

$P = \underline{\hspace{2cm}}$
--------------------------------

2. Número de Sintomáticos Respiratórios (SR) estimados igual a 1% da população

$P \times 0,01$
$SR = \underline{\hspace{2cm}}$

3. O número de casos com baciloscopia positiva (BK +) é igual a 4% dos sintomáticos respiratórios

$SR \times 0,04$
$BK + = \underline{\hspace{2cm}}$

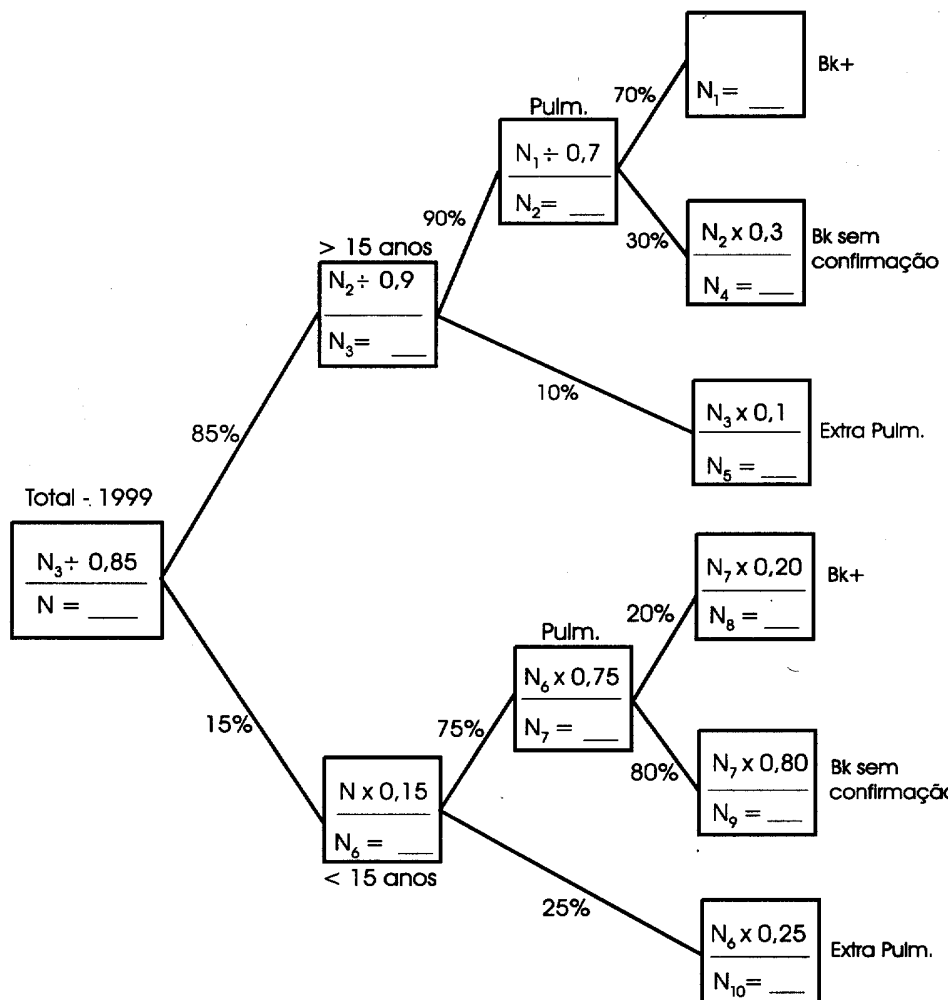
4. O número de casos com Baciloscopia positiva em maiores de 15 anos (BK + > 15) corresponde a 96% do total de casos com Baciloscopia positiva.

$BK + \times 0,96$
$BK + > 15 = \underline{\hspace{2cm}}$

Chamando-se o número de pacientes BK > 15 de N, passamos ao item 5.

**MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES - PROCURA DE CASOS****2º Método – Baseado no número de Sintomáticos respiratórios estimados**

5: Com o número de N, calculado, preencher a árvore abaixo:

Obtém-se, assim, o total de casos para o ano de 1999 ( $N_{1999}$ ).

