

# PROGRAMA SANAR

## Cadernos de Monitoramento

Volume 6  
Tuberculose



# **PROGRAMA SANAR**

## **Cadernos de Monitoramento**

**Volume 6**  
**Tuberculose**

**2014**

© 2014. **Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.**  
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é de responsabilidade da área técnica.

Série A. Normas e Manuais Técnicos  
Tiragem: 1.ª edição – 2014 – 3.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:  
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.  
Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519,  
Bonji - Recife-PE  
CEP: 50751-530  
Telefone: (81) 3184-0183/0184  
E-mail: sevspe@gmail.com  
Home page: www.saude.pe.gov.br

#### **Elaboração**

Eline Mendonça  
Karla Michele de Lima Alves  
Paula R. Luna de Araújo Jácome

#### **Revisão**

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra  
José Alexandre Menezes da Silva  
Juliana Martins B. da Silva Costa  
Ernildo Felisberto

#### **Consultoria Especializada**

Ana Cláudia Figueiró  
Isabella Samico  
Paulo Frias

#### **Capa e Diagramação**

Rafael Azevedo de Oliveira

### **Ficha Catalográfica**

---

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Cadernos de Monitoramento - Programa Sanar – Volume 6: Tuberculose / Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde.- 1. ed. - Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2014.  
20p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos)  
1. Doenças Negligenciadas. 2. Tuberculose. 3. Vigilância em Saúde. I. Título. II. Série.

---

**Governador de Pernambuco**

João Soares Lyra Neto

**Secretário Estadual de Saúde**

Ana Maria Albuquerque

**Chefe de Gabinete**

Cecília Campos

**Secretária Executiva de Coordenação Geral**

Ana Cláudia Callou

**Secretário Executivo de Vigilância em Saúde**

Eronildo Felisberto

**Secretária Executiva de Atenção à Saúde**

Ivete Buril

**Secretária Executiva de Regulação em Saúde**

Ana Lúcia Ávila

**Secretária Executiva de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde**

Cinthia Kalyne de Almeida Alves

**Secretário Executivo de Administração e Finanças**

Ednaldo Alves Moura Júnior

**Superintendência de Comunicação**

Rafael Montenegro

**Secretário Executivo de Vigilância em Saúde**

Eronildo Felisberto

**Assessoria de Gabinete SEVS**

Ana Cláudia Simões Cardoso

Ana Coelho de Albuquerque

Anna Samonne Amaral Lopes

**Assessoria de Planejamento SEVS**

Alessandro Cerqueira

**Coordenador do Programa SANAR**

José Alexandre Menezes da Silva

**Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos**

Roselene Hans Santos

**Assessoria da Diretora Geral de Controle de Doenças e Agravos**

Sílvia Cabral

**Gerência de Doenças Transmitidas por Micobactérias**

Ana Lucia Souza

**Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose**

Cândida Maria Nogueira Ribeiro

**Coordenação do Programa de Controle da Tuberculose**

Raissa Alencar

**Gerência de Prevenção e Controle das Zoonoses, Endemias e Riscos Ambientais**

Bárbara Morgana

**Coordenação de Vigilância de Chagas, Tracoma e Malária**

Gênova Azevedo

**Diretora Geral de Informações e Ações Estratégicas da Vigilância Epidemiológica**

Patrícia Ismael de Carvalho

**Diretora Geral de Promoção, Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde**

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

**Gerência de Monitoramento e Avaliação em Saúde**

Juliana Martins B. da Silva Costa

**Coordenação de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde**

Monik Silva Duarte

**Coordenação de Análise e Disseminação da Informação em Saúde**

Paula R. Luna de Araújo Jácome

**Diretor Geral do Laboratório Central de Saúde Pública - LACEN**

Ovídio Araípe

**Diretor da Agência Pernambucana de Vigilância Sanitária - APEVISA**

Jaime Brito

**Equipe SANAR**

Alessandra Tadeia Tenório Noe  
Ana Beatriz Rigueir  
Ana Virginia Matos  
Anabelle Bezerra Ferreira  
Antônio Reldismar Andrade  
Aymé Medeiros  
Cintia Michelle Godim de Brito Lima  
Dafne Borba Mendes  
Denise de Barros Bezerra  
Elaine Mendonça  
Flávia Silvestre Outtes  
Gina Cristina Freitas  
José Lancart Lima  
Juliana Maria Oliveira Cavalcanti Marinho  
Karla Michele de Lima Alves  
Kátia Sampaio Coutinho  
Ludmila Vieira Nogueira da Paixão  
Marcela Vieira  
Mária de Lourdes Ribeiro  
Mária do Livramento F. de Freitas  
Marjory Dowell de Brito Cavalcanti  
Mirella Cristina Bezerra de Melo  
Pietra Lemos Costa  
Polyana Karla Francisca da Silva  
Rafael Ferreira de França  
Rômulo Granja de Souza  
Sérgio Murilo Coelho de Andrade  
Tânia Gomes de Carvalho  
Vânia Cavalcanti

