

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica

SIMONE SANTOS BEZERRA

**Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose por
Pacientes e Profissionais do Recife e Propostas de Melhoria
por Especialistas: Desafios e Perspectivas**

Recife

2017

SIMONE SANTOS BEZERRA

**Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose por
Pacientes e Profissionais do Recife e Propostas de
Melhoria por Especialistas: Desafios e Perspectivas**

**Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Inovação
Terapêutica da Universidade Federal de
Pernambuco, para a obtenção do Título de
Doutor em Inovação Terapêutica**

**Orientador: Prof. Dr. José Lamartine Soares
Sobrinho**

Co-orientadora: Profa. Dra. Mara Pereira Guerreiro

Recife

2017

Catálogo na fonte

Elaine Barroso

CRB 1728

Bezerra, Simone Santos

Avaliação do Programa de controle da tuberculose por pacientes e profissionais do Recife e propostas de melhoria por especialistas: desafios e perspectivas / Simone Santos Bezerra-Recife: O Autor, 2017.

260 folhas: il., fig., tab.

Orientador: José Lamartine Soares Sobrinho

Coorientadora: Mara Pereira Guerreiro

Tese (doutorado) ĩ Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Biociências. Inovação Terapêutica, 2017.

Inclui referências, apêndices e anexos

1. Tuberculose 2. Saúde pública 3. Recife (PE) I. Soares Sobrinho, José Lamartine (orientador) II. Guerreiro, Mara Pereira (coorientadora) III. Título

616.995

CDD (22.ed.)

UFPE/CB-2017-243

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica

REITOR

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

VICE-REITOR

Profa. Dra. Florisbela de Arruda Camara e Siqueira Campos

PRÓ-REITOR PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto

DIRETORA DO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOCÊNCIAS

Profa. Dra. Maria Eduarda Lacerda de Larrazábal da Silva

VICE- DIRETORA DO CENTRO DE BIOCÊNCIAS

Profa. Dra. Oliane Maria Correia Magalhães

COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA

Profa. Dra. Máira Galdino da Rocha Pitta

VICE- COORDENADOR DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INOVAÇÃO TERAPÊUTICA

Prof. Dr. Luiz Alberto Lira Soares

FOLHA DE APROVAÇÃO

BEZERRA, Simone Santos

Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose por Pacientes e Profissionais do Recife e Propostas de Melhoria por Especialistas: Desafios e Perspectivas

Tese apresentada à Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) para obtenção do título Doutor em Inovação Terapêutica

Aprovada em: 23/02/2017

Banca Examinadora

Prof. Dr. Moacyr Jesus Barreto de Melo Rêgo

Instituição: Departamento de Bioquímica- UFPE

Assinatura: _____

Prof(a). Dra. Leila Bastos Leal

Instituição: Departamento de Ciências Farmacêuticas- UFPE

Assinatura: _____

Prof(a). Dra. Adriana Falangola Benjamin Bezerra

Instituição: Departamento de Medicina Social- UFPE

Assinatura: _____

Prof. Dr. Moab Duarte Acioli

Instituição: Universidade Católica de Pernambuco, Recife-PE

Assinatura: _____

Prof(a). Dra. Daniela Silva Aquino

Instituição: Universidade Maurício de Nassau, Recife-PE

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Primeiro dedico à Professora Suely Lins, que Deus a guarde: foi ela a mãe do trabalho. Dedico também ao professor Lamartine e à Professora Mara, que me guiaram nesse longo caminho sem atropalho ou alarde.

Dedico a meus pais, à minha irmã, a minha família. Sem o amor deles eu nada seria; para começo de conversa: eu nem existiria!

Dedico esse trabalho
A meu esposo Rodrigo,
O meu anjo vigilante,
Toda hora, todo dia...
Quem me animou e deu força,
Servindo de companhia.

Dedico a D. Helena, minha
vovó, que partiu para outra vida. E
muita saudade deixou.
Dedico a meu vovô Menezes, que na
minha escola de vida tem sido um
grande professor...

Dedico aos amigos Helena e Tiago,
e demais colegas do
Doutorado, companheiros de
história, que partilham comigo essa
glória. Vocês estarão sempre
presentes no meu coração e
memória.

E se deixei de falar de alguém
importante, me perdoem a omissão;
não pensem que foi pouco caso. A
culpa é certamente da falta de uma
rima ou do excesso de emoção.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho hoje finalizado foi fruto de um esforço coletivo. Ele nasceu e cresceu a partir das muitas contribuições que recolhi durante minha carreira profissional, acadêmica e como cidadã, ao lidar com pessoas e instituições que foram fundamentais nesse processo. Sei que sem a ajuda, por exemplo, do meu companheiro e amor da minha vida, Rodrigo, e de minhas estagiárias guerreiras Nathany, Mirela e Maria Gabriela, nada disso teria acontecido. Entre as instituições, dirijo um agradecimento especial ao Hospital Universitário Oswaldo Cruz e à Prefeitura do Recife por terem proporcionado esses anos todos de aprendizado. Acrescento ainda a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, por ter me acolhido e proporcionado uma experiência tão rica.

À Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Pernambuco pela anuência para que o meu trabalho pudesse ser executado. Aos profissionais e pacientes da atenção básica, da referência secundária e terciária para tuberculose, muito obrigada pela disponibilidade em dedicar seu tempo à realização das entrevistas.

Consciente de que é impossível listar todos que de uma forma ou de outra me acrescentaram conhecimentos e experiências essenciais à minha formação, não posso deixar de agradecer por ter convivido e aprendido com pessoas como os Professores Suely Lins Galdino, Divaldo Lyra Jr., César Augusto Andrade, Gisélia Alves e como meus amigos Farmacêuticos do Hospital Oswaldo Cruz, em especial Edmilson Alves, Luciane Costa, Bruno Santos e Eduardo Cardoso. Aos chefes e colegas dos dois trabalhos, um agradecimento específico por terem permitido minhas ãugasò para que eu pudesse construir esse projeto.

Meu agradecimento carinhoso ao Professor José Lamartine Soares e à Professora Mara Guerreiro, pela confiança, acolhimento e dedicação a este trabalho. Tenho muita admiração por vocês.

Preciso homenagear, ainda, os meus outros amigos queridos que de uma forma ou de outra contribuíram com seu estímulo para que eu prosseguisse caminhando. Em nome de Ladjane Duarte, Simone Peres, Helena Silva Neta, Tiago Rafael, Roseane Ribeiro, agradeço e homenageio a todos.

Enquanto à Universidade, tenho que agradecer a Paulo Germano, funcionário da Pós-Graduação em Inovação Terapêutica (PPGIT/UFPE), pela paciência e atenção. Aos colegas do PPGIT, quero agradecer também, principalmente pelo ambiente acadêmico arejado e aberto ao pensamento crítico e ao debate de ideias.

Quase por último, e obviamente não em ordem de importância, jamais poderia deixar de agradecer, agradecer e agradecer a minha família, com certeza pilar de mais essa conquista. Aos meus pais, Ignez e Armando, e avós, Helena e Menezes, que por uma vida de dedicação, amor imenso e muito trabalho sempre buscaram dar a mim e a minha irmã Suely a oportunidade de realizar nossos sonhos. Agradeço a minha irmã Suely, meu exemplo de competência. Obrigada também a Dinda, por todos os ensinamentos.

Finalmente, meu agradecimento maior a Deus, pelos dons da vida e da saúde, e por tantas bênçãos diárias.

~Pertence à fase heróica da tuberculose. Foi através dela que construí minha poesia. Não fiz versos por ser poeta.~

Manuel Bandeira

~Como resultado do tratamento medicamentoso ou pelo serviço de saúde ter passado a ser muito mais importante que a cura, óbito, abandono é saber qual é:

grau reinserção social do tuberculoso já tratado;

grau de satisfação, contentamento almejado e alcançado;

grau de potencialidade desenvolvida pós tratamento.

Finalmente, investigar com muita sabedoria como vivendo está o ex paciente: tristeza ou alegria?~

ANTONIO RUFFINO NETTO

12-03-2007

RESUMO

BEZERRA, S.S. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose por Pacientes e Profissionais do Recife e Propostas de Melhoria por Especialistas: Desafios e Perspectivas. 2017. 271f. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil.

No Brasil, a tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública, com profundas raízes sociais. O presente estudo objetivou propor ações consensuais de melhoria da qualidade para o Programa Controle da Tuberculose em Pernambuco (PECT), com base em avaliação de indicadores. A população pesquisada consistiu de pacientes em tratamento ambulatorial de tuberculose, atendidos nos três níveis de complexidade da rede SUS em Recife, além de profissionais envolvidos com pacientes do programa e gestores locais. A metodologia proposta consistiu de três etapas, denominadas A, B e C. A amostragem foi diferente para cada etapa. A Etapa A consistiu de: avaliação do perfil socioeconômico dos pacientes e levantamento de dados clínicos, com base em dados do SINAN (Sistema Nacional de Agravos de Notificação); obtenção de perfis de cura e abandono através relatórios dos sistemas de gerenciamento estoque das farmácias; avaliação das ações desenvolvidas no PECT por pacientes, profissionais de saúde e gestores locais, através de entrevistas e questionários. A etapa B consistiu em apresentação dos resultados da etapa A e realização de avaliação de indicadores em uma oficina com gestores e profissionais da assistência. A etapa C consistiu em propostas de ações de melhoria para o PECT, por especialistas locais em tuberculose, com base na avaliação de indicadores da etapa B seguida de validação destas propostas, através do método Delphi. Com respeito ao perfil dos pacientes, a maioria dos era do sexo masculino (70%), com idade entre 20 e 49 anos (60,5%) e baixo nível de escolaridade (46%). A apresentação clínica mais comum foi a TB pulmonar. A maioria das entradas no SINAN foi de casos novos. Taxas observadas para recorrência e retorno após abandono foram respectivamente 5,9% e 10,9%. Com relação ao teste de HIV, 37,27% dos

pacientes eram soronegativos e 33,3% não tinha realizado o teste. Com relação ao perfil de cura/alta e abandono, os valores percentuais obtidos foram inferiores às metas preconizadas pelo Ministério da Saúde. As ações do PECT foram consideradas insatisfatórias por aproximadamente 75% dos pacientes entrevistados. Nos questionários a profissionais obtiveram-se pontuações inferiores a 60% para todas as categorias avaliadas, tendo-se estabelecido como favoráveis pontuações finais iguais ou superiores a 50%. Como resultado do painel Delphi, oitenta e nove ações de melhoria foram propostas para o PECT, com um alto grau de consenso. Dez das ações consensuais atingiram simultaneamente a pontuação mais alta para relevância e viabilidade, por exemplo: "Conduzir treinamento para profissionais de saúde visando oferecer informações sobre TB e seu tratamento aos pacientes, durante visitas domiciliares e busca ativa de sintomáticos respiratórios" e "implementar educação em grupo sobre TB e seu tratamento por equipes multidisciplinares, para os membros da comunidade em geral ". Os resultados reforçam que o funcionamento do PECT necessita de mais atenção por parte dos gestores da vigilância epidemiológica e da atenção básica. As propostas obtidas no painel Delphi certamente contribuirão para melhorar a qualidade de atendimento aos pacientes, uma vez aprovadas por formuladores de políticas locais e gerentes do programa e bem conduzidas pela equipe assistencial.

Palavras-chave: Tuberculose; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde; Técnica Delfos

ABSTRACT

BEZERRA, S.S. Tuberculosis Control Program Evaluation by Patients and Professionals of Recife and Expert Improvement Proposals: Challenges and Perspectives. 2017. 271f. Thesis (Doctorate). Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil.

In Brazil, tuberculosis (TB) is a serious public health problem with deep social roots. This study aimed to propose consensual actions to improve the quality of Tuberculosis Control Program in Pernambuco (PECT), based on indicators evaluation. The surveyed population consisted of patients in outpatient treatment of tuberculosis, attending the three levels of complexity of SUS network in Recife, as well as doctors, nurses and pharmacists involved with such patients, as well as local managers. The methodology consisted of three stages, named A, B and C. Sampling was different for each stage. Stage A consisted of: evaluation of socioeconomic profile of patients and collection of clinical data with the epidemiological surveillance team of the sites studied, based on reports of the SINAN (National System of Notifiable Diseases); obtaining cure and abandonment profiles of patients through reports of stock management systems of pharmacies; evaluating actions developed in the PECT by patients, health professionals and local managers, through interviews and questionnaires. Stage B consisted of presenting the data obtained in stage A and proceeding an indicators evaluation in a workshop with health professionals and managers of PECT. Stage C consisted of proposing improvement actions for PECT, based on previous evaluation of indicators (in stage B), and validating such proposals through the Delphi consensus technique (Delphi Panel). Regarding the profile of the patients, most were male (70%), aged between 20 and 49 years (60.5%) and low educational level (46%). The most common clinical presentation was pulmonary TB. Most entries in the SINAN were new cases. Rates observed for recurrence and return after leaving were respectively 5.9% and 10.9%. Regarding the HIV test, 37.27% of patients were seronegative and about 33.3% had not performed the test. Regarding the

profile of cure and abandonment, the mean percentage values obtained were lower than the national targets recommended by the Ministry of Health. The actions of the program (PECT) were considered unsatisfactory by approximately 75% of the patients interviewed (evaluations with a final score equal to or greater than 50% were established as satisfactory). In the questionnaires to professionals, scores were lower than 60% for the four categories evaluated. As a result of the indicators evaluation and Delphi panel, eighty-nine improvement actions have been proposed for PECT with a high degree of consensus. Ten of such consensual actions simultaneously reached the highest score for relevance and viability, for example the actions: "Conduct training for health professionals to provide information about TB and its treatment to patients during home visits and active search for respiratory symptomatics" and "implement group education on TB and its treatment by multidisciplinary teams, for members of the community in general." The results reinforce that the operation of PECT needs more attention from epidemiological surveillance and primary care managers. Improvement actions validated in Delphi panel will certainly contribute to improving the quality of patient care, once approved by local policy makers and program managers and well conducted by the health assistance team.

Keywords: Tuberculosis; Program Evaluation;; Delphi Technique

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 Estrutura de atenção à tuberculose.	37
FIGURA 2 Detalhamento do modelo lógico do PCT	41
FIGURA 3 Modelo lógico da intervenção	42
FIGURA 4 Descrição das Etapas da Pesquisa. Pernambuco, 2014-2016.]	60
FIGURA 5 Opinião dos pacientes por áreas de cuidado do PCT, Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.....	74
FIGURA 6 Opinião dos profissionais com base no questionário; dados organizados por categoria de avaliação, Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Competências específicas para cada nível de assistência ao paciente de tuberculose	38
QUADRO 2 - Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados	45
QUADRO 3- Classificação das variáveis epidemiológicas	61
QUADRO 4- Classificação das variáveis socioeconômicas	61
QUADRO 5- Itens utilizados na avaliação do PCT pelos pacientes em Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.	64
QUADRO 6- Quadro 6- Indicadores Avaliados na Etapa B (Oficina)	66
QUADRO 7- Proposta de De Loë para avaliação de consenso em pesquisas com Delphi de políticas que utilizam escalas de voto com quatro categorias. .	69
QUADRO 8- Indicadores descartados na validação preliminar	76
QUADRO 9- Indicadores propostos na validação preliminar	77
QUADRO 10- Ações de melhoria com médio ou baixo grau de consenso para relevância e viabilidade após a segunda rodada do Painel Delphi	78
QUADRO 11- Ações de melhoria com alto grau de consenso e pontuação mais alta para relevância e viabilidade após a terceira rodada do Painel Delphi	81

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUOC	Hospital Universitário Oswaldo Cruz
HOF	Hospital Otávio de Freitas
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OMS	Organização Mundial de Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
PECT	Programas Estaduais de Controle da Tuberculose
PCT	Plano de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PSF	Programas de Saúde da Família
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SUS	Sistema Único de Saúde
TBDR	Tuberculose resistente
USF	Unidades de Saúde da Família
UFPE- PROEXT	Universidade Federal de Pernambuco, Pró-Reitoria de Extensão
WHO	World Health Organization
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TB	Tuberculose
MDR-TB	Tuberculose Multidrogarresistente

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	30
2	OBJETIVOS.....	33
2.1	Geral.....	33
2.2	Específicos	33
3	REVISÃO DE LITERATURA	34
3.1	Os Problemas do Acesso e da Adesão ao Tratamento.....	34
3.2	Estruturação da Atenção à Pessoa com Tuberculose no SUS: resumo do modelo lógico do PCT	37
3.3	Indicadores em Programas e Serviços de Saúde.....	47
3.3.1	Indicadores X Qualidade.....	47
3.3.2	A importância do uso de indicadores	49
3.3.3	Construção de indicadores	50
3.5.4	Técnicas de Consenso-Validação de Indicadores	52
4	METODOLOGIA	58
4.1	População, Locais de Coleta.....	58
4.2	Cálculos de Amostragem	59
4.3	Critérios de Inclusão.....	59
4.4	Critérios de Exclusão.....	59
4.5	Etapas da Pesquisa.....	59
4.6	Aspectos Éticos	71
5	RESULTADOS.....	72
6	DISCUSSÃO	83
7	CONCLUSÕES	87
8	PERSPECTIVAS.....	88
9	REFERÊNCIAS.....	89

10	APÊNDICES	
	APÊNDICE A	97
	Instrumento de coleta 1, entrevista com os pacientes	97
	instrumento de coleta 2, questionário a profissionais	97
	APÊNDICE B	102
	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
	APÊNDICE C	105
	Carta de Apresentação e Formulário de Participação Painel Delphi	105
	APÊNDICE D	109
	Folheto Informativo Painel Delphi	109
	APÊNDICE E	112
	Questionário da Primeira Ronda Painel Delphi.....	112
	APÊNDICE F	119
	Questionário da Segunda Ronda Painel Delphi.....	119
	APÊNDICE G.....	165
	Modelo Questionário da Terceira Ronda Painel Delphi (Personalizado)	165
	APÊNDICE H	174
	Resultados do Trabalho em forma de Artigos e Resumos.....	174
	Artigo 1: Avaliação do programa de controle da tuberculose (PCT) em Recife, Brasil: perspectiva de pacientes e profissionais de saúde.....	174
	Artigo 2: A Delphi Study for consensual proposals on quality improvement of Tuberculosis Control Program in Pernambuco state (PECT).....	174
	Resumos Publicados Em Congressos Internacionais: European Society of Clinical Pharmacy Symposium 2016 (ESCP Symposium 2016): ESCP16SY-1380, ESCP16SY-1408. International Journal of Clinical Pharmacy (in press).....	174

11	ANEXOS.....	231
	ANEXO 1	232
	Análise De Conteúdo Das Ações De Melhoria Propostas Pelos Peritos No Painel Delphi.....	232
	ANEXO 2	253
	Ações De Melhoria Propostas Pelos Peritos No Painel Delphi após Análise de Conteúdo (Para A 2ª Ronda).....	253

1 INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) se mantém como importante problema de saúde pública, em especial nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Diante disso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulga anualmente um relatório que fornece uma avaliação abrangente e atualizada da pandemia de TB e do progresso na implementação e financiamento da prevenção, cuidado, controle e investigação da doença em nível global, regional e nacional, utilizando dados relatados por mais de 200 países, que respondem por mais de 99 % dos casos de TB no mundo.