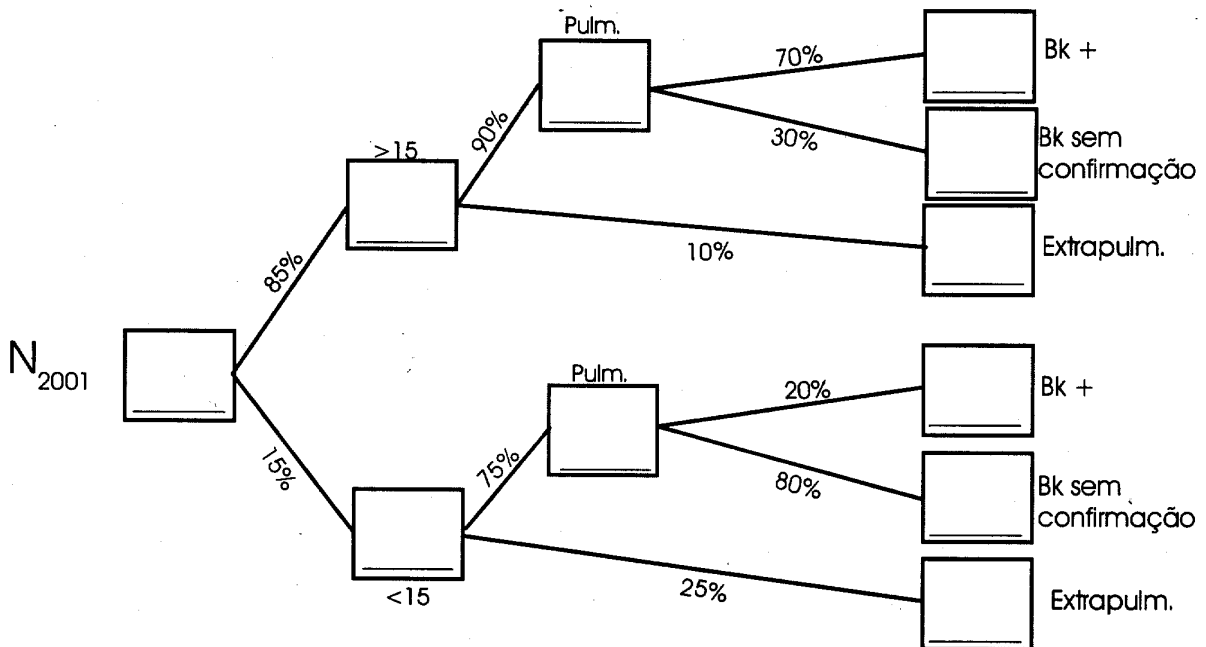
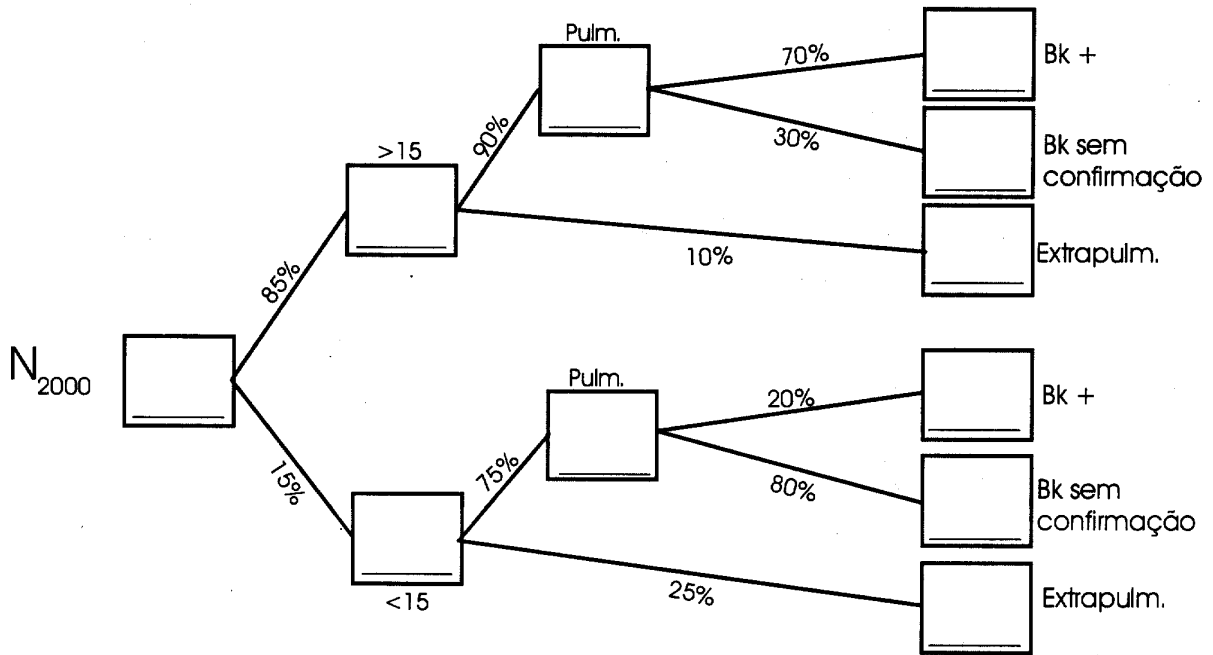
6. Os totais de casos previstos para 2000 e 2001 serão estimados supondo um incremento anual de 10%.

$N_{1999} \times 1,10$	$N_{2000} \times 1,10$
$N_{2000} = \text{---}$	$N_{2001} = \text{---}$

**MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES – PROCURA DE CASOS**

**2º Método – Baseado no número de Sintomáticos respiratórios estimados**

Preencher as árvores para os anos 2.000 e 2001.



**MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES – PROCURA DE CASOS****2º Método – Baseado no número de Sintomáticos respiratórios estimados**

7. O número de reingressantes (R) no sistema em cada ano após cura (recidivas) e/ou após abandono corresponde, aproximadamente, a 10% dos casos novos.