**Apoio Administrativo**

Camila Moura  
José Everaldo Bezerra Júnior  
Mária Roseni Paulino da P. Silva  
Marta Ximenes  
Ricardo Alex de Lima  
Sóstenes Marcelino da Silva Junior  
Wanessa Cristina de Souza

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>07</b>
<b>1 Monitoramento e avaliação: ferramentas essenciais para os serviços de saúde</b>	<b>09</b>
1.1 <i>Desenho do Modelo Lógico</i>	10
1.2 <i>Matriz de Monitoramento</i>	12
<b>2 Tuberculose: monitoramento das ações de controle</b>	<b>13</b>
2.1 <i>Resultados do Monitoramento das Ações de Controle da Tuberculose</i>	17
2.2 <i>Conclusões</i>	19
<b>REFERÊNCIAS CONSULTADAS</b>	<b>20</b>



## APRESENTAÇÃO

O termo Doenças Negligenciadas tem sido utilizado para se referir a um conjunto de doenças causadas por agentes infecciosos e parasitários (vírus, bactérias, protozoários e helmintos) que, embora sejam diversificadas do ponto de vista médico, possuem em comum o fato de estarem fortemente associadas à pobreza e resistirem de forma mais intensa em ecossistemas tropicais, onde tendem a coexistir. Estas não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países. Além disso, ao longo de muitos anos, essas doenças não têm recebido investimentos adequados para prevenção e controle, quer pela ausência de pesquisas ou produção de fármacos e vacinas, quer pelos reduzidos investimentos por parte dos órgãos públicos de governo. Desta forma, todos esses fatores convergem para que estas doenças afetem mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo e representem mais de 12% da carga global de doenças.

Buscando alcançar as metas do milênio no que diz respeito ao desenvolvimento global e à redução das desigualdades continentais, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu alguns temas fundamentais para a redução da magnitude das doenças transmissíveis, elegendo algumas enfermidades consideradas negligenciadas. No Brasil, estratégias para prevenção, controle e eliminação vêm sendo desenvolvidas priorizando intervenções direcionadas às populações em condições socioeconômicas menos favoráveis e ampliando o acesso aos serviços e ações de saúde em consonância com o que prevê a OMS, no Plano Mundial de Luta contra as Doenças Tropicais Negligenciadas (OMS/2008-2015). Porém, apesar desses investimentos, o país apresenta desigualdades intraurbanas importantes, com diferentes determinantes que sustentam a permanência de alguns desses problemas de saúde.

Embora o Brasil tenha alcançado êxito no controle de doenças transmissíveis, por meio dos seus programas específicos, nos últimos anos, algumas destas ainda persistem em muitas populações do país, como é o caso de Pernambuco. Assim, com o propósito de desenvolver ações direcionadas para a redução da carga e/ou eliminação dessas doenças, o Governo do Estado lançou o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – SANAR, elegendo 7 (sete) doenças a serem enfrentadas de forma mais incisiva, no período de 2011 a 2014.

Para tanto, foram consideradas as doenças negligenciadas que apresentavam as seguintes características: estarem incluídas na agenda internacional (Resolução OPAS/OMS CD 49.R19), possuírem carga que justificam a intensificação das ações de controle, possuírem intervenções tecnicamente viáveis e rentáveis, não possuírem financiamento específico (exceto tuberculose), causarem incapacidades, serem preveníveis ou eliminadas com quimioterápicos e possuírem disponibilidade de diagnóstico e tratamento na rede de saúde, a saber: esquistossomose, geo-helmintíases, tuberculose, hanseníase, doença de Chagas, filariose e tracoma.

Pernambuco, portanto, inova no sentido de ser o primeiro estado brasileiro a desenvolver uma política direcionada ao enfrentamento integrado dessas doenças, em 108 municípios definidos como prioritários. Além das ações de rotina executadas pelos programas específicos, o Programa Sanar desenvolve atividades de fortalecimento da vigilância e da atenção básica voltadas para a identificação e manejo clínico adequados de pacientes, bem como prevê a ampliação do

diagnóstico laboratorial, a melhoria do acesso ao tratamento e medicamentos e a realização de ações educativas e de mobilização social.

Em que pese a importância da formulação adequada das ações para o enfrentamento dessas doenças, outras estratégias precisam ser adotadas para conferir sustentabilidade e durabilidade. Isto só é possível mediante o envolvimento ativo dos profissionais da vigilância em saúde e da assistência, principalmente os da atenção básica, não só na compreensão do problema e na execução das ações de controle, mas, principalmente, no monitoramento das ações. Desta forma, um pensamento crítico pode ser formado a respeito dos caminhos adotados.