A OMS também publicou, em 2015, dez fatos epidemiologicamente interessantes sobre a TB, como por exemplo: a Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS), a TB e a malária matam seis milhões de pessoas todos os anos; quase 2 milhões de mortes são causadas por TB. 2. Mesmo sendo curável a TB mata 5000 pessoas todos os dias. 3. A TB é uma das principais causas de morte entre as pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) com sistemas imunitários enfraquecidos; 250.000 mortes por TB são associadas ao HIV – a maioria delas na África. 4. A incidência mundial da TB continua a crescer a 1% a cada ano por causa do rápido aumento na África; os intensos esforços voltados para o controle estão ajudando queda ou estabilização da incidência em outras regiões. 5. Dois bilhões de pessoas - um terço da população mundial – estão infectadas com bacilos da TB; 6. A TB multirresistente (MDR-TB), uma forma de TB que não responde ao tratamento medicamentoso padrão, está presente em praticamente todos os 109 países recentemente pesquisados pela OMS e parceiros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Durante o período de 1998 a 2015, o conceito de "país elevada carga" (número absoluto de casos de tuberculose) tornou-se conhecido e amplamente utilizado no contexto da tuberculose. Em 2015, três listas – para TB, TB/HIV e MDR- TB- estavam em uso. Com 2015 marcando o final da era dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e sua substituição por um conjunto de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) para 2016-2030, bem como o último ano da estratégia –STOP TB 2006-2015– e sua substituição pela

estratégia. O ano de 2015 foi um ano ideal para revisar as três listas e considerar o seu futuro. Ou seja, três novas listas foram definidas e vão ser utilizadas para o período de 2016-2020.

O Brasil está contemplado nas listas de alta carga de TB e TB-HIV. Segundo informações do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), em 2013 foram registrados 73.692 casos novos de tuberculose (TB) no país. A taxa de incidência foi de 36,6/100 mil habitantes para todas as formas da doença. Do total de casos novos, 10,1% eram coinfectados TB-HIV. Ainda em 2013, foram diagnosticados 503 casos novos de TB multidroga resistente. Neste ano foram registrados 4.577 óbitos por TB, com uma taxa de mortalidade de 2,3 óbitos/100 mil habitantes. No ano de 2012, o sexo masculino apresentou uma taxa de mortalidade de 3,5 óbitos/100 mil habitantes, o que significa um risco de morrer 3,2 vezes maior que o feminino (1,1 óbito/100 mil habitantes) (BRASIL, 2015).

No país, a adesão ao tratamento e a busca de sintomáticos respiratórios têm se constituído como um grande desafio para o controle da TB, apesar de ser objeto de ações e investimentos no âmbito governamental, tanto do Ministério da Saúde como das demais instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco para a descentralização de algumas ações para os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Neste sentido, é de relevância que a assistência desenvolvida nos serviços de APS ocorra de modo articulado e integrado por meio da coordenação, uma das ferramentas de gestão, garantindo a provisão de recursos, insumos, articulação intra e extra-setorial e o fluxo de informações necessárias ao atendimento das necessidades dos usuários.

Além disso, por ser uma doença de grande transmissibilidade, o acompanhamento dos acometidos pela enfermidade requer monitoramento constante, assim como de suas famílias, acompanhamento no qual a atenção ou cuidados ofertados no Programa de Controle da Tuberculose e outros pontos de atenção sejam desenvolvidos de modo integrado entre essas diferentes equipes, para que haja controle eficaz e eficiente da doença (ASSIS et al., 2012).

O Programa de Controle da Tuberculose (PNCT) surgiu diante da carga

de morbimortalidade da TB e preconiza medidas para controlar a doença de forma sistematizada. As ações desenvolvidas neste Programa almejam o incremento da detecção precoce e do Tratamento Diretamente Observado (TDO). O Ministério da Saúde pactuou, com as demais esferas da gestão, o fortalecimento da estratégia TDO como principal instrumento para alcançar as metas internacionais de detecção de 70% dos casos bacilíferos estimados e de cura de pelo menos 85% dos casos tratados (GONÇALVES, 2012).

Um programa de Saúde é constituído por uma resposta organizada para reduzir ou eliminar um problema, que ao alcançar seu objetivo, melhora a saúde da população (DE OLIVEIRA, 2015). Dessa forma, as ações executadas em um programa geram benefícios que são identificados através da avaliação. Esta é capaz de contribuir para a tomada de decisão e (re)formulação de políticas de saúde. A partir dessas considerações, o PNCT pode ser avaliado de diversas maneiras.

Como em Pernambuco foi identificado na literatura pequeno número de estudos que avaliassem o programa de controle da tuberculose (PCT), objetivou-se com esse trabalho propor ações consensuais de melhoria da qualidade para o programa, com base em uma avaliação deste último por usuários e profissionais de saúde, precedida de uma avaliação de indicadores por stakeholders.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Propor e validar ações consensuais de melhoria da qualidade para o Programa Controle da Tuberculose Recife-PE, com base em avaliação de indicadores.

2.2 Específicos

- Em unidades de saúde dos três níveis de complexidade da rede SUS em Recife (I Gerência Regional de Saúde): traçar o perfil epidemiológico e socioeconômico do paciente do PECT; avaliar as ações desenvolvidas no PECT, do ponto de vista do paciente dos profissionais da assistência;
- Avaliar, do ponto de vista multidisciplinar, os indicadores do PECT, considerando o perfil epidemiológico e as ações do PECT conforme estes últimos se apresentem a partir da visão do paciente e do profissional de saúde;
- Propor novos indicadores para o PECT considerando especialmente os parâmetros de acesso e adesão ao tratamento.
- Propor e validar ações consensuais de melhoria da qualidade para o Programa Controle da Tuberculose em Pernambuco (PECT), com base em indicadores através da técnica Delphi

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Os Problemas do Acesso e da Adesão ao Tratamento

As dificuldades de acesso mostraram-se relevantes no contexto da não adesão ao tratamento da TB, e o abandono do tratamento é considerado um dos principais obstáculos e desafios para o combate à doença (RODRIGUES et al., 2010).

Na perspectiva de Donabedian (1984, apud AZEVEDO; COSTA, 2010) a acessibilidade corresponde ao grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e as características da população, no processo de busca e obtenção da assistência à saúde. Ela é considerada como um dos principais atributos da Atenção Primária à Saúde, sendo compreendida como a ausência de barreiras financeiras, organizacionais e/ou estruturais que dificultam a obtenção do cuidado (STARFIELD, 2002)

O inadequado acesso ao diagnóstico da TB pode ser atribuído ao doente ou à organização dos serviços de saúde, os quais poderiam contribuir para o aumento na demora da realização do diagnóstico da doença. Alguns desses fatores, provavelmente, estão relacionados ao tipo de serviço de saúde procurado pelo doente de TB, à sintomatologia apresentada ou aos tipos de meios diagnósticos empregados pelo serviço de saúde (ASSIS et al., 2009) .

O tratamento da TB, por sua vez, impõe ao doente e família custos consideráveis, com desproporcional impacto para aqueles que vivem em situação de pobreza. Os custos relacionados ao transporte, às alimentações durante as viagens aos serviços de saúde, perda salarial, de produtividade e de tempo, neste caso, constitui-se decisivamente uma barreira econômica ao cuidado. Claramente, os pacientes que sofrem de TB são menos dispostos ao trabalho e conseqüentemente, pela sua debilidade, não geram renda suficiente à família. Os principais motivos para os doentes não terem acesso aos serviços de saúde são falta de disponibilidade e acessibilidade ao transporte, custo do

transporte, localização inacessível das unidades de saúde, prestação dos serviços em horários não coincidentes com as necessidades dos usuários e baixos salários (ARCÊNIO et al., 2009).

O abandono do tratamento, por outro lado, no atual panorama da luta contra a TB, constitui-se em outro desafio para o sistema de saúde brasileiro. O insucesso do tratamento, tendo como causa o abandono, pode ocasionar um prolongamento do estado infeccioso, aumentando a possibilidade de transmissão e desenvolvimento de bacilos multirresistentes, ou seja, aqueles que apresentam resistência *in vitro* aos medicamentos constituintes dos esquemas padronizados no tratamento da TB (ALVES et al., 2012).

Segundo Silva e colaboradores (SILVA; ANDRADE; CARDOSO, 2013), diversos fatores podem estar associados à não adesão e abandono do tratamento, sendo os principais relacionados ao medicamento (efeitos colaterais e tempo de duração do tratamento), ao próprio paciente (uso irregular da medicação e/ou não ingestão da mesma, baixo nível socioeconômico, internações por outras doenças e hábitos de vida) e ao desempenho do serviço de saúde e equipe profissional (falhas na orientação do paciente, prescrições medicamentosas inadequadas, falta de fornecimento da medicação e falhas no agendamento de consultas).

Ainda segundo os mesmos autores, a baixa escolaridade e abandono prévio são, no caso da cidade do Recife, os prováveis fatores mais diretamente associados ao abandono.

A não adesão ao tratamento é ainda bastante comum mesmo diante de várias intervenções na tentativa de melhorar o controle da TB. Entende-se que a adesão depende do sucesso da terapia proposta, da cura de determinada enfermidade e do controle de um processo crônico. A falta de uma compreensão holística das barreiras e facilitadores da adesão ao tratamento é um grande obstáculo na busca de soluções efetivas para o problema da tuberculose (MUNRO et al., 2007).

Deste modo, a adesão ao tratamento deve ser baseada em abordagens individuais relacionadas ao paciente e/ou a fatores ambientais externos ao mesmo (SOUZA-LEAL et al., 2009), sabendo-se que interferem

grandemente no sucesso da terapia: a experiência individual e subjetiva do adoecer e a visão, sobre o processo saúde-doença, da comunidade na qual está inserido o paciente.

Ao que parece, a visão social sobre o processo saúde-doença ainda é influenciada pela concepção biomédica a qual se baseia no conceito de que saúde é a ausência de doenças tanto da perspectiva do conhecimento, quanto da ação (GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 2017). Encaixando-se a tuberculose nesse contexto, prevalece o conceito do médico francês Xavier Bichat, para quem a saúde é o silêncio dos órgãos os pacientes bacilíferos podem ficar assintomáticos entre duas a três semanas após o início do tratamento e facilmente o abandonam nessa fase.

As abordagens individuais referentes ao paciente de TB e sua adesão ao tratamento da doença estão bem descritas na literatura, a exemplo de pertencer ao sexo masculino, possuir baixa escolaridade, ser tabagista e/ou usar álcool/drogas.

Por outro lado, como já apontava Souza-Leal (2009), há poucos estudos envolvendo as características dos serviços de saúde e sua relação com adesão ao tratamento da TB. Um dos exemplos é o trabalho de Aquino e colaboradores(2015), cujo achado mais interessante foi o fato de o principal fator associado ao aumento da probabilidade de ser tratado para tuberculose latente foi a unidade de saúde onde o paciente foi acompanhado

Considerando-se que um dos maiores problemas apontados no tratamento da TB é o abandono do tratamento decorrente da não adesão dos pacientes, fenômeno cujas causas são de difícil abordagem- o índice de abandono do tratamento admitido pela OMS é inferior a 5%. Em 2008, a taxa de abandono do tratamento no Brasil foi de 8,5% e, em Pernambuco, foi de 9,6 %. No Recife, a coordenação municipal do programa registrou, em 2009, a taxa de 13,8%. Como consequência da não adesão, os indicadores de incidência, mortalidade e multirresistência estão aumentando (principal preocupação mundial em relação à doença).

3.2 Estruturação Da Atenção À Pessoa Com Tuberculose No Sus: Resumo Do Modelo Lógico Do Pct

O paciente com TB pode ser encaminhado a qualquer unidade de saúde. Particular ênfase deve ser estabelecida no encontro do sintomático respiratório e seu correto encaminhamento mesmo em unidades que não incluam, em sua rotina de atendimento, pacientes com a doença. Para isso, referências para unidades laboratoriais, ambulatoriais e hospitalares, além de integração com a vigilância epidemiológica do município, devem estar bem estabelecidas em todas as unidades de saúde. Hospitais, unidades de controle de infecção hospitalar e núcleos de vigilância devem ter papel ativo na correta condução desses casos, mesmo que esporádicos. No que diz respeito à atenção ambulatorial, especificamente voltada para o paciente com TB, identificam-se três perfis de assistência (figura 1), que compõem a rede de atenção a tuberculose. Essa rede é poliárquica e pressupõe ações integradas da vigilância em saúde e atenção básica, conforme previsto na Portaria nº 3.252 do Ministério da Saúde, de 22 de dezembro de 2009 (BRASIL, 2011).

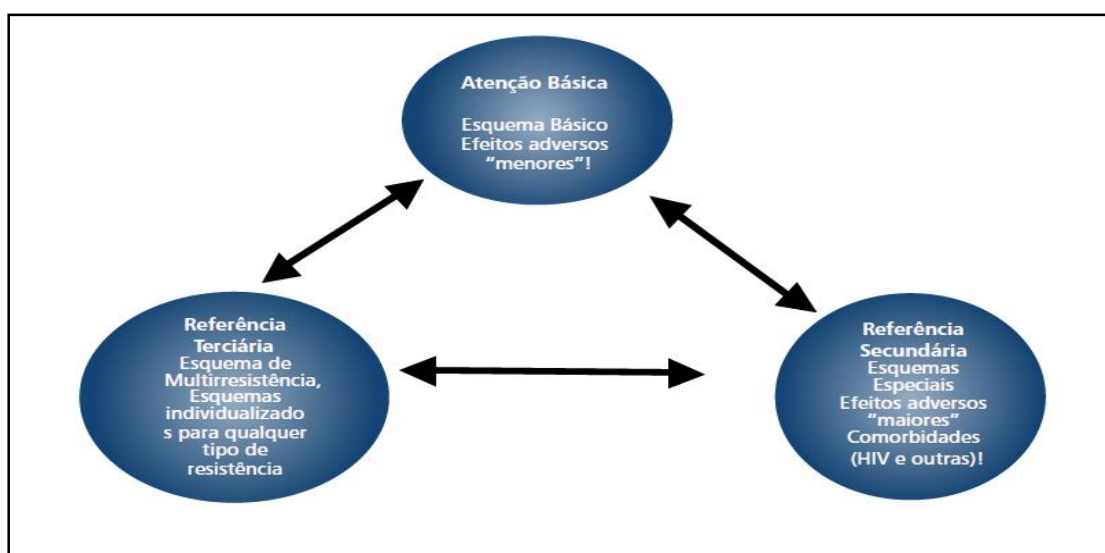


Figura 1 Estrutura de atenção à tuberculose.

Fonte: Brasil (2011, p.171)

Os Programas de Controle da Tuberculose (PCT) são estabelecidos nas esferas municipais, estaduais e federal as demandas específicas de cada região do país (BRASIL, 2011, p. 171). O quadro 1, a seguir, resume as competências específicas para cada nível de assistência.

Quadro 1- Competências específicas para cada nível de assistência ao paciente de tuberculose

NÍVEL DE ASSISTÊNCIA	COMPETÊNCIAS
ATENÇÃO BÁSICA	Busca de sintomáticos respiratórios; coleta de escarro e outros materiais para exames; solicitar cultura, identificação de micobactérias e teste de sensibilidade; realizar o tratamento diretamente observado e monitorar todos os casos bacteriologicamente confirmados com baciloscopias de controle até o final do tratamento; oferecer o teste anti-HIV a todos os doentes de tuberculose; realizar vacinação BCG; fazer a investigação e o controle de contatos; solicitar cultura, identificação de espécie de micobactérias e teste de sensibilidade para os casos com baciloscopia de controle positiva ao final do 2º mês e para os casos de falência; encaminhar casos específicos para as unidades de referência; responsabilizar-se pelo bom andamento de todos os casos de sua região de abrangência; oferecer apoio aos doentes em relação as questões psicossociais e trabalhistas por meio de articulação com outros setores, procurando remover obstáculos que dificultem a adesão dos doentes ao tratamento.

Continua

Quadro 1- Competências específicas para cada nível de assistência ao paciente de tuberculose

Conclusão

NÍVEL DE ASSISTÊNCIA	COMPETÊNCIAS
REFERÊNCIA SECUNDÁRIA	Elucidação diagnóstica; casos de intolerância aos medicamentos; tratamento especiais (tratar e acompanhar os casos de difícil condução ou com comorbidades, garantindo para todos os casos, o tratamento supervisionado); notificar e atualizar o acompanhamento dos casos de tratamentos especiais e mudança de esquema no Sistema de Informação da Tuberculose Multirresistente TB-MDR, encerrando os casos no SINAN; encaminhar os casos de monorresistência, polirresistência e multirresistência à unidade de referência terciária.
REFERÊNCIA TERCIÁRIA	Diagnosticar e tratar os casos de resistência às drogas, realizando, mensalmente, as baciloscopias até o final de tratamento; garantir o tratamento supervisionado para todos os casos; notificar e atualizar o acompanhamento dos casos de mono e polirresistência, MDR e XDR e mudança de esquema no Sistema de Informação da Tuberculose Multirresistente MDR, encerrando os casos no SINAN; diagnosticar, tratar e acompanhar os casos de doença por micobactérias não tuberculosas e/ou dispensar medicamentos e orientações para seu tratamento, monitorando-o.

Fonte: Elaboração própria

Na Figura 2 está detalhado o modelo lógico do PCT, conceituado como uma forma de estabelecer as relações entre intervenção e efeito, expressado de maneira visual e contendo recursos, atividades e efeitos do programa que está sendo trabalhado (BRASIL, 2007). No presente trabalho foi avaliado o componente estrutural atividade e, nele, a assistência ao paciente de tuberculose na atenção básica (demarcados na cor vermelha), cujo detalhamento está na Figura 3, a qual contém o modelo lógico da intervenção contemplados insumos, atividades, produtos, resultados e impacto.