Os reingressantes estimados para cada ano serão dados por:

$N_{1999} \times 0,10$	$N_{2000} \times 0,10$	$N_{2001} \times 0,10$
$R_{1999} = \underline{\hspace{2cm}}$	$R_{2000} = \underline{\hspace{2cm}}$	$R_{2001} = \underline{\hspace{2cm}}$

8. Total (T) de casos a serem descobertos será dado (N+R)

$N_{1999} + R_{1999}$	$N_{2000} + R_{2000}$	$N_{2001} + R_{2001}$
$T_{1999} = \underline{\hspace{2cm}}$	$T_{2000} = \underline{\hspace{2cm}}$	$T_{2001} = \underline{\hspace{2cm}}$

### MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES

ESTADO: DE:	MUNICÍPIO	UNIDADES DE SAÚDE	ANO	
COMPONENTES E ATIVIDADES	GRUPOS ALVO DESCRIÇÃO	Nº	PARÂMETROS	META ANUAL
<b>TRATAMENTO</b>				
Supervisionado _____	Casos novos TB		_____ 55%	
Auto-administrado _____	Casos novos TB		_____ 45%	
Em hospital (ambulatório) _____	Casos novos TB		_____ 10%	
Baciloscopia de controle _____	Casos novos TBP +		_____ 6/caso	
Visita domiciliar _____	Casos novos TBP +		_____ 2/caso	
Entrevista-consulta- _____ (supervisionados) _____	Casos novos TB		_____ 42/caso	
(não supervisionados) _____			_____ 6/caso	
<b>PROTEÇÃO DOS SADIOS</b>				
Quimioprofilaxia _____	Recém-nasc.comunic.BK +		_____ 100%	
_____	Comunic. BK +, < 5 a, s/ BCG		_____ 100%	
_____	HIV+ c/PPD ≥ 5mm (vide normas)		_____ 100%	
Vacinar com BCG _____	< 1 ano		_____ 100%	
_____	0-4 anos não vacinadas.		_____ 100%	
Revacinar com BCG _____	Crianças com 6 anos		_____ 100%	
<b>SUPERVISÃO</b>				
Visita da equipe à Central Municipal _____	CS Sede distrital		_____ 1 visita/trim.	
Visita da equipe à Central Distrital _____	CS, ambulatório, PS		_____ 1 visita/trim	
<b>AVALIAÇÃO</b>				
Avaliar a procura de casos _____	US c/ procura de casos		_____ 1 aval./trim.	
Avaliar o tratamento p/coortes _____	US c/ tratamento		_____ 1 aval./trim.	
Reexaminar lâminas p/avaliar qualidade da baciloscopia _____	Baciloscopias positivas		_____ 100%	
	Baciloscopias negativas		_____ 10%	
<b>TREINAMENTO</b>				
Em controle da TB _____	Pessoal auxiliar			
_____	Pessoal nível superior			
Seminário sobre controle da TB _____	Pessoal de serv.de saúde e comunidade			
<b>INTEGRAÇÃO DE US</b>				
Implantar controle TB _____	Em Centros de Saúde		_____ 80%	
_____	Em ambulatórios		_____ 80%	
_____	(Hospitais ou Unid. Mixta)			
	Em Postos de Saúde		_____ 80%	

**MATRIZ DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES****FORMULÁRIO PADRONIZADO PARA PREVISÃO DE  
MATERIAIS E INSUMOS**

<b>ESPECIFICAÇÃO</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>NECESSIDADE</b>
Vacina BCG ID	50 doses	
Seringa descartável	Seringa	
Agulha 13 x 3,8	Agulha	
Pote plástico descartável	Pote	
Aplicador descartável	Aplicador	
Lâmina	Caixa com 50	
Sol. Fucsina Básica	Litro	
Sol. Azul de Metileno	Litro	
Sol Alcool-Ácido	Litro	
Óleo de Cedro	Frasco com 25 g	
Xilol	Frasco com 500 ml	
Tuberculina Rt 23	Frasco com 50 doses	
Esquema I 6 meses		
Esquema IR 6 meses		
Esquema II 9 meses		
Esquema III 12 meses		
Quimioprofilaxia		



# SABE POR QUE OS TÉCNICOS DA PETROBRAS CONHECEM PROFUNDAMENTE O TRABALHO QUE FAZEM?



## PORQUE ELES NUNCA ACHAM QUE SABEM TUDO.



O que existe de diferente nos técnicos da Petrobras é que eles não conseguem aguardar pela tecnologia mais avançada. Eles vão buscá-la, explorando o novo, o desconhecido, o inusitado. Para tornar o petróleo conhecido, dominado, e para que você disponha sempre do melhor produto. Assim, a Petrobras descobriu as reservas da Bacia de Campos, a centenas de metros de profundidade. Não havia no mundo tecnologia para explorar toda essa riqueza. Adivinhe o que a Petrobras fez? Investiu. Pesquisou. Desenvolveu. Inovou. Hoje, a Petrobras explora a quase dois mil metros de profundidade e domina a tecnologia em todas as áreas da indústria do petróleo. Sem limites.



**QUALIDADE SEM LIMITES. COMPROMISSO PETROBRAS.**