Considerando estes aspectos, a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde elaborou os Cadernos de Monitoramento - Programa Sanar, tendo como premissa que o monitoramento é uma atividade meio fundamental para o processo de gestão do SUS. O volume 6 do Cadernos de Monitoramento se propõe a detalhar os caminhos conceituais e operacionais tomados pela Secretaria de Saúde do estado de Pernambuco no tocante ao controle da tuberculose, por meio da participação ativa de todos os envolvidos no acompanhamento dos indicadores selecionados para que assim se pudesse aprimorar o programa em busca do objetivo primordial de sua implantação, que é a transformação na realidade de saúde das populações sob risco.

## 1 Monitoramento e avaliação: ferramentas essenciais para os serviços de saúde

O campo da avaliação em saúde é impregnado por uma diversidade de termos, conceitos e métodos que é coerente com a multiplicidade de questões consideradas pertinentes na área da saúde e com a heterogeneidade e complexidade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas. Embora haja esta diversidade conceitual e terminológica, os objetivos oficiais avaliação em saúde são bem claros: (a) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção, (b) fornecer informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer, (c) determinar os efeitos de uma intervenção ao seu final para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida, (d) utilizar os processos de avaliação como um incentivo para transformar uma situação injusta ou problemática, visando o bem estar coletivo e (e) contribuir para o progresso dos conhecimentos (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Dentro do processo avaliativo, identifica-se o monitoramento como uma atividade meio, que pode ser descrita como o **“acompanhamento continuado de compromissos** (objetivos, metas e ações), explicitados em planos, programações ou projetos, de modo a verificar se estes estão sendo executados conforme preconizado” (BRASIL, 2010). É, portanto, uma importante ferramenta de gestão, já que permite que se tire conclusões a respeito do andamento de uma ação antes que esta chegue ao fim.

Dessa forma, o monitoramento tem uma carga avaliativa, no momento em que também faz uma análise comparativa com determinado referencial, produzindo informações sistemáticas importantes para o planejamento das ações e para a realização de uma avaliação. Considera-se o monitoramento parte essencial do planejamento das ações, devendo abranger desde aspectos relacionados ao modo de execução do trabalho previsto para alcançar os objetivos da intervenção (processo) até aqueles relacionados com os resultados que se pretendem alcançar. A avaliação, por sua vez, responde a questões avaliativas a partir de hipóteses geradas no monitoramento sobre as diferenças observadas entre o que é de fato realizado e as normas preconizadas para a sua execução.

É importante demarcar que um Programa de Saúde representa um sistema organizado de ação que visa, dentro de um determinado contexto e período de tempo, modificar o curso provável de um fenômeno, a fim de atuar sobre uma situação problemática, sendo por isso, categorizado como intervenção na área de saúde e que, por isso, é passível de ser monitorado e avaliado (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Neste sentido, torna-se imprescindível a disseminação do entendimento sobre a avaliação/monitoramento em saúde, por meio do desenvolvimento da capacidade técnica dos envolvidos no programa, uma vez que somente se apropriando de seus conceitos, práticas, meios e objetivos, pode-se fazer uso do seu desígnio principal de modificar em tempo oportuno as práticas profissionais no sentido de decidir sobre a conveniência de mantê-las, interrompê-las ou modificá-las em busca dos resultados almejados. O efetivo envolvimento e participação (compreensão → consciência crítica → atitudes) de todos no processo de monitoramento contribui com a superação da concepção de que o processo de monitoramento se encerra no simples registro dos dados nos sistemas de informação e seu envio periódico e acrífico às instâncias superiores.

Para se proceder ao monitoramento e avaliação de programas de saúde se faz necessário conhecer bem seus objetivos, metas e público-alvo, assim como seus componentes, atividades a serem realizadas, e os produtos e resultados que se espera obter com a realização das atividades propostas pelo programa. A elucidação dessas questões básicas referentes ao programa que se pretende monitorar/avaliar pode ser realizado por meio do desenho de um diagrama de funcionamento do programa, que envolve uma cadeia de eventos lógicos desde os componentes até os resultados esperados. Este diagrama é denominado de Modelo Lógico, e será descrito adiante.

### 1.1 Desenho do Modelo Lógico

Antes de partir para a compreensão do conceito de Modelo Lógico, faz-se necessário conhecer as significações individuais de cada termo. Define-se modelo como aquilo que serve de objeto de imitação, e lógica como a organização coerente e estruturada do pensamento (ordenação do raciocínio). Portanto, o Modelo Lógico pode ser definido como um "esquema visual que expõe o funcionamento do programa e fornece uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos - estrutura, processos e resultados" (MCLAUGHIN e JORDAN, 1999; ROWAN, 2000).

O Modelo Lógico é, portanto, uma ferramenta que permite a visualização clara, concisa e direta de tudo aquilo que é preciso existir em termos de estrutura (recursos materiais, equipe de trabalho – o que é mais estático) e atividades/processos (o que o trabalhador deve realizar – o que é dinâmico) e como eles se combinam para conseguir os objetivos pretendidos que são os resultados a serem alcançados.

Em termos de utilidade, permite que todos os envolvidos tenham uma visão homogênea e completa de como deve funcionar um programa de controle evitando equívocos e, conseqüentemente, reduzindo a perda de tempo dos envolvidos em torno do objetivo pretendido. Entender o Modelo Lógico de um programa é compreendê-lo como um todo.