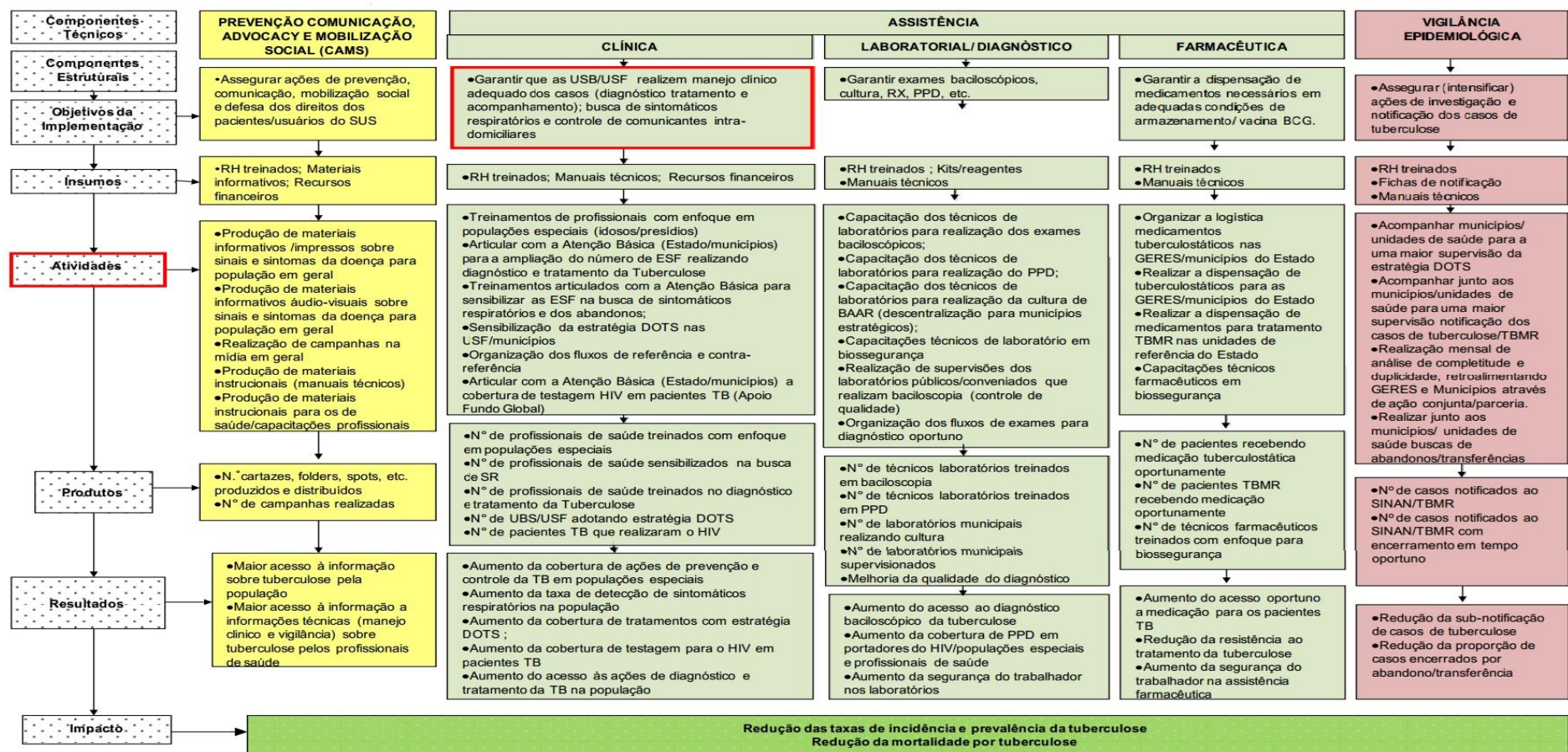


Figura 2 Detalhamento do modelo lógico do PCT

Fonte: Da Nóbrega (2012, p.28)

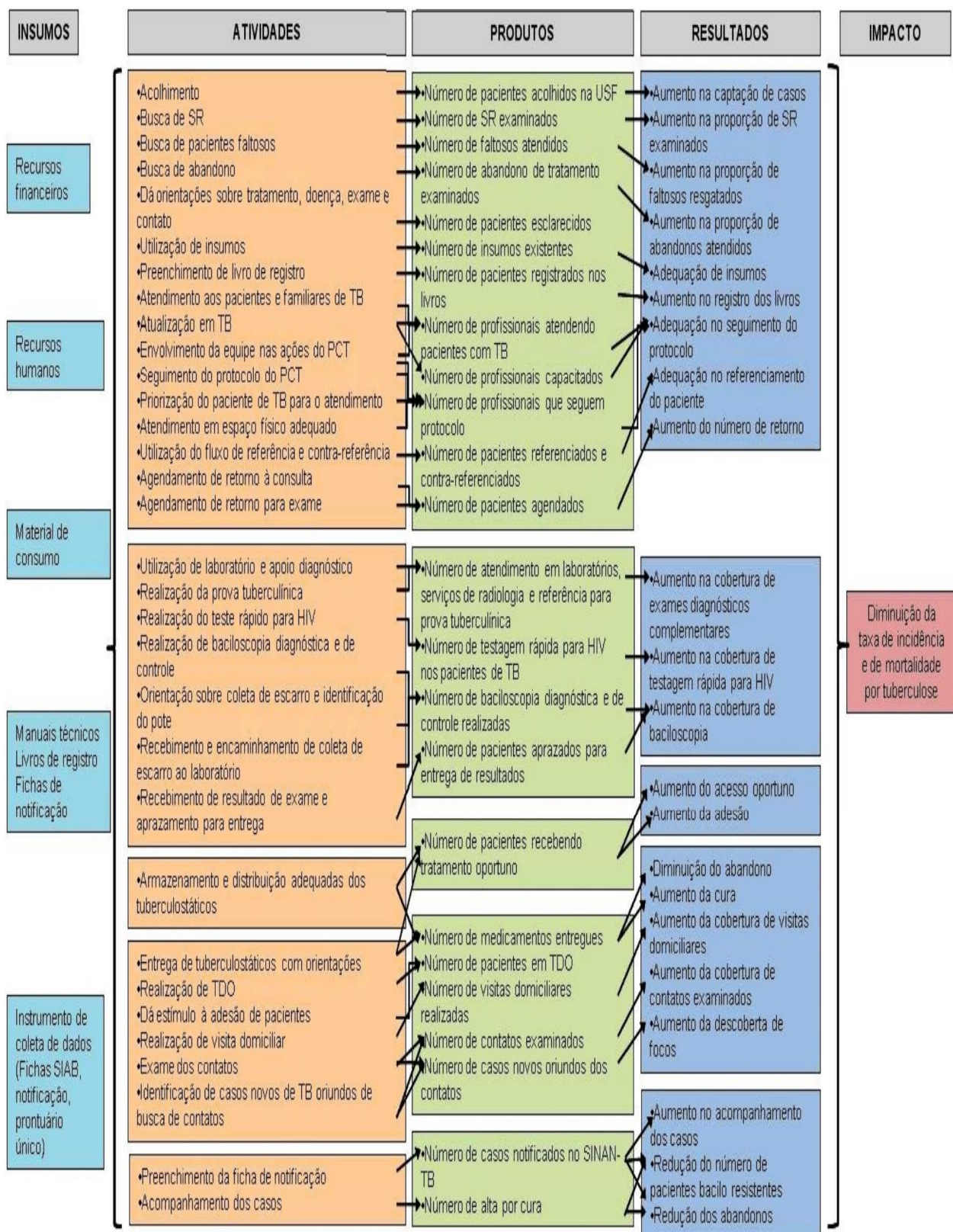


Figura 3 Modelo lógico da intervenção

Fonte: Da Nóbrega (2012, p.29)

3.3 Avaliação De Programas E Políticas De Saúde

A avaliação de políticas e de programas é importante quando se trata de colaborar para que a sociedade seja mais saudável e evitar que haja desperdícios de recursos com a implantação e manutenção de programas ineficazes.

À medida que se avaliam os benefícios das políticas de saúde é imprescindível que se conheça o funcionamento e especificidades relativas aos serviços de saúde. Ao se avaliar o efeito de uma política de saúde na performance dos serviços e na situação de saúde da população, é necessário que se considere o sinergismo que existe entre os determinantes relativos à política de saúde, aos serviços de saúde e ao estado de saúde das populações (FACCHINI et al., 2006).

Sob a perspectiva da Saúde Coletiva, as necessidades devem estar articuladas às necessidades sociais, que são heterogêneas e originam-se da reprodução da vida em sociedade (PA; MR; HINO P, 2011). Nesse contexto, a temática da avaliação ganha destaque, por um lado associado à capacidade de certas intervenções para modificarem determinados quadros sanitários, ou ainda em função da verificação das dificuldades enfrentadas por essas mesmas práticas para alterarem indicadores de morbimortalidade em outras tantas circunstâncias (SILVA; FORMIGLI, 1994).

As avaliações em saúde apresentam-se de forma distinta na literatura. Desta maneira, existem critérios que buscam englobar as principais variáveis que orientam decisões conceituais e metodológicas na construção dos processos avaliativos, sendo estes: (1) objetivo da avaliação, (2) posição do avaliador, (3) enfoque priorizado, (4) metodologia predominante, (5) forma de utilização da informação produzida, (6) contexto da avaliação, (7) temporalidade da avaliação e (8) tipo de juízo formulado.

Para cada uma dessas variáveis, podem ser formuladas características alternativas. Ainda assim, elas não têm um conteúdo valorativo em si, mas procuram apontar as alternativas conceituais e metodológicas existentes nos

processos de avaliação, referenciadas por teorias e metodologias gerais aceitas por áreas de conhecimento e práticas legitimadas (NOVAES, 2000) .

Os critérios ou variáveis selecionadas são:

Â Objetivo da avaliação: priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão).

Â Posição do avaliador: externo ou interno, por referência ao objeto avaliado.

Â Enfoque priorizado: interno, de caracterização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções.

Â Metodologia predominante: quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quasi-experimental.

Â Contexto da avaliação: controlado ou natural.

Â Forma de utilização da informação produzida: demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização.

Â Tipo de juízo formulado: comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas.

Â Temporalidade da avaliação: pontual, corrente, contínua.

Nesse sentido, é possível identificar três grandes tipos de avaliação, resumidos na quadro 2, a partir da combinação entre as alternativas colocadas para cada critério: pesquisa de avaliação, investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão.

Quadro 2 - Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados

Critérios	Investigação avaliativa	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/Externo	Interno/Externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/ compreensão	Caracterização/ quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo) experimental/ quasi-experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Qualitativo e quantitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado em relação a	Hipóteses	Recomendações	Normas
Temporalidade	Pontual/replicado	Corrente/pontual	Integrado /contínuo

Fonte: Novaes (2000, p.549)

O objetivo principal da investigação avaliativa é a geração de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica ao qual está vinculado, conhecimento este que servirá para orientar tomada de decisão relativa ao sujeito da pesquisa, no tocante à viabilidade, disponibilidade de tempo, de recursos ou demandas externas (GREENE, 1994; MOHR, 1995; MINAYO, 1992; ROSSI & FREEMAN, 1993, apud NOVAES, 2000).

Na avaliação para a decisão, o objetivo dominante é que ela produza respostas para perguntas colocadas por aqueles que vivenciam o objeto avaliado. Neste caso, o enfoque priorizado, aquele que orienta os principais objetivos, é o do reconhecimento do objeto, na profundidade necessária para a sua adequada compreensão, identificação dos problemas e alternativas de equacionamento possíveis (GUBA & LINCOLN, 1989; GREENE, 1994, apud NOVAES, 2000).

A avaliação para gestão tem como objetivo principal a produção da informação que contribua para o aprimoramento do objeto avaliado. A informação produzida é prioritariamente voltada para o desenvolvimento e aprimoramento de indicadores, como partes que representam um todo, e o resultado desejado para essa avaliação é a proposição de critérios ou normas a serem incorporadas na utilização desses indicadores no desempenho rotineiro do objeto avaliado, contribuindo para a garantia do seu bom funcionamento (DONABEDIAN, 1986; SCRIVENS, 1995; SCHOENBAUM et al, 1995, apud NOVAES, 2000).

Numa perspectiva internacional, a avaliação, enquanto um processo social formal e sistemático vem se configurando, desde a década de 1960, num esforço de legitimação e institucionalização de uma prática consistente de julgamento do sucesso das políticas públicas implementadas para enfrentar os problemas sociais existentes, sobretudo, no que se referia à prestação de contas. Paralelo a isso, as pesquisas em políticas públicas se tornaram foco de interesse das atividades científicas, principalmente pelo fato de ter implicações diretas na regulação e no controle dos investimentos por parte do Estado (CRUZ, 2015)

É importante ressaltar que, para saber se determinada política ou programa atende aos interesses dos sujeitos diretamente vinculados à intervenção, é necessário que se insira no modelo de avaliação a influência dos fatores do contexto político, organizacional, cultural, econômico e sociodemográfico, associando-os com a implementação ou com a obtenção de efeitos mais em longo prazo (CRUZ, 2015).

Finalmente, ressaltamos que o acesso aos resultados do processo avaliativo, constitui-se em poderoso instrumento de democratização da

informação sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelos órgãos de saúde, ao tornar públicas e transparentes as avaliações realizadas, favorecendo o empoderamento e a mobilização social, que se refletem em estímulo para a participação e do controle das ações e serviços prestados pelo SUS, na busca da equidade e da qualidade em saúde (CRUZ, 2015).

3.4 Indicadores Em Programas E Serviços De Saúde

Nos tópicos anteriores deste trabalho foram abordados alguns aspectos da tuberculose como doença e como problema de saúde pública. Descreveu-se também como se estrutura a atenção à pessoa com tuberculose no SUS e fez-se um resumo do modelo lógico do Programa de Controle da Tuberculose (PCT). Diante da relevância da utilização de indicadores para o mapeamento do programa e considerando-se o objetivos do estudo, considerou-se pertinente discorrer a seguir sobre o tema *Indicadores em Programas e Serviços de Saúde* sem a pretensão, no entanto, de esgotá-lo. Desta maneira os indicadores serão abordados a partir dos seguintes pontos de vista: qualidade, importância do uso, construção, validação e técnicas de consenso.

3.4.1 Indicadores x Qualidade

Para a OMS, indicadores são marcadores da situação de saúde, performance de serviços ou disponibilidade de recursos definidos para permitir a monitorização de objetivos, alvos e performances (ALVES, 2009, p.79).

A definição do termo *indicador* do ponto de vista científico, varia pouco de um autor para outro.

Indicador de saúde pode ser definido como uma medida quantitativa que pode ser usada como guia para monitorar e avaliar a qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e as atividades dos serviços de suporte (LOPES et al., 2009, p.136). Pode ser definido também como uma unidade de medida de uma atividade, porém não é uma medida direta de

qualidade. Eles (os indicadores), sinalizam divergências com o padrão determinado como desejável e atuam como uma chamada que identifica e dirige a atenção para os pontos-chave do cuidado que necessitam serem revistos (VITURI; MATSUDA, 2009, p.429).

Usualmente os indicadores de qualidade têm sido estabelecidos a partir dos três níveis de informação propostos por Donabedian (DONABEDIAN, 1997): estrutura, processo e resultado. A estrutura corresponde aos atributos dos setores onde os cuidados são prestados, o que inclui os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros; o processo ao conjunto de atividades desenvolvidas durante a prestação de cuidados; e os resultados aos efeitos do cuidado no estado de saúde do paciente e das populações. No caso dos indicadores de resultado um aspecto importante a se considerar são os múltiplos fatores que interferem no estado de saúde dos pacientes. Variações nas características demográficas e condições clínicas dos pacientes, como a presença de comorbidades, além do cuidado recebido, aumentam a possibilidade de resultados diferenciados. Os indicadores de processo, quando comparados aos de resultados, são menos influenciados por esses fatores (MAINZ, 2003).

Em geral, os pesquisadores, a exemplo dos que foram citados nos parágrafos anteriores, consideram que os indicadores constituem parâmetros que servem para detalhar se os objetivos de uma proposta estão sendo bem conduzidos (avaliação de processo) ou foram alcançados (avaliação de resultados). De maneira semelhante, instituições públicas também utilizam indicadores considerando seu sentido como "sinalizadores" para medir o alcance de determinados objetivos, metas e resultados. Autores e instituições coincidem em que indicadores podem ser construídos para medir ou revelar aspectos relacionados em diversos planos em observação: níveis individuais, coletivos, associativos, políticos, econômicos e culturais, entre outros (MINAYO, 2009)

Para a instalação de um sistema de avaliação de qualidade baseado em indicadores, por outro lado, é importante que se definam todos os passos operacionais a serem realizados, desde a escolha da amostra a ser analisada, passando pela forma de coleta das informações, seu tratamento estatístico e

analítico, até o emprego de seus resultados e o sigilo e a neutralidade do operador do sistema de avaliação. É importante também que seja definido o grau de complexidade de um indicador, sua utilidade, suas características estruturais, a forma como são expressos, seus resultados e sua classificação (ALVES, 2009). Apesar do crescente interesse pela mensuração da qualidade dos cuidados de saúde com base em indicadores, esta não é uma atividade de fácil implantação. Um passo importante no processo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é a identificação de indicadores adequados. Cada indicador vai refletir diferentes aspectos da qualidade e a sua seleção dependerá, dentre outros aspectos, dos objetivos da análise, dos dados disponíveis e de para quem ela se destina (DE GOUVÊA, 2011) .

3.4.2 A Importância Do Uso De Indicadores

Atualmente, as facilidades tecnológicas relacionadas à informatização e às telecomunicações agilizam de tal forma a informação que a tornam bastante mutável, fazendo com que seja obrigatória nossa constante atualização. Por outro lado, elaborar informação não é fácil nem evidente. As informações são influenciadas por variáveis internas e externas, o que se configura num obstáculo permanente, uma vez que as decisões podem acabar ficando ligadas a estas variáveis, sobre as quais não há como exercer controle (FERNANDES, 2004).

Desta maneira, para facilitar o fluxo de informações e para que se tenha uma visão adequada da realidade é necessário que se estabeleça uma programação para a coleta de dados e elaboração de informações.

Assim, para ser bem utilizada, a informação precisa ser convertida numa linguagem simples e adequada à análise e tomada de decisão. Deste modo, surge a necessidade do uso do indicador, que é o agente tradutor da informação. Um sistema de indicadores que forneça informações confiáveis para o processo de decisão é sem dúvida um elemento fundamental para que se tenha uma gestão diferenciada. (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006; FERNANDES, 2004).

Em outras palavras, do ponto de vista de sua utilidade, além de serem dispositivos para medição, para o estabelecimento de parâmetros e para avaliação, os indicadores são importantes instrumentos de gestão, pois permitem ao administrador operar sobre dimensões-chave de sistemas e de processos, monitorando situações que devem ser mudadas, incentivadas ou potencializadas desde o início de uma intervenção até o alcance do que foi pretendido e previsto como resultado (MINAYO, 2009).

Vale a pena ressaltar, finalmente, que os indicadores não fornecem respostas definitivas, mas revelam potenciais problemas que podem necessitar de resolução (CAMPBELL et al., 2002).

3.4.3 Construção de indicadores

Segundo Fernandes e colaboradores (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006), a construção de indicadores é constituída de várias etapas. A primeira delas é a definição das ações a serem avaliadas, a partir dos seguintes critérios: contribuição significativa na morbidade e mortalidade; associação com altos índices de utilização ou realização; alto custo na sua execução; potencial para a implementação e monitoramento de desempenho de qualidade, quando há evidência de que a qualidade é variável ou sub-padronizada; grau de controle dos mecanismos para melhoria contínua de qualidade; obrigação legal.

A segunda etapa é a formação do grupo que construirá os indicadores, preferentemente com experiência na área a ser avaliada. A terceira é o treinamento do grupo.

A quarta e última etapa é a busca de fundamentação para a construção do conteúdo dos indicadores, cujos principais recursos são: evidência científica (revisão sistemática, de preferência com metanálise); diretrizes clínicas elaboradas por sociedades de especialistas ou agências governamentais; estudos científicos isolados e bem controlados metodologicamente, preferencialmente randomizados; estudos de caso; sistemas integrados para elaboração de indicadores de qualidade; combinação de fundamentação

teórico-científica com métodos de consenso (CAMPBELL et al., 2003; MCGLYNN; ASCH, 1998; OVRETVEIT; GUSTAFSON, 2003; PRINGLE; WILSON; GROL, 2002).

Os métodos de consenso, a exemplo do método Delphi, fundamentam-se em opinião de especialistas, tanto com relação à evidência da fundamentação, quanto à capacidade do indicador de medir o que se propõe a medir (FERNANDES; LACERDA; HALLAGE, 2006). Destaca-se que tanto a construção de conteúdo quanto a validação de conteúdo consistem numa avaliação subjetiva dos indicadores, baseada no julgamento de peritos, para se determinar se estão sendo exploradas todas as dimensões e domínios pertinentes ao conceito em estudo (LIMA; PINSKY; IKEDA, 2008).