O modelo lógico conta com os seguintes elementos:

- **Componentes:** são palavras-chaves que podem ser apreendidas dos objetivos específicos do programa. Também podem ser definidos após o elenco das atividades do programa e posterior agregação das atividades afins. O número de componentes vai depender da extensão e complexidade do programa e de quão claro eles ficarão dispostos no modelo lógico.
- **Atividades:** são os meios utilizados para alcançar os resultados esperados. Todas as ações que são e devem ser realizadas pelo programa.
- **Recursos:** volume e estruturação dos diferentes recursos mobilizados – financeiros, humanos, técnicos e informacionais.
- **Produtos:** estão diretamente relacionados com as atividades, ou seja, cada atividade tem sua consequência imediata.
- **Resultados:** são as mudanças que o programa pretende proporcionar.

O Modelo Lógico resumido do Sanar está explicitado na Figura 1. Nele é possível verificar os componentes do programa transversais às sete doenças; as atividades a serem realizadas de forma geral; os resultados esperados e o impacto, considerando a plausibilidade entre cada um desses elementos.



Depois de construído o Modelo Lógico é possível e necessário fazer uma seleção de perguntas sobre pontos específicos que se desejam esclarecer, o que serve para direcionar o processo avaliativo e para delimitar o que será avaliado. Portanto, só tem efeito se for realizado de forma compartilhada. Geralmente, estas perguntas são selecionadas por todos os participantes do processo.

Passada esta fase, parte-se para a resposta a estas perguntas, o que é feito mediante a definição de critérios e indicadores, em comparação com metas ou padrões pré-estabelecidos (as atividades propostas pelo programa estão acontecendo da maneira correta? Existe estrutura que dê suporte à execução das ações preteridas pelo programa? Os resultados estão sendo alcançados?). Por meio desta comparação é que se pode julgar se o programa está "funcionando" como planejado e se as mudanças na situação problemática, que se esperam como resultados da intervenção, estão acontecendo. Estes critérios e indicadores necessitam ser organizados de maneira sistemática para que sejam compreendidos por todos os envolvidos, o que é possível com a elaboração de uma matriz de monitoramento.

## 1.2 Matriz de Monitoramento

A matriz de monitoramento é uma ferramenta essencial no processo de apreensão e acompanhamento da realidade dinâmica da execução de um programa. Nela estão os critérios e indicadores, extraídos da estrutura, atividades e resultados do modelo lógico; os padrões/metras que são um valor de referência para mensuração de um fenômeno ou objeto considerado como ideal; o julgamento que será realizado e os resultados obtidos no monitoramento.

Se um indicador de estrutura (por exemplo: falta de profissionais habilitados em realização de tratamento supervisionado para tuberculose) apresenta-se problemático, isto provavelmente vai influenciar nos indicadores de resultado (por exemplo: maior abandono de tratamento). A compreensão da matriz é, portanto, imprescindível ao processo de monitoramento, e deve fazer parte do dia-a-dia dos técnicos que trabalham com o controle das doenças negligenciadas.

No caso do Programa Sanar, para cada uma das doenças negligenciadas foi elaborado um modelo lógico com sua respectiva matriz de monitoramento, já que existe um grupo específico de ações programáticas previstas para o controle de cada doença em questão. No entanto, todos os modelos e matrizes têm uma mesma raiz, que é o modelo lógico do programa e, por isso, todos eles possuem os cinco componentes-base desse modelo.

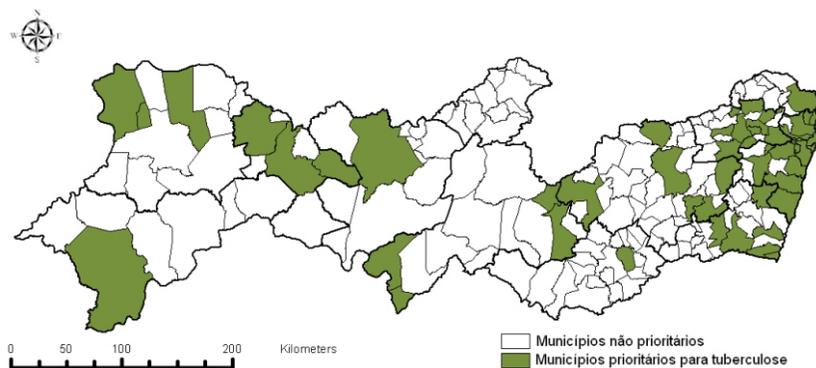
## 2 Tuberculose: monitoramento das ações de controle

A tuberculose é uma doença infectocontagiosa crônica, causada pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis* (bacilo de Koch), que tem como fatores determinantes e condicionantes as precárias condições de renda, habitação, educação e saúde. É considerada pela Organização das Nações Unidas como um dos maiores problemas de saúde no mundo, por isso o seu controle foi incluído entre os dez Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

No ano de 2012, o Brasil ocupou a posição 17 do ranking mundial em número de casos, com cerca de 70.000 (setenta mil) casos novos de tuberculose notificados, representando uma taxa de incidência de 36,7/100.000 habitantes. No mesmo ano, Pernambuco apresentou uma incidência de tuberculose de 49,6/100 mil habitantes ficando 3º lugar em taxa da doença e 2º lugar em mortalidade no país.