Podem-se seguir alguns itens para que seja definido de forma organizada e com precisão o que se quer medir (ALVES et al., 2012)

- Nome do indicador Fórmula ou maneira de expressão-método de cálculo;
- Tipo (taxa, razão, proporção, coeficiente, número absoluto, etc);
- Fonte de informação (local de onde serão extraídos os dados);
- Amostra (percentagem da população a ser avaliada);
- Responsável pela elaboração;
- Frequência (número de vezes em que este indicador será medido em determinado período);
- Objetivo/meta (motivo, valor, tempo, prazo do item que se quer medir);
- Limitações dos resultados.

Tanto para a construção quanto para validação de indicadores são necessários alguns atributos, ou propriedades (MIRANDA, 2010):

1. Propriedades essenciais ã são aquelas que qualquer indicador de Programa deve apresentar e sempre devem ser consideradas, independentemente da fase do ciclo de gestão em que se encontra o Programa (planejamento, execução, avaliação etc.). São elas: a) Validade ã capacidade

de representar a realidade que se deseja medir e modificar. Exemplo: indicador taxa de mortalidade infantil ou médicos/mil habitantes para medir condições de saúde. b) Confiabilidade e simplicidade é fácil obtenção, construção, comunicação e entendimento pelo público em geral, interno ou externo. Exemplo: registros policiais ou mortalidade por causas violentas ou levantamento em jornais para medir violência na sociedade.

2. Propriedades complementares: a) Sensibilidade é capacidade que um indicador possui de refletir mudanças decorrentes de intervenções realizadas. Exemplo: indicadores mortalidade e morbidade infantil refletem mudanças se alterados parâmetros de vacinação, saneamento, nutrição e clima? b) Desagregabilidade é capacidade de representação regionalizada de grupos sócio-demográficos, considerando que a dimensão territorial se apresenta como um componente essencial na implementação de políticas pública. Exemplo: indicadores de mortalidade e baixo peso ao nascer para avaliar programas de atendimento em saúde materno-infantil c) Economicidade é capacidade do indicador de ser obtido a custos módicos. d) Estabilidade é capacidade de estabelecimento de séries históricas estáveis que permitam monitoramentos e comparações. Exemplo: Censos Demográficos é a cada 10 anos? Indicadores Pesquisas de emprego - mensais ? Registros Administrativos - diários ? e) auditabilidade- qualquer pessoa deve sentir-se apta a verificar a boa aplicação das regras de uso dos indicadores (obtenção, tratamento, formatação, difusão, interpretação). f) Mensurabilidade- capacidade de alcance e mensuração quando necessário, na sua versão mais atual, com maior precisão possível e sem ambiguidade;

3.4.4 Técnicas de Consenso-Validação de Indicadores

As técnicas de abordagem de grupo, utilizadas em muitos casos para a obtenção de consenso, surgiram da necessidade de se tratar problemas complexos levando em consideração a opinião de todos os afetados pelas decisões tomadas. A principal premissa é a de que um grupo chega a melhores conclusões do que indivíduos isoladamente (DALKEY, 1969).

Na área da saúde é possível combinar a opinião de especialistas com a evidência científica disponível para o desenvolvimento de indicadores de qualidade. Iniciativas recentes de países como o Canadá, a Austrália, Estados Unidos e organizações internacionais como a OMS e a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) utilizaram algum processo formal de consenso para a seleção de indicadores, tais como o Grupo Nominal (TNG), o método Delphi, o Método Delphi Modificado (RAND/UCLA appropriateness method) e as Conferências de Consenso (DE GOUVÊA, 2011).

A técnica de grupo nominal (TGN), um dos métodos formais de consenso para a seleção de indicadores, foi desenvolvida no final dos anos 1960 nos EUA. Seus princípios básicos incluem o levantamento de informações sobre um tema específico, por meio de uma série de questionamentos, em reunião presencial liderada por um coordenador. O método é considerado democrático e participativo, de rápida implementação e gerador de um número expressivo de ideias. Como limitações devem ser consideradas: o custo para reunir os especialistas, a abordagem de apenas um problema em um único momento e a possibilidade das ideias levantadas não serem aprofundadas (DE GOUVÊA, 2011).

O Método Delphi, por sua vez, é compreendido como uma técnica sistemática para coletar a opinião, válidas cientificamente, de especialistas sobre determinado assunto (MUNARETTO, LORIMAR FRANCISCO CORRÊA; CUNHA, 2013). Por se tratar do método escolhido para utilização no presente estudo, descreve-se com maiores detalhes no tópico a seguir.

Outro exemplo de métodos de consenso é o Método Delphi Modificado (RAND/UCLA Appropriateness Method). Este foi desenvolvido na década de 1980, pela agência americana RAND Corporation, inicialmente como um instrumento para mensurar o uso apropriado de procedimentos médicos e cirúrgicos. O método associa aspectos do Delphi e do grupo nominal. Sua lógica combina evidências científicas disponíveis com o julgamento coletivo de especialistas (FITCH et al., 2001).

As etapas desse método incluem uma revisão bibliográfica detalhada para sintetizar a evidência científica disponível e avaliações do objeto sob

estudo pelos especialistas em duas rodadas. Na primeira as avaliações são feitas por cada especialista individualmente e na segunda por meio de reuniões presenciais, e, atualmente, por meio de conferências telefônicas ou outros meios audiovisuais que permitam a interação do grupo, sob a liderança de um moderador (CAMPBELL et al., 2002).

Uma vantagem do Método Delphi Modificado é o encontro presencial, o que possibilita as discussões em grupo. E, ao contrário do método Delphi, onde geralmente são enviados apenas os questionários, os especialistas recebem informações sobre a evidência científica coletada, o que aumenta as oportunidades de que eles fundamentem suas opiniões nessa evidência (CAMPBELL et al., 2002).

Por outro lado, limitações devem ser consideradas: a possibilidade de ocorrer intimidações em função de personalidades dominantes, o que torna necessária a presença de coordenadores experientes; a necessidade de organizarem-se grupos menores, em função dos custos; e o raro envolvimento de pacientes e outras representações (CAMPBELL et al., 2002).

Por último, a técnica de Conferência de Consenso foi desenvolvida pelo National Institutes of Health (NHI) dos EUA, na década de 70. Tem como objetivo levantar os pontos de concordância e divergência da comunidade e especialistas sobre questões relacionadas a uma intervenção, procedimento diagnóstico, estratégia terapêutica, ou de aspectos relacionados à organização do sistema de saúde. O método é o mais utilizado na área de saúde, na maioria das vezes para a definição de guidelines (BOURRÉE; MICHEL; SALMI, 2008).

Em uma conferência de consenso, há um gerente de projeto e um conselho diretor responsável pela coordenação e organização de todo o evento. Juntos, decidem o tema geral, aprovam a composição do grupo de cidadãos, asseguram-se de que o material introdutório é adequado e imparcial, decidem sobre a composição final do grupo de especialistas e aprovam o programa da conferência (PELLEGRINI FILHO, 2005).

3.4.4.1 O Método Delphi ou Painel Delphi

Relata-se que a criação do método data da década de 50, e que o mesmo foi utilizado inicialmente para estimar os efeitos de bombardeios atômicos sobre os EUA (LINSTONE; TUROFF, 2002).

O primeiro estudo, denominado ProDelphi, foi patrocinado pelas Forças Aéreas Americanas, objetivando estimar, baseado na estratégia soviética, o número de bombas necessário à redução do armamento então disponível, numa dada quantidade. Além disso, pretendia também determinar um sistema de defesa ótimo para a indústria americana. Para tanto, foram consultadas as opiniões de diversos especialistas, por meio de questionários, sendo as respostas devolvidas aos especialistas. Exemplos de estudos com o Delphi em serviços de saúde, no entanto, só começaram a ser publicados nos anos 60 (GUERREIRO; SAMUELS, 2006; WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

O método Delphi é simples: trata-se de um questionário interativo, que circula repetidas vezes por um grupo de peritos, reservando-se o anonimato das respostas individuais. Na primeira rodada os especialistas recebem um questionário, ao qual se é solicitado responder individualmente, usualmente com respostas quantitativas apoiadas por justificativas e informações qualitativas.

O questionário em geral é bastante elaborado, apresentando para cada questão uma síntese das principais informações conhecidas sobre o assunto, de forma a homogeneizar linguagens e facilitar o raciocínio. As respostas das questões quantitativas são tabuladas, recebendo um tratamento estatístico simples, definindo-se, por exemplo, a mediana e os quartis, e os resultados são devolvidos aos participantes na rodada seguinte. Quando há justificativas e opiniões qualitativas associadas às respostas quantitativas, a coordenação do painel busca relacionar os argumentos às projeções quantitativas correspondentes.

A cada nova rodada as perguntas são repetidas, e os participantes devem reavaliar suas respostas à luz das respostas numéricas e das justificativas dadas pelos demais respondentes na rodada anterior. São

solicitadas novas respostas com justificativas, particularmente se estas divergirem das respostas centrais do grupo. Esse processo é repetido por sucessivas rodadas até que a divergência de opiniões entre especialistas tenha se reduzido a um nível satisfatório, e a resposta da última rodada é considerada como a previsão do grupo.

O feedback estabelecido por meio das diversas rodadas permite a troca de informações entre os diversos participantes e em geral conduz a uma convergência rumo a uma posição de consenso.

O conceito tradicional do Delphi, geralmente aplicado a tendências e eventos futuros, tem sido estendido para incorporar a busca de ideias e estratégias para a proposição de políticas organizacionais mais gerais. Esta nova forma de Delphi não se caracteriza tão claramente como um instrumento de previsão, mas sim como uma técnica de apoio à decisão e à definição de políticas, e passou a ser conhecida como o *Policy Delphi* (Delphi de Políticas) (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000).

Uma das principais razões para a popularidade do método Delphi é que ele permite que um grupo razoavelmente grande, de diferentes localidades e áreas de expertise, pode ser incluído anonimamente na pesquisa. Existem poucas limitações geográficas e a logística é simplificada porque não há necessidade de reunir os participantes simultaneamente. Além disso, o *quase anonimato* supracitado - onde o pesquisador conhece a identidade dos participantes, porém, estes últimos se desconhecem mutuamente - pode minimizar a chamada *pressão dos semelhantes* (pressão verificada quando um indivíduo ou grupo incentiva uma pessoa a mudar seus valores ou comportamentos para atender a uma determinada conveniência social/formal). Por outro lado, a falta de comunicação face a face pode dificultar a resolução das diferenças entre os participantes, adiando o consenso do grupo (BOULKEDID et al., 2011).

O método Delphi compartilha das desvantagens de qualquer entrevista que utilize questionários, como por exemplo: alguns questionários enviados por e-mail podem não ser devolvidos e outros que retornem podem não ser úteis porque determinadas respostas foram omitidas. Isso pode levar à perda de

membros da amostra inicial do painel ao longo das sucessivas rodadas: um processo conhecido como *desgaste* ou *erosão*

Este problema pode ser minimizado de algumas maneiras: incluir no estudo somente aqueles que realmente concordaram em participar quando inicialmente contactados e fazer contatos de acompanhamento com os *não-respondedores* (GUERREIRO; SAMUELS, 2006).

Finalmente, uma vez que ainda não existem na atualidade requisitos universalmente aceitos para a utilização da técnica Delphi, ocorre considerável *desentendimento* e *incerteza* em relação aos parâmetros da técnica, tais como: as definições de consenso do grupo, a seleção dos especialistas, o número de rodadas e os relatórios do método e seus resultados (KEENEY; MCKENNA; HASSON, 2011).

4 METODOLOGIA

4.1 População, Locais De Coleta

Em Pernambuco, em 2013, o coeficiente de incidência de TB foi de 47,3/100 mil habitantes. Neste ano foram registrados 4353 casos novos da doença e o coeficiente de mortalidade foi de 3,8/100 mil habitantes. (BRASIL, 2015). Também em 2013 Pernambuco ocupou o 4º lugar em incidência da tuberculose multidrogarresistente (MDR-TB) dentre os estados brasileiros, com um percentual de 8,3% (SES, 2014)

Pernambuco conta com 184 municípios e o Distrito de Fernando de Noronha, totalizando uma população de com 8.931.028 habitantes, para os quais existem 2.132 equipes de saúde da família (proporção de cobertura populacional estimada de 76,96%). A capital, Recife, com uma população de 1.555.039 habitantes, está dividida em oito Regiões Político Administrativas (ou Distritos Sanitários) e possui atualmente 237 equipes de saúde implantadas em 127 Unidades de Saúde da Família (proporção de cobertura populacional estimada de 52,58%) (BRASIL, 2006). A população pesquisada consistiu de pacientes adultos em tratamento ambulatorial de TB, atendidos nos três níveis de complexidade da rede SUS em Recife (I Gerência Regional de Saúde). Foram também incluídos na pesquisa: profissionais (médicos, enfermeiros e farmacêuticos, agentes comunitários de saúde) envolvidos com pacientes do Programa de Controle Tuberculose do Estado de Pernambuco (PECT), bem como gestores de unidades de saúde integrantes do programa. A pesquisa envolveu 10 unidades básicas de saúde e uma policlínica (local A), um hospital de média complexidade (local B), e um hospital de alta complexidade (local C).

4.2 Cálculos De Amostragem

Os valores amostrais variaram de acordo com a etapa da pesquisa e estão descritos nas próximas subseções.

4.3 Critérios De Inclusão

Incluiu-se na etapa de avaliação do programa pacientes maiores de 16 anos em tratamento de tuberculose, em nível ambulatorial, bem como profissionais envolvidos com pacientes do Programa de Controle Tuberculose do Estado de Pernambuco (PECT), além dos gestores de unidades de saúde integrantes do programa, com experiência de pelo menos 1 ano de serviço atuando em Pernambuco.

4.4 Critérios De Exclusão

Foram excluídos das etapas de entrevista os pacientes que embora cumprissem os critérios de inclusão apresentassem alguma condição física ou psicológica que os impedissem de responder às questões da entrevista.

4.5 Etapas Da Pesquisa

A pesquisa foi dividida em três etapas (A, B, C) na tentativa de otimizar a realização das atividades e facilitar a criação de seu respectivo cronograma. O resumo das atividades de cada etapa está descrito na figura 4, abaixo. Os pacientes que participaram da etapa A não foram os mesmos que responderam à entrevista de avaliação do programa.

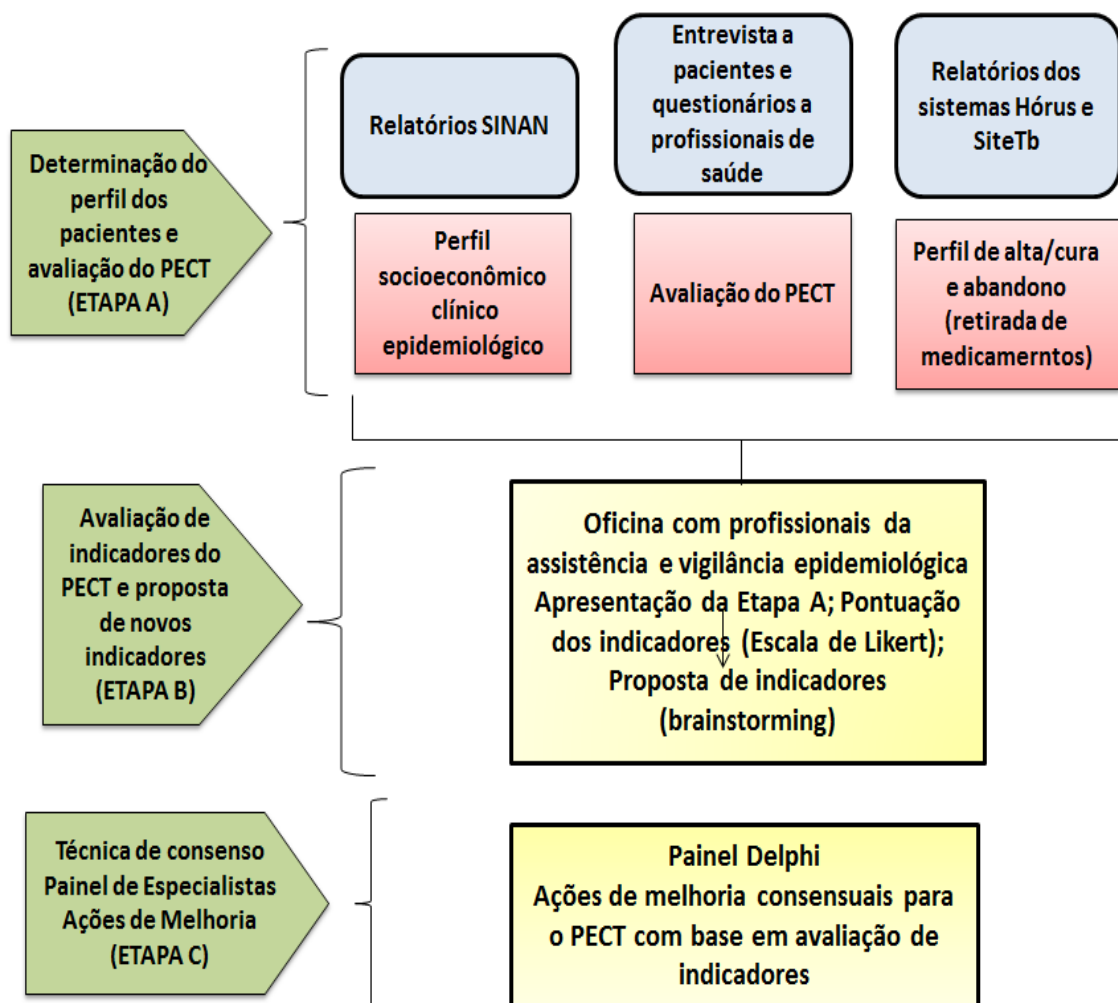


Figura 4 Descrição das Etapas da Pesquisa. Pernambuco, 2014-2016.

Fonte: Elaboração própria

4.5.1 Etapa A: Determinação Do Perfil Socioeconômicas E Epidemiológico Dos Pacientes E Avaliação Do Pect Nos Locais De Coleta

4.5.1.1 Perfil socioeconômico e epidemiológico dos pacientes

Realizou-se análise comparativa das variáveis epidemiológicas e socioeconômicas de todos os casos TB notificados nos locais de coleta selecionados para o estudo, durante o período de 01/2012 a 12/2014. As informações foram obtidas pelo banco de dados SINAN-PE e submetidas a

análise estatística. A amostragem correspondeu a 262 pacientes no local A, 154 pacientes local B e 24 pacientes no local C (total de 440 pacientes). Foram consideradas as variáveis descritas no quadro 2.

Quadro 3-Classificação das variáveis epidemiológicas

Variável	Classificação
Modo de entrada	Caso novo, Recidiva, Reingresso após abandono, Transferência
Forma clínica	Pulmonar, Extrapulmonar, Mista
Sorologia HIV	Negativo, Positivo, em andamento, não realizado
Situação de encerramento dos casos no SINAN	Cura, abandono, óbito por TB, óbito por outras causas, transferência, mudança de diagnóstico, ignorado/branco/casos ainda não encerrados

Fonte: Elaboração própria

Com relação às variáveis socioeconômicas, considerou-se o descrito no quadro 3:

Quadro 4-Classificação das variáveis socioeconômicas

Variável	Classificação
Sexo	Feminino, Masculino
Faixa etária, em anos	1-4, 5-9, 10-14, 15-19,20-49, 50 e mais
Escolaridade	Ensino Médio completo a Superior completo, Ensino Fundamental incompleto a Médio incompleto, inferior ao Ensino Fundamental incompleto, Nenhuma escolaridade.

Fonte: Elaboração própria

Os resultados da etapa acima foram avaliados com o auxílio do software Action versão 3.1. Este programa de estatística é de fácil manuseio, por ser integrado ao conhecido Microsoft Excel. É gratuito, pois pode ser utilizado sob os termos da Licença Pública Geral GNU da Fundação do Software Livre (Free Software Foundation's GNU General Public License). Todas as análises realizadas pelo programa estão baseadas na plataforma R. Esta última é ao mesmo tempo uma linguagem de programação especializada em computação com dados e um ambiente para computação estatística e gráfica (SILVA et al, 2009).

4.5.1.2 Perfil de cura/alta e abandono dos pacientes

O perfil de cura/alta e abandono dos pacientes, com base no acompanhamento de retirada de medicamentos, nas farmácias ambulatoriais dos locais de coleta foi realizada entre julho-dezembro 2014, com auxílio de programas de controle de estoque/dispensação dos hospitais (Hórus e SiteTB). Os relatórios corresponderam a 948 retiradas de medicamento, sendo 368 no local A, 348 no local B e 232 no local C. Para o presente estudo, definiu-se "cura" como retirada de medicamentos por três, seis ou nove meses consecutivos sem interrupção, dependendo do esquema de tratamento; a interrupção foi definida como a coleta não sequencial de medicamentos ou a interrupção do tratamento por dois meses consecutivos ou mais. Os pacientes receberam um status "indeterminado" se o tratamento estava em curso. Os dados foram inseridos em uma planilha do Excel e verificados quanto à precisão. Para tratamento estatístico dos dados foram empregados o teste Qui-quadrado, o teste exato de Fisher e uma análise bootstrap, realizados com auxílio do Software R.

Com respeito ao Hórus, trata-se de uma ferramenta utilizada para acompanhamento, pelos gestores da saúde, das várias etapas de atendimento dos pacientes, desde o cadastramento dos mesmos até o recebimento dos medicamentos, gerando informações que podem ser compartilhadas pelos profissionais da assistência e gestores; o programa também é destinado a acompanhar atividades, por exemplo, de abastecimento e gerenciamento de estoque das unidades de saúde, visando subsidiar a programação de compras

de insumos e consequentemente garantir o acesso do paciente ao tratamento. O Hórus possui um módulo automatizado que gera relatórios quando a dispensação de medicamentos de cada paciente é realizada ou não de forma sucessiva, sem interrupções. Desta forma, o programa permite identificar potenciais casos de abandono/cura. No caso do presente trabalho, foram utilizados esses relatórios para determinar o perfil de cura/alta e abandono.

O programa Site TB (Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose), que também foi utilizado nessa etapa da pesquisa, possui funcionalidades semelhantes às do Hórus, no entanto é utilizado exclusivamente para casos especiais de TB e MDR-TB. São considerados casos especiais de TB: pacientes com indicações de esquemas especiais em decorrência de efeitos adversos maiores (hepatopatias, intolerância grave, alergia medicamentosa etc.); pacientes com comorbidades que inviabilizem o uso do Esquema Básico, necessitando de esquemas especiais com formulações medicamentosas individualizadas ou medicamentos de segunda linha (insuficiência renal, HIV/Aids etc.); pacientes em uso do Esquema Básico (rifampicina+isoniazida+pirazinamida+etambutol por 2 meses seguido de rifampicina+isoniazida por 4 meses), em tratamento diretamente observado (TDO), com falência clínica, sem o resultado do teste de sensibilidade, necessitando de esquema especial ou esquema para TBMDR; os casos de TBDR; pacientes que apresentem qualquer tipo de resistência.

4.5.1.3 Avaliação do PECT

Foram avaliadas as ações desenvolvidas no PECT, no período de julho de 2014 a fevereiro de 2015, tendo sido utilizado o instrumento de coleta 1 em entrevista com os pacientes (Apêndice A). O instrumento de coleta foi desenvolvido pelos pesquisadores, e incluiu questões de respostas fechadas, englobando variáveis relativas a análise elenco de serviços, contexto familiar, orientação para a comunidade e acesso ao tratamento, derivadas de 16 indicadores propostos por Scatena e colaboradores (SCATENA et al., 2009).

Quadro 5- Itens utilizados na avaliação do PCT pelos pacientes em Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.

Item	Descrição
I1	Perde o turno de trabalho ou compromisso para consultar
I2	Uso de transporte motorizado
I3	Despesa transporte para consulta
I4	Falta de medicamentos durante o tratamento
I5	Espera para consulta acima de 60min
I6	Acesso a consulta médica em menos de 24 horas em casos de emergência
I7	Visita domiciliar
I8	Procura serviço de saúde mais próximo para consultar
I9	Informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento
I10	Informações sobre outros temas de saúde
I11	Visitas de profissionais de saúde por outros motivos além da TB
I12	Participação em grupos de pacientes de TB no serviço de saúde
I13	Informações sobre a TB e tratamento às pessoas que moram com o paciente
I14	Propaganda/campanha/trabalho educativo pelos profissionais do serviço de saúde
I15	Ações comunitárias para entrega do pote de escarro
I16	Encontros com lideranças comunitárias para discutir problema de da TB

Para cada um destes indicadores solicitou-se que o paciente atribuísse uma pontuação de 1-5. O instrumento de coleta também incluiu questões para caracterizar os pacientes do ponto de vista socioeconômico (gênero, faixa etária, renda familiar, tabagismo), bem como o nível de adesão autodeclarada. A análise estatística foi realizada com auxílio do software R. Na estatística descritiva calculou-se para cada paciente uma pontuação total, normalizada pelo número de itens aplicáveis e convertida em percentagem. Além da estatística descritiva, utilizaram-se os testes para determinar diferenças entre variáveis de interesse e entre locais de coleta (testes não-paraméricos).

Foram convidados a participar da pesquisa 123 pacientes atendidos no programa de tuberculose nas unidades de saúde selecionadas como locais de coleta, os quais cumpriam os critérios de inclusão e não se encaixavam nos critérios de exclusão. No total, 44 pacientes foram entrevistados: oito pacientes no local A, oito pacientes no local B e 28 pacientes no local C.

A avaliação do PECT também envolveu uma análise das condições de infraestrutura e a visão dos gestores e profissionais de saúde sobre o programa, informações que foram levantadas com base na matriz de análise e julgamento (apêndice 2), adaptada de Oliveira e colaboradores (2010). Foram selecionados intencionalmente para participar da avaliação: médicos, enfermeiros, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde e gestores de cada uma das unidades de coleta estabelecidas, totalizando 24 entrevistados (sete no local A, onze no local B, seis no local C).

A matriz (questionário) consistiu de doze questões/requisitos classificados em quatro categorias: 1-Cobertura e Acolhimento; 2- Diagnóstico, Assistência Clínica e Laboratorial; 3-Tratamento e Assistência Farmacêutica; 4-Integralidade. As perguntas correspondiam a 12 requisitos, distribuídos nas quatro categorias acima mencionadas: 1-atenção profissional, 2-registro e exame de contatos, 3-atendimento integral, 4- busca de casos, 5-registro e exame de contatos resultados da baciloscopia, 6-cultura de escarro e teste de sensibilidade quando indicados, 7- teste rápido para HIV, 8- disponibilidade e acessibilidade ao tratamento, 9-encaminhamento do paciente com MDRTB para o centro de referência quando indicado, 10-realização de tratamento supervisionado para os pacientes positivos à baciloscopia com risco de abandono e coinfeção, 11- fornecimento de assistência completa a todos os problemas de saúde relacionados ou não à TB, 12-fornecimento de orientação para a prevenção global, visando a promoção à saúde.

Solicitou-se aos profissionais que pontuassem cada pergunta de 0 a 5; a soma das pontuações por categoria dividida pela pontuação máxima em cada categoria forneceu um valor percentual (de 0 a 100) para cada avaliação.

4.5.2 Etapa B: Oficina

Foram apresentados inicialmente, em um encontro presencial, os resultados da etapa anterior da pesquisa: determinação do panorama clínico-epidemiológico/socioeconômico dos pacientes, perfil de cura/alta/ abandono, avaliação do PECT. Deste encontro participaram profissionais da assistência em saúde e da vigilância epidemiológica dos locais envolvidos no estudo (total

de 7 participantes). Aos integrantes da oficina foi entregue uma lista de 27 indicadores (Quadro 6) e solicitou-se que os classificassem, com base na apresentação como: relevante, irrelevante ou ãnão tenho opiniãoò para serem utilizados na etapa seguinte da pesquisa. Foi solicitado também que os profissionais sugerissem novos indicadores para o PECT. Os indicadores trabalhados na oficina foram utilizados na última etapa da pesquisa: um painel Delphi para consensualização de propostas de ações para melhoria da qualidade do PECT.

Quadro 6-Indicadores Avaliados na Etapa B (Oficina)

INDICADOR
Indicador 1: Proporção de pacientes que perdem turno de trabalho ou compromisso para consultar
Indicador 2: Proporção de pacientes que depende do transporte motorizado para acesso a consulta médica ou retirada de medicamentos
Indicador 3: Proporção de pacientes que têm despesa com transporte para consulta médica ou retirada de medicamentos
Indicador 4: Dias com falta de medicamentos durante o tratamento
Indicador 5: Proporção de pacientes que esperam acima de 60min pela consulta médica
Indicador 6: Proporção de pacientes que têm acesso a consulta médica em menos de 24 horas para situações de urgência
Indicador 7: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios
Indicador 8: Proporção de pacientes cujo acompanhamento médico é realizado no Serviço de saúde mais próximo da residência
Indicador 9: Proporção de pacientes que recebem Informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento
Indicador 10: Proporção de pacientes que participam de grupos de TB no Serviço de Saúde
Indicador 11: Proporção de comunicantes (pessoas que moram com o paciente) que recebem informações sobre a TB e seu tratamento.

Continua

Quadro 6-Indicadores Avaliados na Etapa B (Oficina)

Conclusão

Indicador 12: Número de Propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizadas semestralmente pelos profissionais do Serviço de Saúde
Indicador 13: Número de Ações comunitárias realizadas semestralmente para entrega do pote de escarro
Indicador 14: Número de encontros com lideranças comunitárias realizados semestralmente para discutir problema de TB
Indicador 15: Proporção de cura de casos de TB pulmonar bacilífera
Indicador 16: Realização de cultura para os casos de retratamento
Indicador 17: Proporção de casos novos oportunamente encerrados no SINAN
Indicador 18: Percentual dos casos novos pulmonares bacilíferos em TDO
Indicador 19: Contatos dos casos de TB pulmonar bacilífera examinados
Indicador 20: Proporção de exames anti-hiv realizados entre os casos novos de TB
Indicador 21: Proporção de co-infecção TB/ HIV
Indicador 22: Coeficiente de mortalidade por TB como causa básica e causa associada
Indicador 23: Coeficiente de incidência da TB
Indicador 24: Retratamento entre o total de casos
Indicador 25: Percentual de casos novos de TB, segundo a situação de encerramento
Indicador 26: Percentual de casos de TB em retratamento, segundo a situação de encerramento
Indicador 27: Percentual de casos novos de coinfeção TB-HIV, segundo a situação de encerramento

Fonte: Elaboração própria

4.5.3 Etapa C: Estudo Delphi para consensualização de propostas de melhoria da qualidade do PECT, com base em avaliação de indicadores

c.1 Design

O estudo empregou um design qualitativo/quantitativo.

c.2 Participantes

Os membros do painel foram profissionais de saúde recrutados por amostragem intencional a partir da Plataforma Lattes, base de dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Estes receberam a designação de painelistas, peritos ou especialistas, termos que foram utilizados como sinônimos no presente estudo. Foi também solicitado aos peritos recrutados que indicassem outros profissionais que preenchessem critérios de elegibilidade (snowbawling).

Com a finalidade de garantir a participação de especialistas, que possuem conhecimento e visão crítica sobre a matéria em estudo e representam diversos pontos de vista (CZINKOTA; RONKAINEN, 1997), a seleção da amostra geralmente não é aleatória. Keeney e colaboradores afirmam que muitos estudos Delphi empregaram técnicas de amostragem não probabilística intencional e snowbawling, individualmente ou em combinação (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011).

As informações sobre os critérios de tamanho de amostra e outros detalhes da amostragem são fornecidas posteriormente na seção "recursos necessários".

c3.Materiais

O questionário para a primeira rodada do Delphi foi composto por perguntas abertas, cada uma relacionada com um indicador de qualidade dos cuidados de saúde da TB, classificado em estrutura, processo ou resultado. Estes indicadores foram selecionados na etapa B (oficina com gestores e profissionais de saúde); foi fornecida informação resumida sobre cada indicador. Os participantes foram convidados a sugerir ações que podem ser tomadas para melhorar resultados no indicador ou, no caso de indicadores oficiais, para atingir as metas definidas (questionário da primeira ronda, Apêndice E). A segunda ronda assumiu a forma de um questionário estruturado, de respostas fechadas, para cada membro do painel (Apêndice F). Nesta fase o participante avaliou o nível de aceitação e viabilidade para cada ação de melhoria proposta, usando uma escala de quatro pontos, variando de 0 a 3. Adicionalmente, foram submetidas à votação intervenções com

efetividade comprovada por evidência robusta (metanálises e ensaios clínicos randomizados), relacionadas com os indicadores em estudo. As respostas foram usadas para calcular uma pontuação percentual de votos para cada ação.

Os questionários foram pilotados por uma amostra de conveniência, com vista a determinar a sua adequação.

c.4 Consenso

Segundo Libânio (2006), alguns trabalhos reportaram a utilização bem-sucedida do sistema abaixo (Quadro 7), proposto por De Loë (DE LOE, 1995) para avaliação de consenso em pesquisas com Delphi de políticas. Admitiu-se, portanto adotá-lo também neste estudo, considerando aprovadas nas dimensões relevância e viabilidade as ações que reunissem um grau de consenso médio a alto.

Quadro 7-Proposta de De Loë para avaliação de consenso em pesquisas com Delphi de políticas que utilizam escalas de voto com quatro categorias.

Grau de consenso	Condição (1)
Alto	70% dos votos em 1 categoria ou 80% em 2 categorias relacionadas (2)
Médio	60% dos votos em 1 categoria ou 70% em 2 categorias relacionadas (2)
Baixo	50% dos votos em 1 categoria ou 60% em 2 categorias relacionadas (2)
Nenhum	<50% dos votos em 1 categoria ou < 60% em 2 categorias relacionadas (2)

Legenda:

(1) - Relativa à distribuição de votos entre as categorias das escalas de votação.

(2) - Categorias relacionadas são aquelas de avaliação positiva ou negativa na escala de votação.

Utilizou-se no presente estudo três rondas. Em cada ronda foram utilizados até dois reminders aos não respondentes

c.5 Análise dos Dados

Os dados qualitativos coletados dos questionários da primeira ronda foram submetidos às fases básicas da técnica de análise de conteúdo: criação de unidades de análise e determinação das categorias de análise. Os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística descritiva.

c6 .Recursos utilizados

c 6.1 Materiais

Os questionários foram distribuídos aos participantes por e-mail com uma carta de apresentação, um formulário de participação e um folheto informativo (Apêndices C e D, respectivamente). Os participantes responderam on-line.

C 6.2 Participantes

Tamanho da amostra: Não existem mecanismos precisos para determinar o número ideal de indivíduos em estudos com a técnica Delphi, e o tamanho do painel pode variar de acordo com a natureza do estudo. Keeney e colaboradores (2011) afirmam que este tamanho varia. Segundo Cruz (2014), outros autores relatam que os painéis com mais de 30 participantes são raramente associados com melhores resultados e que grandes painéis também podem ser difíceis de gerir, além de exibir maiores níveis de erosão (desgaste). De acordo com Linstone e Turoff (2002), a variedade ou tipos de indivíduos requeridos num painel Delphi é mais importante que o tamanho do painel, a fim de garantir que todas as perspectivas sejam avaliadas. Considerando as afirmações acima, o painel foi iniciado com 12 peritos.

c7 Critérios de Amostragem

A fim de alcançar os melhores resultados deste estudo, os pesquisadores solicitaram a contribuição de profissionais que de alguma forma poderiam ter intervenção, participação ou opinião formada em relação ao PECT, seja pelo conhecimento teórico, prático ou ambos. Assim, para selecionar especialistas para este Delphi, os seguintes critérios foram

considerados: profissionais de saúde de iniciativa pública ou privada que apresentassem conhecimento teórico e/ou experiência prática na área sob investigação, os quais atuassem profissionalmente em Pernambuco.

Os critérios supramencionados foram operacionalizados selecionando-se subcategorias de profissionais de saúde nas bases de dados DataSUS, CNES, e Plataforma Lattes/CNPq, por avaliação dos respectivos currículos (atuação profissional e publicações científicas). Foram consideradas as subcategorias enfermeiro sanitaria, enfermeiro da estratégia de saúde da família, enfermeiro de doença infecciosa; farmacêutico sanitaria e de saúde pública; médico clínico geral, médico da Estratégia de Saúde da Família (ESF), médico pneumologista, médico infectologista.

4.6 Aspectos Éticos

O estudo seguiu as diretrizes e normas da Resolução CNS nº 466/12 e possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar HUOC-PROCAPE, sob os pareceres de número 675.406 e 1413715. Não foram coletados dados de identificação pessoal dos pacientes constantes na prescrição médica ou no cadastro dos serviços; desta forma, a pesquisa guardou o princípio do sigilo. Ressalta-se que os resultados obtidos foram utilizados exclusivamente para fins de publicação científica. Foi aplicado Termo de Consentimento livre e Esclarecido com os entrevistados (Apêndice B)

Quanto ao Painel Delphi, no decurso do estudo os participantes expressam opiniões relacionadas com a qualidade do PECT. Uma preocupação ética que poderia surgir de tal exercício seria o risco de identidades dos participantes serem conectadas a suas respostas. Portanto, foram tomadas medidas para garantir a confidencialidade das respostas. Os participantes forneceram apenas informações demográficas gerais (idade, sexo, tempo de experiência profissional, etc). A cada e-mail enviado foi atribuído um número de identificação único, que foi gravado em um banco de dados acessível somente para os pesquisadores. O acesso aos arquivos de dados e correspondência eletrônica foi protegido por senha.

5 RESULTADOS

5.1 Etapa A

5.1.1 Perfil socioeconômico e epidemiológico dos pacientes (SINAN)

Os dados sóciodemográficos só estavam disponíveis para os locais A e B. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (70%, n = 291), com idade entre 20 e 49 anos (60,5%, n = 252) e baixo nível de escolaridade (46%, n = 192). A apresentação clínica mais comum foi a TB pulmonar. Quanto À distribuição proporcional por tipo de entrada NO SINAN a MAIOR parte foi de casos novOS (78,4%, n=345). Com respeito aos motivos de encerramento dos casos no sistema: recidiva e reingresso após abandono foram respectivamente 5,9% e 10,9% (n = 26 e n = 48). A mortalidade relacionada com TB variou de 0 no local C a 5,4% no local B. Os índices de cura foram respectivamente 59,1% (n = 260), 28,95% (n = 128) e 16,6% (n = 73) nos locais A, B e C. As taxas correspondentes para abandono do tratamento foram de 21,2% , 24,9% (n = 110), 4,3% (n = 19), respectivamente. Em relação ao teste HIV, 37,27% dos pacientes foram soronegativos (n = 164); cerca de um terço (35%; n = 155) não tinha realizado o teste.