Considerando este cenário epidemiológico, o Programa Sanar elencou 50 municípios prioritários para intervenção (Figura 2), a partir da análise dos coeficientes de detecção de casos, de mortalidade e do índice de abandono do tratamento, no período de 2007 a 2009.

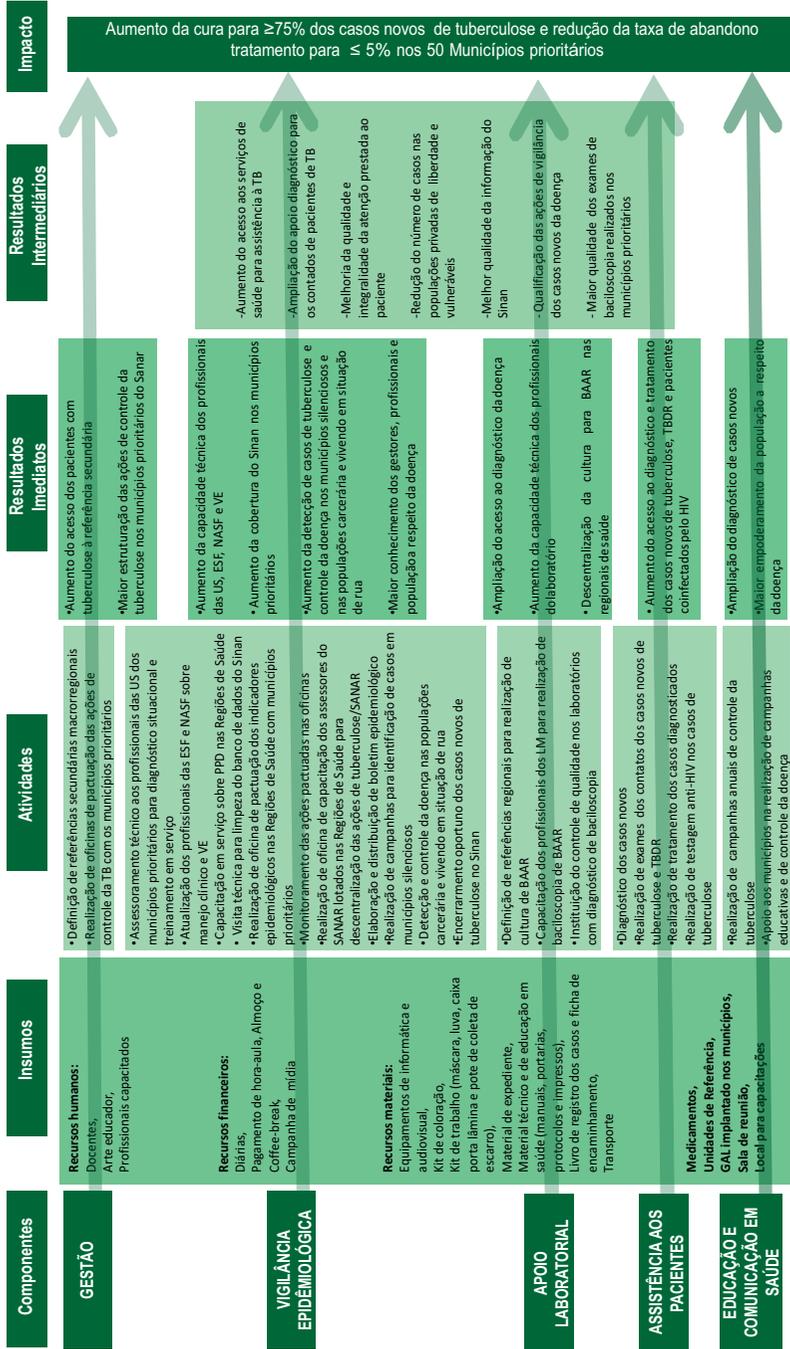
**Figura 2** - Distribuição espacial dos municípios prioritários para tuberculose.



Com o objetivo de alcançar um percentual de cura  $\geq 75\%$  dos casos novos e reduzir o percentual de abandono do tratamento para  $\leq 5\%$  nestes municípios, o Programa Sanar delineou ações estratégicas para o enfrentamento da tuberculose, dispostas na figura 3.

Para o monitoramento do Programa foi construída a Matriz de Monitoramento dessas ações, com os resultados obtidos até o ano de 2013 (Quadro 1).

Figura 3 - Modelo lógico das ações de controle da Tuberculose do programa Sanar, 2011-2014.