5.1.2 Perfil de cura/alta e abandono dos pacientes (Hórus e SiteTB)

As taxas de cura foram respectivamente 35,9% (n=83), 23,6% (n=82) e 31% (n=114) nos locais A, B e C, e as taxas correspondentes para abandono de tratamento foram 3,4% (n=8), 27,8% (n=97) e 9 % (n=33). As taxas de abandono foram estatisticamente diferentes entre os locais A, B e C (p <0,05). A análise bootstrap mostrou que, globalmente, a proporção de pacientes com um status ãndeterminadoò em cada local não alterou significativamente estas diferenças.

5.1.3 Avaliação do PECT

5.1.3.1 Entrevistas a pacientes

Em relação aos cuidados de saúde a que têm acesso no PCT, no geral os pacientes tiveram uma opinião desfavorável. A pontuação mediana foi 35% (mínimo 6%, máximo 88%), sendo o terceiro quartil inferior a 50% (Figura 4).

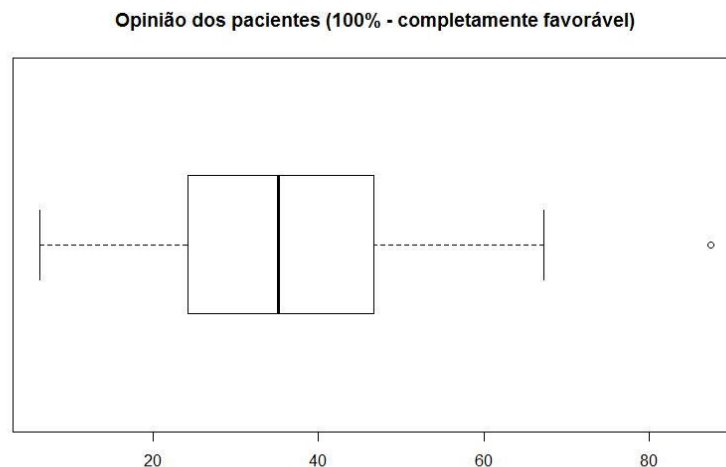


Figura 4 - Opinião dos pacientes sobre o Programa de Controle da Tuberculose em Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.

As pontuações medianas apresentaram diferenças entre os três locais de coleta (local A= 27%, local C=36% e local B= 37%); estas diferenças, no entanto, não se mostraram estatisticamente significativas (teste de Kruskal-Wallis, $p= 0,3925$).

Analizou-se também se os pacientes que declararam não aderir à terapêutica tinham opinião pior sobre o PCT em relação aos que aderiram. Apesar da diferença verificada na mediana da pontuação global nestes dois grupos (não aderentes 31%; aderentes 36%), esta não é estatisticamente significativa (teste de Mann Whitney-Wilcoxon; $p=0,356$).

Os resultados da avaliação foram separados pelas áreas de cuidado: acesso a transporte, acesso a consulta médica, acesso a tratamento, visita domiciliar, informação em saúde e participação comunitária. Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre áreas (teste de Kruskal-Wallis, p

< 2.2 e-16). As opiniões foram favoráveis no que diz respeito ao acesso, e desfavoráveis com respeito aos demais itens considerados, como representado na Figura 5 (teste de Mann-Whitney-Wilcoxon; $p=10^{-7}$).

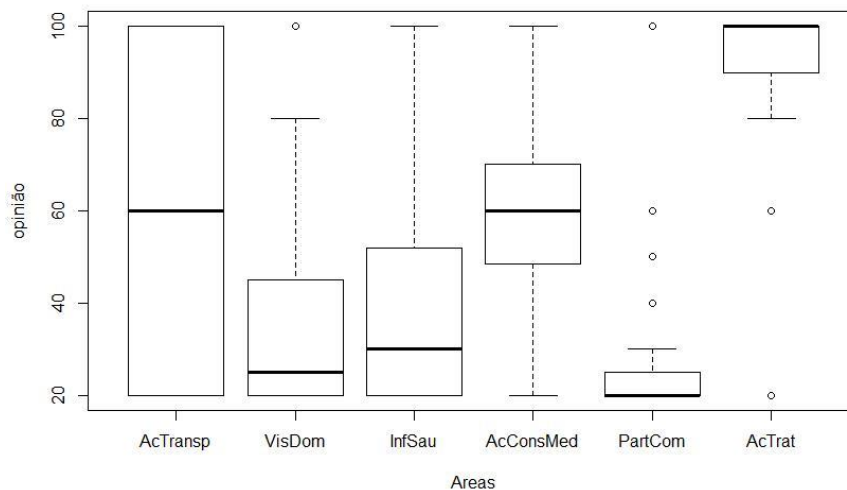


Figura 5 -Opinião dos pacientes por áreas de cuidado do PCT, Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.

Legenda:

AcTransp: Acesso a transporte

AcConsMed : Acesso a consulta médica

AcTrat Acesso a tratamento:

VisDom: Visita Domiciliar

InfSau: Informação em saúde

PartCom: Participação Comunitária

5.1.3.2 Questionários aos profissionais

No global obtiveram-se pontuações inferiores a 60%, evidenciando avaliação pouco favorável do programa: a pontuação mediana foi 51,55% (mínimo 22,9%, máximo 77,3%), e o terceiro quartil foi inferior a 64,6%.

Observaram-se diferenças nas pontuações medianas por grupo profissional. Os gestores e os médicos apresentaram pior opinião sobre o programa (pontuação mediana 38 e 42%) relativamente aos enfermeiros

(pontuação mediana 57%). Contudo estas diferenças não foram estatisticamente significativas (teste de Kruskal-Wallis, $p = 0,40$).

Considerando os três locais de coleta, observaram-se diferenças na opinião dos profissionais sobre o funcionamento do PCT que assumiram significado estatístico. Os profissionais do local C apresentaram uma opinião menos favorável relativamente às outras unidades de saúde (teste de Wilcoxon: $p=0,025$).

Finalmente, comparando-se os resultados do ponto de vista das categorias de avaliação (Figura 6), os profissionais tiveram pior opinião sobre o desempenho da categoria q2 Assistência Clínica e Laboratorial relativamente às restantes, assumindo esta diferença significado estatístico (teste de Wilcoxon: $p < 0,01$)

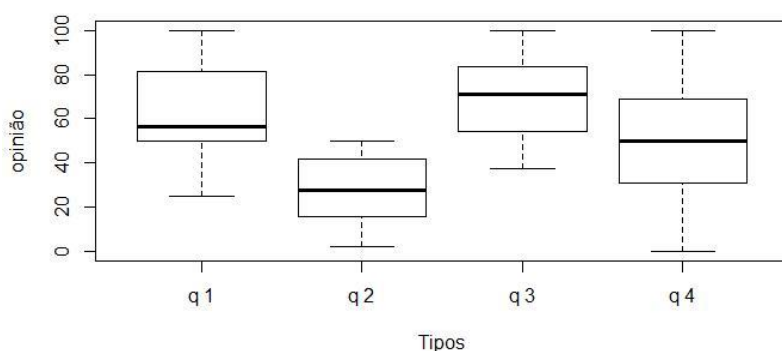


Figura 6- Opinião dos profissionais com base no questionário; dados organizados por categoria de avaliação, Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.

Legenda:

q1: Cobertura e Acolhimento

q2: Diagnóstico, Assistência Clínica e Laboratorial;

q3: Tratamento e Assistência Farmacêutica;

q4: Integralidade.

5.2 Etapa B : Oficina

Considerando-se um número inicial de 27 indicadores, 12 deles foram descartados nesta etapa porque não atingiram o percentual de consenso para serem considerados como relevantes para a avaliação do programa de controle da tuberculose em Pernambuco. Os indicadores que foram descartados estão apresentados no Quadro 8.

Quadro 8- Indicadores descartados na validação preliminar

Número do indicador	Definição
1	Proporção de pacientes que perdem turno de trabalho ou compromisso para ir ao médico
2	Proporção de pacientes que têm despesas de transporte para consulta médica ou retirada de medicamentos
3	Proporção de pacientes aguardando mais de 60 minutos para consulta médica
4	Número de reuniões com líderes comunitários realizadas semestralmente para discutir problemas de TB
5	Proporção de cura entre casos de tuberculose pulmonar
6	Proporção de novos casos fechados oportunamente no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)
7	Proporção de coinfeção TB / HIV
8	Coeficiente de mortalidade da TB como causa subjacente e causa associada
9	Coeficiente de incidência da tuberculose
10	Percentual de novos casos de TB, de acordo com a situação de "fechamento" no SINAN
11	Percentagem de casos de tuberculose em retratamento
12	Percentagem de novos casos de co-infecção TB-HIV

Durante a oficina foram também sugeridos novos indicadores para avaliar o programa de controle local da tuberculose (Quadro 9).

Quadro 9- Indicadores propostos na validação preliminar

Número do indicador	Definição
1	Abandono do tratamento de novos casos de TB pulmonar (%)
2	Proporção de pacientes que têm acesso ao medicamento em tempo hábil
3	Proporção de doentes que não aderem ao tratamento
4	Percentagem de subnotificação da tuberculose

5.3 Etapa C : Estudo Delphi para consensualização de propostas de melhoria da qualidade do PECT

Após a seleção do currículo (395 resultados na busca das bases de dados), um total de 63 convites foi enviado a especialistas. Apenas 19 concordaram em participar do estudo (30% de taxa de resposta) e 12 responderam ao questionário da primeira ronda (36% de erosão). Onze especialistas responderam ao questionário da segunda ronda (8% de erosão). Não ocorreu erosão entre a segunda e a terceira ronda.

5.3.1 Perfil do Painel:

Considerando-se um total de 12 peritos, a maioria deles era do sexo feminino (91,6%, n = 11), com idade entre 31 e 37 anos (83,3%, n = 10), grau acadêmico mínimo de especialista em saúde pública e epidemiologia (50%, n = 6), cinco anos de experiência ou mais com pacientes de tuberculose ou com o

Programa Estadual de Controle da Tuberculose (91,6%, n = 11). Um total de 91,6% dos panelistas (n = 11) atuam profissionalmente em iniciativa pública. O painel foi composto por enfermeiros (41,6%, n = 07) e farmacêuticos (58,3%, n = 05)

Primeira ronda: Após análise de conteúdo 93 ações foram sugeridas a fim de melhorar os resultados dos 19 indicadores iniciais aprovados na oficina que aconteceu antes da primeira ronda (anexo 1).

Segunda ronda: Nesta etapa 83 ações foram aprovadas com alto grau de consenso quanto à relevância e viabilidade. As ações com médio ou baixo grau de consenso (Quadro 10) foram submetidas a nova avaliação do painel na terceira ronda.

Quadro 10- Ações de melhoria com médio ou baixo grau de consenso para relevância e viabilidade após a segunda rodada do Painel Delphi

<u>Indicador:</u> Proporção de pacientes dependendo do transporte motorizado para o acesso à consulta médica ou a retirada de medicamentos na farmácia	<u>Ações:</u> 1.Garantir auxílio para o transporte voltado ao paciente SUS em tratamento de TB, com dificuldade financeira, sob a forma de: vale-transporte, ajuda de custo ou um veículo institucionalizado da Rede de Serviços da Secretaria de Saúde Municipal com marcações planejadas. 2.Entrega de medicamentos na residência dos pacientes através dos Agentes Comunitários de Saúde.
--	---

Continua

Quadro 10- Ações de melhoria com médio ou baixo grau de consenso para relevância e viabilidade após a segunda rodada do Painei Delphi

<u>Indicador:</u> Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em suas residências.	<u>Ações:</u> 1. Aumento o número de Agentes Comunitários de Saúde para atender às necessidades das áreas descobertas. Reduzir o número de famílias por equipe de saúde da família. 2. Instituir fiscalização das visitas domiciliares pelas prefeituras e punições para as equipes que não as realizam.
<u>Indicador:</u> Proporção de pacientes que recebem informações (TB) e seu tratamento	<u>Ação:</u> Promover a adesão à educação em grupo periódica através da oferta de um lanche saudável após a sessão
<u>Indicador:</u> Percentagem de casos novos pulmonares com baciloscopia positiva que estão em tratamento diretamente observado (TDO)	<u>Ação:</u> Aumentar o número de profissionais aptos a participar do TDO, incluindo incentivo financeiro aos agentes comunitários de saúde para cada TDO realizado e comprovado.
<u>Indicador:</u> Abandono de tratamento de novos casos de TB pulmonar bacilífera (%)	<u>Ação:</u> Instituir lembretes "pré-consulta" (visitas, telefonemas, cartas ou mensagens SMS antes compromisso agendado). Isso poderia ser feito por funcionários dos serviços de saúde, voluntários ou membros da comunidade.

Continua

Quadro 10- Ações de melhoria com médio ou baixo grau de consenso para relevância e viabilidade após a segunda rodada do Painei Delphi

Conclusão

<u>Indicador:</u> Proporção de pacientes que não aderem ao tratamento	Ação: Criar uma linha telefônica para pacientes com suspeita de reação adversa
<u>Indicador:</u> Percentual de subnotificação de tuberculose	Ação: Implementação de um serviço de notificação on-line

Terceira Ronda: Dez ações (Tabela acima) foram submetidas a esta última avaliação do painel. Foram aprovadas seis ações com alto grau de consenso quanto à relevância e viabilidade. Apenas as seguintes ações mantiveram um médio ou baixo grau de consenso: 1. Entrega de medicamentos na residência dos pacientes através dos Agentes Comunitários de Saúde. 2. Reduzir o número de famílias pela equipe de saúde da família. 3 Aumentar o número de profissionais aptos a participar do TDO, incluindo incentivo financeiro aos agentes comunitários de saúde para cada TDO realizado e comprovado. 4. Instituir lembretes "pré-consulta" (visitas, telefonemas, cartas ou mensagens SMS antes compromisso agendado).

Finalmente, ao final da terceira ronda, apenas dez das 89 ações atingiram simultaneamente um alto grau de consenso e a pontuação mais alta para relevância e viabilidade: foram classificadas com pontuação 3 de acordo com a escala de pontuação (Quadro 11).

Quadro 11- Ações de melhoria com alto grau de consenso e pontuação mais alta para relevância e viabilidade após a terceira rodada do Painei Delphi

Indicador: Proporção de pacientes cujo tratamento médico é realizado no serviço de saúde mais perto de sua casa	Ação: 1. Promover a formação inicial e formação continuada para os profissionais da Atenção Básica em diagnóstico, tratamento e acompanhamento de TB.
Indicador: Percentagem de pacientes que receberam informações sobre a tuberculose (TB) e seu tratamento	Ações: 2. Capacitação dos profissionais de saúde para ofertarem as informações no momento da busca ativa e nas visitas domiciliares. 3. Implementar a educação em grupo sobre TB e seu tratamento por equipes multidisciplinares, para membros da comunidade em geral (por exemplo, salas de espera). 4. Fornecer educação individual ao paciente e consulta com um profissional de saúde, promovendo a escuta e o vínculo.

Continua

Quadro 11- Ações de melhoria com alto grau de consenso e pontuação mais alta para relevância e viabilidade após a terceira rodada do Painel Delphi

Conclusão

<u>Indicador:</u> Proporção de comunicantes ou contatos que recebem informações sobre a tuberculose e seu tratamento.	Ação: 5. Uma vez que se tem o diagnóstico positivo de TB, alguém na equipe de saúde deve entrar em contato com as pessoas que vivem com o paciente, para realizar os exames e/ou quimioprofilaxia (dependendo da situação).
<u>Indicador:</u> Número de ações comunitárias realizadas a cada seis meses para a entrega do pote de escarro	Ações: 6. Realizar de fato nas visitas domiciliares a busca dos sintomáticos respiratórios e caso os encontre já disponibilizar os potes de escarro. 7. Capacitar todos os profissionais de Saúde das Unidades Básicas, que integram as ações comunitárias para a identificação do sintomático respiratório(SR) e seus contatos.
<u>Indicador:</u> Realização de cultura para casos de retratamento	Ação: 8. Informar e conscientizar a população sobre a importância do exame de cultura.
<u>Indicador:</u> Percentagem de contatos de pacientes com tuberculose pulmonar que são examinados para a doença	Ação: 9. Solicitação e disponibilização dos potes de escarro, por qualquer profissional de saúde da unidade.
<u>Indicador:</u> Percentual de subnotificação de tuberculose	Ação: 10. Sensibilizar e capacitar as equipes de saúde de saúde da família para realizarem notificação em tempo hábil, nomeadamente através da atuação da vigilância epidemiológica para divulgar a importância do planejamento em saúde mediante as notificações de agravos compulsórios.

6 DISCUSSÃO

Parte deste estudo propôs-se a avaliar os perfis epidemiológico, socioeconômico e de cura/abandono dos pacientes do PECT. Nesta etapa, salienta-se como principal limitação a utilização de dados secundários, extraídos do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com possíveis imprecisões e inconsistências próprias do sistema, como é o caso da subnotificação. Outra limitação, característica de estudos ecológicos, consiste na chamada falácia ecológica, para a qual os resultados encontrados em uma escala regional não traduzem, necessariamente, os resultados dos municípios circunscritos a ela se considerados de maneira isolada.

Com respeito às variáveis socioeconômicas observou-se que, nos locais de coleta avaliados, os pacientes da atenção básica e da média complexidade possuem perfil semelhante entre si: são em sua maioria do sexo masculino, têm entre 20 e 49 anos de idade e possuem baixa escolaridade (concluíram o ensino fundamental ou possuem o ensino fundamental incompleto). Em pesquisa brasileira de 2010, Giroti e colaboradores afirmaram que, entre os pacientes que abandonam o tratamento de tuberculose, a maioria pertence ao sexo masculino, possuindo entre 21 e 40 anos de idade e tendo estudado de 4 a 7 anos (baixa escolaridade) (GIROTI et al., 2010).

Quanto às variáveis clínico-epidemiológicas, o perfil dos pacientes recrutados para nosso estudo foi divergente entre os locais de coleta, em contraponto às variáveis socioeconômicas em geral. Destacamos neste caso a testagem para o HIV e a possibilidade de coinfeção TB/HIV, que evocam outra dimensão da epidemiologia da tuberculose e um especial desafio aos municípios para o enfrentamento desse grave aspecto da doença. A coinfeção TB/HIV, crescente no Estado de Pernambuco, apresenta uma dinâmica própria, aumenta a virulência de ambas as doenças de forma a aumentar a letalidade, o abandono pelo paciente e a resistência de seu organismo aos medicamentos antimicrobianos (MENDONÇA; FRANCO, 2015).

Com relação ao perfil de cura/alta e abandono dos pacientes, os resultados obtidos através de relatórios de retirada de medicamentos em

sistemas de gerenciamento de estoque e pelo SINAN, apontam valores percentuais médios para alta e abandono inferiores às metas nacionais, preconizadas pelo Ministério da Saúde (percentual de cura superior a 85% e percentual de abandono inferior a 5%). Cabe considerar que a terapia antimicrobiana incorreta ou incompleta, especialmente na fase inicial da tuberculose, é a principal causa de resistência adquirida a drogas e falhas terapêuticas. As taxas de abandono foram significativamente diferentes entre as unidades de saúde avaliadas ($p < 0,05$).

Análise do tipo bootstrap mostrou que, globalmente, a proporção de pacientes com um status "indeterminado" em cada local não alterou significativamente essas diferenças. Por outro lado, o quantitativo de tratamentos com este status poderia ser menor se houvesse interligação (linkage) entre os sistemas de informação, a saber, por exemplo: Hórus, Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e SiteTB. Adicionalmente, o linkage com o SIM pode contribuir para a melhoria da qualidade do encerramento dos casos notificados no SINAN (BARTHOLOMAY et al., 2014).

Este estudo teve também como objetivo avaliar as ações desenvolvidas no PCT em unidades de saúde do Recife, com base na perspectiva de profissionais atuantes no programa, bem como de pacientes. Um de seus pontos fortes é fornecer indicação de áreas de melhoria do PCT, o que pode, em última análise, traduzir-se em melhoria da assistência aos pacientes.

Como principal limitação desta avaliação do PECT pode-se apontar a amostragem não probabilística utilizada; as opiniões dos participantes podem não refletir a perspectiva da população de usuários e profissionais de saúde de outras unidades do município de Recife ou do estado de Pernambuco.

No geral, a opinião dos pacientes e profissionais inquiridos foi desfavorável. Os primeiros pontuaram mais desfavoravelmente os itens visita domiciliar e participação comunitária, enquanto os segundos manifestaram opiniões menos positivas sobre a assistência clínica e laboratorial. Sabendo-se que, na atualidade, e tendo-se em vista que o fator acesso facilmente pode levar o paciente a abandonar o tratamento (COUTO et al., 2014), ressalta-se

que nesse estudo foram considerados fatores que dificultam o acesso, por exemplo: dependência do transporte motorizado para a consulta médica ou ida à farmácia. Apesar de ser disponibilizado gratuitamente, o tratamento pode representar um custo econômico para o paciente, tanto pelo eventual custo do deslocamento, como pela possível perda do turno de trabalho (MENDONÇA; FRANCO, 2015).

Com respeito a outros itens com baixa pontuação nesta pesquisa, podemos dizer que dois merecem ser considerados: a visita domiciliar por profissionais de saúde e informações sobre a doença prestadas pelos serviços de saúde. Variáveis estas que apontam para a existência de certa passividade dos serviços diante do problema do abandono ao tratamento.

As pontuações menos positivas atribuídas pelos profissionais à categoria "Diagnóstico, Assistência Clínica e Laboratorial" corroboram dificuldades já conhecidas, como a debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde (MONROE et al., 2008), bem como problemas na organização do material para exame bacteriológico, abordagem inadequada ao paciente durante a coleta de escarro e treinamento profissional inadequado (NÓBREGA et al., 2010). Esta parece ser portanto uma área que requer atenção prioritária dos gestores. Adicionalmente, a avaliação insatisfatória dos profissionais com respeito à categoria supracitada, também corrobora a fragilidade identificada na questão do controle da transmissão da tuberculose.

Ainda de acordo com o objetivo deste estudo, seu principal resultado foi a proposta de oitenta e nove ações de melhoria para o PECT obtidas em um painel Delphi composto por especialistas locais. Tais ações foram validadas quanto à sua relevância e viabilidade, tendo alcançado um alto grau de consenso. Dentre essas ações consensuais, apenas dez atingiram simultaneamente a pontuação mais alta para relevância e viabilidade. Por outro lado, vale ressaltar que não foi obtido consenso apenas para quatro das ações de melhoria propostas.

Com respeito à generalização do estudo, deve-se levar em conta que os indicadores e ações de melhoria propostos para um programa local podem

ser um ponto de partida útil para pesquisas semelhantes, mas não podem ser simplesmente transferidos para outra região, devido às diferenças na cultura dos profissionais, na organização de cuidados de saúde e na prática clínica ao longo do país (GUERREIRO; CANTRILL; MARTINS, 2007). A metodologia Delphi utilizada aqui, por outro lado, pode ser reproduzida em outras situações, em estudos de saúde com outros objetivos.

O painel Delphi realizado neste estudo possui também algumas limitações. Primeiro, o número de participantes no painel foi pequeno (apenas 12 especialistas). Sabe-se, no entanto, que não há mecanismos precisos para identificar o número ideal de indivíduos em estudos com a técnica Delphi, e que o tamanho do painel pode variar de acordo com o tipo de política investigada. Em segundo lugar, a composição do painel pode ser criticada pela falta de participantes médicos, que também integram a atenção primária; foram enviados convites, mas houve retorno destes. Nossa intenção foi envolver os profissionais de saúde que mais frequentemente são responsáveis pela dispensação/monitoramento de pacientes de atenção primária, de modo que enfermeiros e farmacêuticos representaram adequadamente esses profissionais no processo de validação.

Embora esta pesquisa tenha aderido a princípios rigorosos, nomeadamente na definição e seleção de peritos e na definição de consenso, deve-se ter em conta que as respostas obtidas não devem ser consideradas definitivas: apenas revelam situações que devem ser alteradas, incentivadas ou tornadas possíveis (MINAYO, 2009). Em outras palavras, quanto às ações de melhoria propostas neste estudo, as perspectivas financeiras e outras questões práticas das intervenções devem ser discutidas pelos gestores e profissionais de saúde.

Finalmente, os debates para os quais este trabalho contribui são: a organização e o desempenho dos serviços de atenção primária e os fatores que influenciam em sua eficácia no controle da tuberculose.

7 CONCLUSÕES

Os resultados da avaliação do PCT nesta pesquisa a exemplo de outras, sugerem, na perspectiva de profissionais e pacientes, insucesso no desempenho das ações desenvolvidas no programa e indicam que o funcionamento do mesmo necessita de mais atenção por parte dos gestores da vigilância epidemiológica e da atenção básica,

Foram avaliados neste trabalho também indicadores do PECT, e estes geraram propostas de ações de melhoria para o programa. Estas ações de melhoria propostas, obtidas no painel Delphi desenvolvido no estudo, podem ser úteis em uma variedade de esforços para melhorar a qualidade de atendimento para pacientes com TB, desde que aprovadas por formuladores de políticas locais e gerentes do programa. No entanto, para serem eficazes, também precisam ser bem conduzidas pela equipe de profissionais de saúde e pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família. Estudos semelhantes podem ser desenvolvidos para outras regiões e/ou doenças.

8 PERSPECTIVAS

Como perspectivas do presente trabalho de Doutorado, espera-se:

- Publicar os dois trabalhos científicos submetidos aos periódicos indexados;
- Dar conhecimento das ações de melhoria consensuais para o PECT obtidas no painel Delphi a gerentes do programa estadual/ municipal, de modo que haja possibilidade de tais ações serem aplicadas na prática, integrando universidade-serviços de saúde, com intuito de melhorar a qualidade de atendimento para pacientes com TB.

9 REFERÊNCIAS

ALVES, R. S. et al. Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 650-657, 2012.

ALVES, V. DE S. **Gestão da qualidade: ferramentas utilizadas no contexto contemporâneo da saúde**. Primeira ed. São Paulo: Martinari, 2009.

AQUINO, D. S. DE et al. Factors associated with treatment for latent tuberculosis in persons living with HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 12, p. 2505-2513, dez. 2015.

ARCÊNIO, R. A. et al. Barreiras econômicas na acessibilidade do doente ao tratamento da tuberculose em Ribeirão Preto-SP (2007). In: VILLA, TEREZA CRISTINA SCATENA; RUFFINO-NETTO, A. (Org.). **Tuberculose - Pesquisas Operacionais**. São Paulo: FUNPEC-Editora, 2009. cap. II, p. 42-48.

ASSIS, Elisângela Gisele de et al. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 111-118, fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 jan. 2017.

AZEVEDO, A. L. M. DE; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde: uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n.35, p. 797-810, 2010.

BARTHOLOMAY, P. et al. Melhoria da qualidade das informações sobre tuberculose a partir do relacionamento entre bases de dados. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 11, p. 2459-2469, 2014.

BOULKEDID, R. et al. Using and Reporting the Delphi Method for Selecting Healthcare Quality Indicators: A Systematic Review. **PLOS ONE**, v.6, n.6, p.1-8, jun. 2011. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0020476>

BOURRÉE, F.; MICHEL, P.; SALMI, L. R. [Consensus methods: review of original methods and their main alternatives used in public health]. **Revue d'épidémiologie et de santé publique**, v. 56, n. 6, p. 415-23, dez. 2008.

BRASIL Ministério da Saúde. **Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, 2007-2015**. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=423. Acesso em: 23 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Manual de recomendações**

para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil.pdf> Acesso em: 29 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. **Panorama da Tuberculose no Brasil: indicadores epidemiológicos e operacionais.** Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/panorama%20tuberculose%20brasil_2014.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2016.

BRASIL. **Portal da Saúde SUS-Tuberculose-Situação Epidemiológica - Dados.** 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741-secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose/11485-situacao-epidemiologica-dados>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Secretaria de Vigilância em Saúde. LOBO, A. DE P. et al.(Org.).**Situação Epidemiológica da Tuberculose nos Estados Partes e Associados do MERCOSUL.** Brasília. 2015. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/07/tuberculose-mercosul-6out15-web.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

CAMPBELL, S. M. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **Quality & safety in health care**, v. 11, n. 4, p. 358-64, dez. 2002.

CAMPBELL, S. M. et al. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. [Review] [24 refs]. **BMJ**, v. 326, n. 7393, p. 816-819, 2003.

COUTO, D. S. DE et al. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 102, p. 572-581, 2014.

CRUZ, M. M. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (Org.).**Caminhos para análise das políticas de saúde.** IMS-UERJ, Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. cap.7, p. 285-318. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-interlocucoes-praticas-experiencias-e-pesquisas-em-saude/caminhos-para-analise-das-politicas-de-saude-pdf>> Acesso em: 24 jan.2017.

CRUZ, P.J.S. **Metodologia 4Choice4A ® para atendimento em MNSRM : Um contributo para a sua validação.** 2014.102f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia Aplicada) - Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Coimbra. 2014

CZINKOTA, M. R.; RONKAINEN, I. A. International Business and Trade in the

Next Decade: Report from a Delphi Study. **Journal of International Business Studies**. v. 28, n. 4, p. 827-844, 1997.

DALKEY, N. The Delphi Method: An Experimental Study of Group Opinion. **Futures**, v. 1, n. 5, p. 408-426, 1969. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S001632876980025X>> Acesso em: 29 abr. 2016.

DA NÓBREGA, L. V. B. Avaliação do grau de implantação das ações do Programa de Controle da tuberculose na Estratégia Saúde da Família, Recife - PE [s.l.] Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA : the journal of the American Medical Association**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1997.

ERNST, J. D. The immunological life cycle of tuberculosis. **Nature Reviews Immunology**, v. 12, n. 8, p. 581-591, 2012.

EWER, K. et al. T cell based diagnosis of mycobacterium tuberculosis infection: a blinded comparison with the tuberculin skin test in a school tuberculosis outbreak [Abstract]. **European Respiratory Journal**, v. 22, n. Suppl 45, 2003.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FERNANDES, M. V. L.; LACERDA, R. A.; HALLAGE, N. M. Construção e validação de indicadores de avaliação de práticas de controle e prevenção de infecção do trato urinário associada a cateter. **ACTA Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 174-189, 2006.

FERNANDES, R. D. Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial. **Revista da FAE**, v. 7, n. 1, p. 1-18, 2004.

FITCH, K. et al. **The RAND / UCLA Appropriateness Method User's Manual**. Arlington: RAND, 2001. Disponível em: <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

FOX, G. J. et al. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. **The European respiratory journal**, v. 41, n. 1, p. 140-156, jan. 2013.

GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA [Internet]. [citado fev 17]; Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=docplayer%20br%2013106412%20Gestao%20assistencia%20farmaceutica>>

GETAHUN, H. et al. Latent Mycobacterium tuberculosis Infection. **New**

England Journal of Medicine, v. 372, n. 22, p. 2127-2135, 2015.

GIROTI, S. K. DE O. et al. Perfil dos pacientes com tuberculose e os fatores associados ao abandono do tratamento. **Cogitare enferm**, 2010.

GONÇALVES, M. J. F. Avaliação de Programa de Saúde: O Programa Nacional de Controle de Tuberculose no Brasil. **Sau. & Transf. Soc.**, v. 3, n. 1, p. 13-17, 2012.

GONZALES, R. I. et al. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. **Rev Lat Am Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 95-100, 2008.

GUERREIRO, M. P.; CANTRILL, J. A.; MARTINS, A. P. Morbilidade evitável relacionada com medicamentos - Validação de indicadores para cuidados primários em Portugal. **Acta Medica Portuguesa**, v. 20, n. 2, p. 107-130, 2007.

GUERREIRO, M. P.; SAMUELS, T. Consensus methods can help to form opinions in pharmacy research. **Pharmacy In Practice**, p. 46-50, 2006.

KEENEY, S.; HASSON, F.; MCKENNA, H. **The Delphi Technique in Nursing and Health Research**. Wiley-Blackwell, 2011. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781444392029>>. Acesso em: 25 jan. 2017.

LIBANIO, P. A. C. **Avaliação Qualitativa do Modelo de Gestão da Política Nacional de Recursos Hídricos : Interfaces com o Sistema Ambiental e com o Setor de Saneamento**. 2006. 318f. Tese (Doutorado em Saneamento, Meio Ambiente e Recursos Hídricos)-Universidade Federal de Minas Gerais-Belo Horizonte, 2006.

LIMA, M. D. O.; PINSKY, D.; IKEDA, A. A. A Utilização do Delphi em Pesquisas Acadêmicas em Administração: um Estudo nos Anais do EnAnpad. **XI SemeAd - Seminários em Administração**, p. 1-13, 2008.

LINSTONE, H. A.; TUROFF, M. **The Delphi Method - Techniques and applications**. Murray Turoff and Harold A. Linstone (Ed.), 2002. Disponível em: <http://www.millennium-project.org/FRMv3_0/04-Delphi.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

LOBO, A. DE P. et al. **Situação Epidemiológica da Tuberculose nos Estados Partes e Associados do MERCOSUL**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/outubro/07/tuberculose-mercosul-6out15-web.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2016.

LOPES, J. DE L. et al. Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 2, p. 136-141, 2009.

MAINZ, J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 15, n. 6, p. 523-530, 1

dez. 2003.

MARCUS, J. L. et al. Potential Interventions to Support Adherence to HIV Preexposure Prophylaxis (PrEP): A Systematic Review. **HIV Med**, v. 15, n. 7, p. 385-395, 2014.

MCGLYNN, E. A.; ASCH, S. M. Developing a clinical performance measure. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 14, n. 3 Suppl., p. 14-21, 1998.

MENDONÇA, S. A.; FRANCO, S. C. Avaliação do risco epidemiológico e do desempenho dos programas de controle de tuberculose nas Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina, 2003 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 59-70, mar. 2015.

MINAYO, M. C. D. S. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. supl. 1, p. 83-91, 2009.

MIRANDA, C. Z. **O uso de indicadores na avaliação do Programa de Inclusão Digital do Governo Federal**. Brasília: [s.n.]. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/2871586-O-uso-de-indicadores-na-avaliacao-do-programa-de-inclusao-digital-do-governo-federal.html>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

MONROE, A. A. et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 262-267, jun. 2008.

MUNARETTO, LORIMAR FRANCISCO CORRÊA, H. L.; CUNHA, J. A. C. DA. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Rev. Adm. UFSM, Santa Maria**, v. 6, n. 1, p. 09-24, 2013.

MUNRO, S. et al. A review of health behaviour theories: how useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? **BMC public health**, v. 7, p. 104, 2007.

NÓBREGA, R. G. et al. The active search for respiratory symptomatics for the control of tuberculosis in the Potiguara Indigenous Scenario, Paraíba, Brazil. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 18, n. 6, p. 1169-76, dez. 2010.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saude Publica**, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

OVRETVEIT, J.; GUSTAFSON, D. Using research to inform quality programmes. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 326, n. 7392, p. 759-761, 2003.

PA, M.; MR, B.; HINO P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde ARTIGO ORIGINAL. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.

PELLEGRINI FILHO, A. Conferências de Consenso: a experiência chilena.

História, Ciências, Saúde-Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 489-493, ago. 2005.

PORTAL DA PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. **Localização das unidades do Programa Saúde da Família**. [2016]. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/servico/localizacao-das-usf>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

PRINGLE, M.; WILSON, T.; GROL, R. Measuring "goodness" in individuals and healthcare systems. **BMJ (Clinical research ed.)**, v. 325, n. September, p. 704-707, 2002.

REINERS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2299-2306, dez. 2008.

RODRIGUES, I. L. A. et al. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 2, p. 383-387, jun. 2010.

SCATENA, L. M. et al. Desigualdades no acesso ao tratamento de TB em diferentes regiões do Brasil. limites e desafios. In: VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A. (Org.). **Tuberculose - Pesquisas Operacionais**. São Paulo: FUNPEC-Editora, 2009. cap. VII. p. 179-184.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO (SES). Situação epidemiológica da tuberculose drogaresistente (TBMR); O controle da TBMR. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde**- [Internet]. 2014[citado 2017 Abr 17]; v.3, n.3, p.1-4. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/boletim_tuberculosis_1o_semestre_2014.pdf

SILVA, B.F.DA; MATIAS, J.D.; BORTOLUZZI, A. **Minicurso de Estatística Básica: Introdução ao software R**. Programa de Educação Tutorial - Engenharia Elétrica Universidade Federal de Santa Maria Santa Maria. abr. 2009. Disponível em: <http://www.uft.edu.br/engambiental/prof/catalunha/arquivos/r/r_bruno.pdf>. Acesso em: 30 abr 2016.

SILVA, C. C. A. V.; ANDRADE, M. S.; CARDOSO, M. D. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, p. 77-85, 2013a.

SILVA, C. C. A. V.; ANDRADE, M. S.; CARDOSO, M. D. Fatores associados ao abandono do tratamento de tuberculose em indivíduos acompanhados em unidades de saúde de referência na cidade do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil, entre 2005 e 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 77-85, mar. 2013b.

SILVA, L. M. V. DA; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SOUZA, M. S.P.L. et al . Características dos serviços de saúde associadas à

adesão ao tratamento da tuberculose. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43,n. 6,p. 997-1005, Dec. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Fev. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária - Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. [s.l: s.n.].

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Content validation of quality indicators for nursing care evaluation. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 43, n. 2, p. 429-437, 2009.

WANDWALO, E. R.; MØRKVE, O. Knowledge of disease and treatment among tuberculosis patients in Mwanza , Tanzania. **International Journal of Tuberculosis and Lung Disease**, v. 4, n. August 1999, p. 1041-1046, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is DOTS ? A Guide to Understanding the WHO-recommended TB Control Strategy Known as DOTS Prevention and Control**. Geneva, Switzerland .1999. Disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/65979/1/WHO_CDS_CPC_TB_99.270.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ten facts about tuberculosis**. [2017]. Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/01_en.html>. Acesso em: 14 maio. 2016a. Acesso em: 20 jan. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2015**. 2016. Disponível em:
<http://www.who.int/tb/publications/global_report/high_tb_burden/countrylists2016-2020summary.pdf?ua=1>. Acesso em: 14 maio. 2016.

WRIGHT, J.; GIOVINAZZO, R. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**. São Paulo, SP, v.01, n.12, p.54-65. 2º trim. 2000. Disponível em:
<<http://regeusp.com.br/arquivos/C12-art05.pdf>>

10 APÊNDICES

APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA 1 ENTREVISTA COM OS PACIENTES

INSTRUMENTO DE COLETA 2, QUESTIONÁRIO A PROFISSIONAIS

INSTRUMENTO DE COLETA 1: Questionário para os pacientes

Idade: _____ Sexo: _____ Residência (Capital/Interior): _____

Renda Familiar: () Menos de 4 salários mínimos () 4 a 10 salários mínimos

Já foi internado por conta da tuberculose (nº de vezes): _____

Ingere bebida alcoólica regularmente? () Sim () Não Fuma? () Sim () Não

O(a) Sr(a) alguma(s) vez(es) se esquece/esqueceu de tomar seu remédio?