Legenda: TB (tuberculose), TBDR (Tuberculose Multidrogas Resistente), PPD (Prova Tuberculínica - PPD), US (Unidades de Saúde), ESF (Estratégia de Saúde da Família), NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), VE (Vigilância Epidemiológica), Sinan (Sistema de Informações de Agravos de Notificação), LM (Laboratórios Municipais), PCT (Programa de Controle da Tuberculose)

**Quadro 1:** Matriz de monitoramento das ações de controle da Tuberculose. Programa Sanar, 2013

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO	RESULTADO	
PROCESSO	GESTÃO	Nº de Regiões de Saúde com município prioritário que realizaram oficinas de monitoramento dos indicadores epidemiológicos	11 Regiões de Saúde	VERDE: 11 Regiões de Saúde AMARELA: 6 - 10 Regiões de Saúde VERMELHO: <6 Regiões de Saúde	11	
		Nº dos municípios prioritários que participaram da oficina monitoramento dos indicadores epidemiológicos	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	35	
		Nº de municípios prioritários que participaram das oficinas de pactuação das ações do Sanar	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	50	
	VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Capacitação de assessores do Sanar lotados nas Regiões de Saúde	Nº de assessores do Sanar lotados nas Regiões de Saúde com municípios prioritários capacitados para descentralização das ações de tuberculose	11 assessores capacitados	VERDE: 11 assessores capacitados AMARELA: 6 - 10 assessores capacitados VERMELHO: <6 assessores capacitados	11
		Realização de ações de tuberculose nas unidades prisionais localizadas em municípios prioritários	Nº de unidades prisionais localizadas em municípios prioritários que realizaram ações de tuberculose (diagnóstico situacional, e/ou visita de assessoramento e monitoramento, e/ou mutirões e/ou ações de controle)	18 unidades prisionais	VERDE: 18 unidades prisionais AMARELA: 9 - 17 unidades prisionais VERMELHO: <9 unidades prisionais	18
		Realização de diagnóstico situacional e treinamento em serviço	Nº de municípios prioritários com visitas técnicas realizadas (diagnóstico situacional e treinamento em serviço) nas unidades de saúde	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	50
		Limpeza do banco de dados do Sinan	Nº de municípios prioritários com visitas técnicas para limpeza do banco de dados do Sinan	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	50
		Monitoramento das ações pactuadas nas oficinas	Nº de municípios prioritários monitorados em relação as ações pactuadas nas oficinas	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	50
		Qualificação do diagnóstico da doença	Nº de municípios prioritários capacitados para a realização de Prova Tuberculínica - PPD	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	42
Nº de municípios prioritários que realizam Prova Tuberculínica - PPD	50 municípios prioritários		VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	26		
Encerramento oportuno dos casos novos de tuberculose	Nº de municípios prioritários encerrando oportunamente ≥95% dos casos novos de tuberculose	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	23		

Desempenho satisfatório
  Desempenho regular
  Desempenho insatisfatório

**Quadro 1 (Continuação):** Matriz de monitoramento das ações de controle da Tuberculose. Programa Sanar, 2013

DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	JULGAMENTO	RESULTADO	
PROCESSO	APORTE LABORATORIAL	Nº de Regiões de Saúde com municípios prioritários com cultura de BAAR implantada	11 Regiões de Saúde	VERDE: 11 Regiões de Saúde AMARELA: 6 - 10 Regiões de Saúde VERMELHO: <6 Regiões de Saúde	4	
		Descentralização do diagnóstico laboratorial para municípios prioritários	Nº de municípios prioritários com garantia de acesso à baciloscopia para BAAR	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	50
			Nº de municípios prioritários com envio das lâminas para o controle de qualidade dos exames de baciloscopia para tuberculose	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	12
			Nº de municípios prioritários que realizam testagem anti-HIV em ≥75% dos casos de novos de tuberculose	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	12
	ASSISTÊNCIA	Definição de referências secundárias macrorregionais	Nº de referências secundárias Macrorregionais definidas	4 referências definidas	VERDE: 4 referências definidas AMARELO: 3 - 2 referências definidas VERMELHO: <2 referências definidas	0
			Intensificação do diagnóstico de casos novos de tuberculose	% de municípios prioritários que tiveram casos de TBDR com contatos examinados	100% dos municípios prioritários com casos de TBDR	VERDE: 80% - 100% dos municípios prioritários com casos de TBDR AMARELA: 40% - 79,9% dos municípios prioritários com casos de TBDR VERMELHO: <40% dos municípios prioritários com casos de TBDR
		Nº de municípios prioritários examinando ≥70% dos contatos dentre os casos diagnosticados de tuberculose pulmonar bacilífero		50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	22
		Nº de municípios prioritários diagnosticando ≥70% dos casos novos dentre os esperados		50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	31
		EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	Elaboração e encaminhamento de boletins de vigilância da doença	Nº de Boletins elaborados e encaminhados aos municípios para os municípios prioritários	2 boletins elaborados	VERDE: 2 boletins elaborados AMARELO: 1 boletim elaborado VERMELHO: 0 boletim elaborado
	Realização de campanhas para diagnóstico		Nº de campanhas estaduais realizada para intensificação de diagnóstico	2 campanhas realizadas	VERDE: 2 campanhas realizadas AMARELO: 1 campanha realizada VERMELHO: 0 campanha realizada	1
	RESULTADO	FINAIS	Taxa de abandono do tratamento	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários	25
			Curas dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero diagnosticados	Nº de municípios prioritários com cura ≥75% dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero diagnosticados	50 municípios prioritários	VERDE: 40 - 50 municípios prioritários AMARELA: 25 - 39 municípios prioritários VERMELHO: <25 municípios prioritários

Desempenho satisfatório
  Desempenho regular
  Desempenho insatisfatório

## 2.1 Resultados do Monitoramento das Ações de Controle da Tuberculose

Dos 23 (vinte e três) indicadores de tuberculose monitorados pelo Sanar, 9 (nove) apresentaram desempenho satisfatório, 7 (sete) regular e 7 (sete) insatisfatório (Quadro 1). Este resultado reflete o desafio de se trabalhar com uma doença de transmissão rápida e tratamento longo. No entanto, ressalta-se que as ações ainda estão em andamento e continuamente se observa melhorias nos indicadores em função da estratégia prioritária implantada.

Os indicadores que avançaram mais rapidamente foram: "Nº de municípios prioritários com visitas técnicas para limpeza do banco de dados do Sinar", realizada nos 50 (cinquenta) municípios prioritários para tuberculose, promovendo a melhoria da informação da doença e aumento da consistência do banco, com a remoção de duplicidade e preenchimento de variáveis ignoradas (completude); e "Nº de unidades prisionais localizadas em municípios prioritários que realizaram ações de tuberculose (diagnóstico situacional, e/ou visita de assessoramento e monitoramento, e/ou mutirões e/ou ações de controle)", cujo resultado foram 18 (dezoito) unidades prisionais (UP) trabalhadas, o que representa 100% das UP situadas nos municípios prioritários para a doença. Esta atividade resultou em um aumento da taxa de detecção e adesão ao tratamento da tuberculose nas unidades em questão (Quadro 1).

Outro indicador com desempenho máximo alcançado foi o "Nº de municípios prioritários com visitas técnicas realizadas (diagnóstico situacional e treinamento em serviço) nas unidades de saúde", considerada a principal estratégia do Sanar no controle da tuberculose, uma vez que permitiu mapear os principais pontos críticos envolvidos na assistência integral ao portador de tuberculose e reorientar o processo de trabalho dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF).

No que diz respeito aos indicadores de resultado, o "Nº de municípios prioritários com taxa de abandono do tratamento  $\leq$  5% dos casos novos", obteve um desempenho regular, e o "Nº de municípios prioritários com cura  $\geq$  75% dos casos novos de tuberculose pulmonar bacilífero diagnosticados", com desempenho insatisfatório. Estes desempenhos estão relacionados a múltiplos fatores entre eles: necessidade de integração intra e intersetorial na definição de estratégias prioritárias de assistência e vigilância; melhorar a vigilância dos casos e contatos de forma oportuna; maior envolvimento e responsabilização multiprofissional no cuidado individual e coletivo de pessoas com tuberculose e a necessidade de uma política clara e bem estabelecida na agenda municipal.

Os resultados detalhados por município encontram-se descritos no quadro 2. Observa-se que um total de treze municípios alcançou desempenho satisfatório nos dois indicadores de resultado, e destes, merece destaque os municípios Araripina, Bodocó, Chã de Alegria, Escada, Lagoa do Carro e Limoeiro, os quais obtiveram resultado máximo alcançado (0,0% de abandono do tratamento e 100,0% de cura dos casos novos de tuberculose).

**Quadro 2** – Percentuais de abandono do tratamento e de cura dos casos novos de tuberculose, após a intervenção. Programa Sanar, 2013.

Municípios Prioritários	% abandono do tratamento	% de cura dos casos novos
Abreu e Lima	9,0	64,7
Água Preta	6,7	88,9
Arapirina	7,7	100,0
Arcoverde	0,0	59,1
Barreiros	0,0	85,7
Bodocó	0,0	100,0
Bonito	0,0	66,7
Cabo de Santo Agostinho	7,1	80,6
Camaragibe	4,3	55,2
Carpina	31,0	42,1
Caruaru	6,9	73,6
Chã de Alegria	0,0	100,0
Escada	0,0	76,9
Feira Nova	0,0	40,0
Goiana	8,3	75,0
Gravatá	4,8	71,4
Igarassu	8,0	79,2
Ipojuca	10,8	52,4
Itamaracá	4,4	81,3
Itapissuma	1,3	72,1
Jaboatão dos Guararapes	12,3	62,6
Jatobá	0,0	100,0
João Alfredo	0,0	100,0
Lagoa do Carro	0,0	50,0
Limoeiro	2,0	74,3
Machados	0,0	0,0
Mirandiba	100,0	0,0
Nazaré da Mata	0,0	75,0
Olinda	10,9	71,7
Palmares	2,8	66,7
Passira	0,0	83,3
Paudalho	4,3	58,3
Paulista	9,9	72,9
Pedra	20,0	60,0
Pesqueira	5,3	66,7
Petrolândia	0,0	83,3
Petrolina	13,2	61,5
Recife	14,4	54,7
Rio Formoso	23,1	62,5
Salgueiro	4,8	83,3
São João	25,0	100,0
São Joaquim do Monte	0,0	0,0
São José da Coroa Grande	20,0	50,0
São Lourenço da Mata	8,0	75,0
Serra Talhada	3,8	71,4
Serrita	0,0	100,0
Taquaritinga do Norte	0,0	0,0
Trindade	22,2	62,5
Vicência	0,0	100,0
Vitória de Santo Antão	11,1	77,3

**PARÂMETROS:**

## Abandono



≤5,0%



5,1%-10,0%



&gt; 10,0%



Sem casos notificados

## Cura



≥75,0%



65,1%-74,9%



50,1%-65,0%



≤ 50,0%



Sem casos notificados

### 3 Conclusões

Visando a qualificação da assistência aos portadores de tuberculose, o Sanar traçou ações estratégicas de integração da vigilância em saúde com a atenção básica. Para tanto, o pilar de intervenção foi o assessoramento técnico aos profissionais das ESF/vigilância epidemiológica dos municípios. Realizado após o diagnóstico situacional das unidades de saúde da família (USF), permitiu identificar e promover evolução de diferentes limitações dos profissionais quanto ao atendimento aos portadores dessa doença, reorientando o processo de trabalho dos profissionais das ESF.

Na sequência, foram realizadas as oficinas para pactuação das necessidades observadas durante o assessoramento. Estas oficinas envolvem os gestores e técnicos, estaduais e municipais e tem possibilitado uma aproximação da equipe técnica com a gestão e sobretudo importantes momentos de discussão e encaminhamentos concretos de resolução para os principais problemas que impactam no funcionamento das atividades de vigilância e controle da doença.

Mudanças positivas nas práticas de trabalho têm mostrado bons resultados em alguns indicadores de processo, no que diz respeito ao combate à doença, a exemplo do aumento de pacientes suspeitos de tuberculose com teste para HIV realizado, baciloscopia de controle dos portadores da doença, incentivo a busca ativa de sintomáticos respiratórios e atividades de promoção à saúde, intensificação do acompanhamento dos pacientes através do tratamento diretamente observado (TDO), entre outros. Entretanto, há uma necessidade clara de maior resolutividade na atenção básica, em relação às condições crônicas de forma geral, incluindo a assistência aos pacientes com tuberculose.

Contudo, ainda permanecem alguns importantes desafios em relação às questões que dependem da gestão, como apoio logístico e estrutural para desenvolvimento das ações, que mostraram pouca mudança sugerindo que para a continuidade e sustentabilidade das ações integradas no enfrentamento da tuberculose e hanseníase necessitam de maior priorização e compromisso pelos gestores.

Há ainda uma aspecto importante a ser considerado na análise dos indicadores operacionais relacionado à qualidade dos dados disponíveis no SINAN que frequentemente não tem permitido uma análise clara sobre os indicadores como (cura e abandono) haja visto a frequência importante de dados não confiáveis ou não atualizados no sistema.

Assim, entendendo que o monitoramento é uma atividade fundamental ao processo de gestão do SUS, uma vez que possibilita a mudança ou a manutenção das estratégias adotadas, com foco no alcance dos resultados esperados, o Programa Sanar tem se beneficiado deste processo e atuado nos rumos das ações, de modo a garantir o alcance dos resultados. Para tanto, é de fundamental importância que o desenho do sistema de monitoramento dos programas seja parte integrante do planejamento das suas ações, devendo contemplar os aspectos nucleares da execução do trabalho previstos para alcançar os objetivos da intervenção.

## REFERÊNCIAS CONSULTADAS

Brasil. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva** - Monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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

Champagne F; Brousselle, A; Hartz, ZMA; Contandriopoulos, AP. Modelizar as intervenções. In: Brousselle, A et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

Contandriopoulos, AP et al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-48

McLaughlin JA, Jordan GB. Logic models: A tool for telling your program's performance story. **Evaluation and Program Planning**. v. 22, n.1, 1999.

OPAS. OMS. Resolução CD49.R19 (Port.) de 2 de outubro de 2009. **Eliminação de doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza**. 49º Reunião do Conselho Diretor – 61ª Sessão do Comitê Regional, Washington, D.C., EUA, 28 de setembro a 2 de outubro de 2009.

Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. SANAR: Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas – Pernambuco 2001-2014. Recife, 2013.

Rowan MS. Logic models in primary care reform: Navigating the evaluation. **Canadian Journal of Program Evaluation**, 15(2), 2000.