() Sim () Não

O(a) Sr(a) se considera descuidado para tomar seu remédio?

() Sim () Não

Quando o(a) Sr(a) se sente/sentiu melhor, para/parou de tomar seu remédio?

() Sim () Não

Se o(a) Sr(a) se sente/sentiu mal ao tomar o remédio, para/parou de tomá-lo?

() Sim () Não

Pergunta	Resposta				
	<u>sempre</u>	quase sempre	às vezes	quase nunca	nunca
O Sr(a) já recebeu ou vem recebendo informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento?					
O Sr(a) já recebeu ou vem recebendo informações sobre outros temas de saúde?					
O Sr(a) já recebeu ou vem recebendo em sua casa visitas domiciliares de profissionais de saúde durante o tratamento?					

Continua

Pergunta	Resposta				
	<u>sempre</u>	quase sempre	às vezes	quase nunca	nunca
O Sr(a) já recebeu em sua casa visitas além da TB?					
O Sr(a) participa de grupos de doentes de Tb no posto/centro/unidade de saúde?					
Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde conversam com as pessoas que moram com o Sr.(a) sobre a TB e sobre seu tratamento?					
É realizado (a) propaganda/campanha/trabalh o educativo pelos profissionais do posto/ centro/unidade de saúde para informar a sua comunidade sobre a TB?					
Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde desenvolvem ações de Saúde com as Igrejas, Associações de Bairro, etc, para entrega do pote para coleta de escarro?					

Continua

Conclusão

Pergunta	Resposta				
	<u>sempre</u>	quase sempre	às vezes	quase nunca	nunca
Os profissionais do posto/centro/unidade de saúde solicitam a participação de alguém da comunidade para discutir os problemas de TB?					
Se o Sr(a) passar mal por conta da TB ou dos medicamentos para a TB, acha que consegue uma consulta médica num prazo de 24h?					
Quando o Sr(a) vai à unidade de saúde para consultar seu problema de TB, precisa usar transporte motorizado?					
Quando o Sr(a) vai à unidade de saúde para consultar seu problema de TB, precisa pagar pelo transporte?					
Quando o Sr(a) vai à unidade de saúde para consultar seu problema de TB, demora mais de 60min para ser atendido?					
Alguma vez já faltou medicamento para a TB durante seu tratamento?					

INSTRUMENTO DE COLETA 2: QUESTIONÁRIO PROFISSIONAIS

Categoria profissional: () médico () enfermeiro () farmacêutico () gestor

Instruções: este questionário está subdividido em 4 categorias, e cada uma delas contempla duas a cinco perguntas diretas (tipo sim/não). Para cada pergunta favor pontuar segundo instrução individual. A pontuação pode ser indicada ao lado de cada questão.

CATEGORIA 1- COBERTURA E ACOLHIMENTO

1. O Sr(a) acredita que o paciente tem oportunidade de receber toda atenção profissional necessária quanto ao tratamento da tuberculose (TB)? (0-5 pontos)
2. Na sua opinião, o paciente de TB recebe o atendimento integral necessário e quando não providenciado é agendado? (0-5 pontos)

CATEGORIA 2- DIAGNÓSTICO, ASSISTÊNCIA CLÍNICA E LABORATORIAL

Na sua opinião, é realizado(a) adequadamente, quando necessário:

1. busca de casos; (0-3 pontos)
2. registro e exame de contatos; (0-3 pontos)
3. resultados da baciloscopia (disponíveis antes do tratamento e registrados em prontuário) ; (0-3 pontos)
4. cultura de escarro e teste de sensibilidade quando indicados;
5. teste rápido para HIV. (0-3 pontos)

CATEGORIA 3- TRATAMENTO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Na sua opinião:

1. As drogas relacionadas ao tratamento dos pacientes de TB estão disponíveis e acessíveis quando necessário? (0-5 pontos)
2. O paciente com TB Multidrogaresistente (MDRTB) é encaminhado para o centro de referência quando indicado? (0-5 pontos)
3. É realizado tratamento supervisionado para os pacientes positivos à baciloscopia com risco de abandono e coinfeção? (0-5 pontos)

CATEGORIA 4- INTEGRALIDADE

Com relação ao paciente de TB, na sua opinião:

1. É fornecida assistência completa a todos os problemas de saúde relacionados ou não à TB? (0-5 pontos)
2. É fornecida orientação para a prevenção global, visando a promoção à saúde? (0-5 pontos)

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título: Avaliação Da Influência De Indicadores Do Pacto Pela Vida No Controle Da Tuberculose No Estado De Pernambuco, Brasil.

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O documento abaixo contém as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará nenhum prejuízo.

OBJETIVO DA PESQUISA: Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose em Pernambuco

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Reforçamos que você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações na tentativa de contribuir para a melhoria o Programa de Controle da Tuberculose em Pernambuco. Caso não queira participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida pessoal/profissional/estudantil.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Caso você decida integrar este estudo, participará de uma entrevista individual que durará aproximadamente 1 hora ou responderá a um questionário com perguntas objetivas. Utilizaremos suas respostas como parte do objeto de pesquisa.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas são incômodas, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim, você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará pessoas com tuberculose, uma vez que os resultados deste estudo poderão trazer melhorias para o programa de controle da doença. No entanto, a pesquisa não será necessariamente para o seu benefício direto. Por outro lado, fazendo parte deste estudo você fornecerá informações relevantes para a instituição onde está sendo atendido.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Esta pesquisa está sendo realizada no _____. Possui vínculo com a Universidade Federal de Pernambuco – UFPE através do Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica sendo a aluna de Doutorado Simone Santos Bezerra a pesquisadora principal, sob a orientação do Prof. Dr. José Lamartine Soares Sobrinho. Os pesquisadores estão disponíveis para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, faça contato com Simone Santos

no telefone (81)91132844, ou e-mail simonesbezerra@gmail.com. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorra ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco, localizado à Av. Agamenon Magalhães, S/N, Santo Amaro, Recife-PE, telefone 81-3183-3775 ou ainda através do e-mail comite.etica@upe.br.

Nome:

Endereço:

Telefone:

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data e Local: _____

Discuti a proposta da pesquisa com este(a) participante e, em minha opinião, ele(a) compreendeu suas alternativas (incluindo não participar da pesquisa, se assim o desejar) e deu seu livre consentimento em participar deste estudo.

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data e Local: _____

APÊNDICE C

CARTA DE APRESENTAÇÃO E FORMULÁRIO DE PARTICIPAÇÃO PAINEL DELPHI

CARTA DE APRESENTAÇÃO

Assunto: Estudo Delphi para apresentação de propostas de ações para melhoria da qualidade do Programa de Controle da Tuberculose (PECT) de Pernambuco

Caro(a) colega/Exm^o Sr/Sr^a/Dr(a):

Agradecemos o interesse em participar no estudo referido em epígrafe, devido aos conhecimentos especializados que apresenta no acompanhamento de doentes de tuberculose e/ou no Programa de Controle da Tuberculose de Pernambuco.

Sabe-se que a tuberculose se mantém como importante problema de saúde pública. O número de mortes causadas por essa doença é inaceitavelmente elevado, já são evitáveis desde que as pessoas tenham acesso a cuidados de saúde, ao diagnóstico e realizem o tratamento corretamente. No caso do Estado de Pernambuco, especialmente, as taxas relativas a mortalidade, incidência e abandono de tratamento apresentadas oficialmente pelo Ministério da Saúde ainda não atingiram níveis satisfatórios.

Diante do exposto, o principal objetivo do presente estudo é consensualizar propostas de ações de melhoria no âmbito do Programa de Controle da Tuberculose de Pernambuco (PECT). Estas ações de melhoria terão como ponto de partida alguns indicadores, pré-selecionados em uma oficina com profissionais de saúde da área.

As supracitadas propostas de ações de melhoria serão consensualizadas através de um Painel Delphi, técnica frequentemente utilizada para tomar decisões em áreas sujeitas a debate, com base na opinião de peritos. Este estudo utilizará um Delphi de três rondas. Na primeira ronda será enviado um questionário a um grupo multidisciplinar de peritos, aos quais serão apresentadas questões de resposta livre acerca de como podem ser melhorados os resultados do PECT, no âmbito dos indicadores fornecidos. Em seguida cada participante receberá um segundo questionário, de múltipla escolha, com informação compilada sobre as respostas do grupo à primeira ronda. Nesta segunda ronda será, então, pedido aos participantes que avaliem cada ação proposta atribuindo-lhe desta vez uma pontuação. Na terceira e última ronda, para determinar o grau de concordância com as ações propostas, cada participante receberá um terceiro questionário, personalizado, com informação sobre as respostas do grupo e a sua própria resposta. Desta vez será pedido que os participantes reflitam sobre cada ação de melhoria, à luz da opinião do grupo, e então reavaliem a classificação atribuída, mudando de opinião se o desejarem.

Em resumo, se concordar em participar ser-lhe-á somente solicitado que preencha um questionário em três ocasiões distintas. O tempo necessário para a conclusão de cada questionário deverá variar entre 30 e 60 minutos. Prevê-se que a recolha de dados decorra entre novembro de 2015 e Fevereiro de 2016.

Com os nossos melhores cumprimentos;

Simone Santos

Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7656975454217484>

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

E-mail: simonesbezerra@gmail.com; paineldelphitb@gmail.com.

Telefone Celular: 81 991132844

José Lamartine S. Sobrinho

Currículo Lattes:

<http://lattes.cnpq.br/8745917013630518>

Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

E-mail: joselamartinesoares@gmail.com

Mara P.Guerreiro

<http://orcid.org/0000-0001-8192-6080>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal

E-mail: maraguerreiro@esel.pt

FORMULÁRIO DE PARTICIPAÇÃO

Concordo em integrar o painel de peritos no programa de investigação:
Estudo Delphi para apresentação de propostas de ações para melhoria da qualidade do Programa de Controle da Tuberculose (PECT) de Pernambuco

É-me pedido que sugira e me pronuncie sobre a relevância de algumas propostas de ações de melhoria no âmbito do Programa de Controle da Tuberculose de Pernambuco (PECT), utilizando o meu julgamento profissional. Fui informado(a) que será utilizada uma técnica Delphi, e como tal deverei responder a três questionários, separados por cerca de 3 semanas, respeitando os prazos solicitados. Os investigadores estarão disponíveis para responder a qualquer dúvida que eu porventura venha a lhes apresentar.

Após completar todos os questionários receberei um sumário dos resultados finais.

Estou ciente também de que minha participação no estudo é voluntária sendo-me facultado terminá-la a qualquer instante sem necessidade de me justificar.

Minhas respostas serão tratadas de forma confidencial; só a investigadora principal e seus orientadores terão conhecimento das respostas individuais.

Nome: _____

Telefone para contato: _____

Endereço de correio eletrônico: _____

Data: _____

Assinatura: _____

Obrigada pelo seu tempo ☐

APÊNDICE D

FOLHETO INFORMATIVO PAINEL DELPHI

FOLHETO INFORMATIVO

Prezado(a) Sr.(a):

Está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa realizada pela Universidade Federal de Pernambuco em colaboração com a Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Pernambuco/ PROPEGE/ UPE, CAAE N°.

21795713.1.3001.5207. A fim de ajudá-lo a decidir se quer ou não participar, este folheto informativo lhe fornece mais detalhes.

1) Qual é o propósito deste estudo?

O objetivo do estudo é obter propostas de ações de melhoria da qualidade para o Programa de Controle da Tuberculose do Estado Pernambuco (PECT), consensualizadas por um painel heterogêneo de especialistas.

2) Por que fui escolhido?

Porque atende aos critérios de inclusão previamente estabelecidos pelos pesquisadores, que indicam possuir conhecimentos especializados no acompanhamento de doentes de tuberculose e/ou no Programa de Controle da Tuberculose de Pernambuco.

3) O que vou ser convidado a fazer se eu participar?

Nós lhe enviaremos questionários: se deseja participar, basta preenchê-los de acordo com sua própria conveniência e em seguida devolvê-los, usando o e-mail paineldelphitb@gmail.com. Não se prevê que demore mais de 30 minutos para completar cada questionário. Através do preenchimento e devolução dos questionários, o Sr.(a) está concordando com a inclusão dos mesmos em nosso estudo.

4) Eu tenho que participar?

Não. A sua participação é inteiramente voluntária. A recusa em participar em nada o(a) afetará profissionalmente. Se não quiser participar, basta não preencher os questionários.

5) Quais são os benefícios de tomar parte?

Esperamos que os resultados deste estudo nos ajudem a identificar ações de melhoria aplicáveis para o PECT, contribuindo para o combate à tuberculose.

6) Minha participação é anônima?

Em cada questionário constará um número de identificação unicamente para podermos monitorar as respostas entre as várias rondas. As informações que fornecer e sua identificação permanecerão anônimos para os demais peritos deste painel.

7) Minha participação no estudo será confidencial?

Sim. Sua identidade e detalhes de contato serão usados apenas pela pesquisadora principal e seus orientadores, e não serão revelados a mais ninguém.

8) Existem riscos inerentes à participação?

Não se antevêm riscos decorrentes da sua participação neste estudo.

9) O que acontecerá com os resultados do estudo?

Prevemos que os resultados do estudo sejam publicados em revistas científicas, apresentados em reuniões científicas ou profissionais e em relatórios técnicos.

10) Quem está financiando a pesquisa?

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) está fornecendo o financiamento para este estudo.

11) Onde posso obter mais informações, se eu precisar?

Sinta-se a vontade para entrar em contato com

Simone Bezerra (558199132844; simonesbezerra@gmail.com
ou paineldelphitb@gmail.com)

Agradecemos pelo tempo que dedicou para ler este folheto.

APÊNDICE E

QUESTIONÁRIO DA PRIMEIRA RONDA PAINEL DELPHI

QUESTIONÁRIO

Estudo Delphi para apresentação de propostas de ações para melhoria da qualidade do Programa de Controle da Tuberculose (PECT) de Pernambuco

Este questionário é constituído de quatro partes:

I- Instruções para o preenchimento

II- Propostas de ações de melhoria para o Programa Estadual de Controle da Tuberculose relacionadas com indicadores de qualidade

III- Ações de melhoria adicionais

IV- Dados do perito

I-Instruções para o preenchimento

Cada pergunta abaixo dirá respeito a um indicador de qualidade. Os indicadores estão agrupados em: estrutura, processo ou resultado. Estes indicadores foram pré-selecionados numa oficina da qual participaram profissionais de saúde e gestores do Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT). Nesta oficina foram apresentados resultados de pesquisa prévia referente a uma avaliação do PECT por pacientes e profissionais de saúde, com base nestes mesmos indicadores. Nesta pesquisa os pacientes e profissionais consideraram, de uma maneira geral, insatisfatórias os resultados do PECT. Assim sendo, o objetivo deste painel Delphi é obter propostas de ações que possam ser implementadas de maneira a melhorar os resultados de alguns indicadores, no âmbito do PECT. Para cada item deste questionário as respostas são livres (abertas). Não existe resposta certa nem errada; este estudo procura sua indispensável opinião de perito no assunto. Pedimos que responda nos espaços em branco. Por favor seja o mais específico possível nas respostas. Evite, por exemplo, propostas de cunho geral, como por exemplo: "melhorar a educação em saúde"; proponha, por exemplo: "realizar palestras para pacientes e contatos na sala de espera do consultório médico" ou "fazer folhetos explicativos para serem distribuídos pelos agentes comunitários de saúde".

A parte III, "Ações de melhoria adicionais" é um espaço de uso facultativo para sugerir, com base no seu conhecimento e experiência, indicadores e/ou ações de melhoria para o PECT que porventura não tenham sido abordados na parte anterior (Parte II). Ficamos muito gratos por mais esta contribuição.

Por favor não discuta sua opinião com outros colegas, uma vez que é importante que cada questionário reflita os conhecimentos e experiência de um perito individualmente.

Em caso de dúvida entre em contato com a investigadora principal, Simone Santos, através do telefone (81) 991132844 (Whatsapp) ou e-mail: paineldelphitb@gmail.com

Ajude-nos a cumprir os prazos impostos pela pesquisa, devolvendo o questionário preenchido até ____/____/____, via e-mail.

ATENÇÃO: A PRIMEIRA COISA A FAZER É IDENTIFICAR O QUESTIONÁRIO! POR FAVOR DIGITE ABAIXO SEU CÓDIGO DE PERITO

1. DIGITE AQUI SEU CÓDIGO DE PERITO *

II-Propostas de ações de melhoria para o Programa

CATEGORIA I- INDICADORES DE ESTRUTURA

1.1. Proporção de pacientes que depende do transporte motorizado para acesso a consulta médica ou retirada de medicamentos.

Em algumas situações a dependência do transporte motorizado impede ou dificulta o acesso à consulta médica ou retirada de medicamentos pelos pacientes com tuberculose, seja pela despesa associada ou por outras causas. Esse é um dos muitos fatores que podem contribuir para o abandono do tratamento. Desta maneira, que medidas poderiam ser tomadas para melhorar o acesso ao tratamento pelos pacientes que dependem do transporte motorizado?

1.2 Dias com falta de medicamentos durante o tratamento.

A interrupção da terapia medicamentosa, bem como a realização do tratamento de forma irregular são por si só fatores predisponentes para o surgimento de bacilos multirresistentes e aumento da incidência e mortalidade por tuberculose, dificultando o controle da doença. Que ações, portanto, poderiam ser tomadas para evitar a falta dos tuberculostáticos?

CATEGORIA II-INDICADORES DE PROCESSO

2.1 Proporção de pacientes cujo acompanhamento médico é realizado no Serviço de saúde mais próximo da residência

Alguns pacientes com tuberculose deixam de comparecer à consulta médica porque o centro de saúde é muito distante de suas residências ou porque nos centros de saúde mais próximos não há atendimento especializado para a doença. Que ações poderiam ser tomadas para aumentar a proporção de pacientes cujo acompanhamento médico é realizado no Serviço de saúde mais próximo da residência?

2.2 Proporção de pacientes que têm acesso a consulta médica em menos de 24 horas para situações de urgência

Pergunta: O tratamento medicamentoso da tuberculose pode acarretar reações adversas que demandam consulta médica de urgência (ex: epigastria intensa, dor abdominal, neuropatia periférica, etc). Muitos pacientes, entretanto, encontram dificuldades para conseguir esse tipo de atendimento em tempo inferior a 24h, e por isso acabam abandonando o tratamento. Desta maneira, que ações poderiam ser tomadas para aumentar a proporção de pacientes que têm acesso a consulta médica em menos de 24 horas nas situações de urgência?

2.3 Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios

Considerando-se que atualmente a proporção de cobertura populacional estimada das Equipes de Saúde da Família em Pernambuco é de 76%, que ações poderiam ser tomadas para intensificar as visitas domiciliares aos pacientes com tuberculose pelos profissionais de saúde?

2.4 Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento?

A maioria das mortes por tuberculose decorre do alcoolismo, do tratamento irregular ou do abandono do tratamento. Muitos destes casos se devem à falta de conhecimento da gravidade da doença e a possibilidade de cura. A maioria decorre do alcoolismo, do tratamento irregular ou do abandono do tratamento. Muitos destes casos se devem à falta de conhecimento da gravidade da doença e a possibilidade de cura. Tendo-se em vista este problema, que ações poderiam ser tomadas para

intensificar as atividades de educação em saúde direcionadas para os pacientes com tuberculose?

2.5 Proporção de comunicantes que recebem informações sobre a TB e seu tratamento. Considerando-se que as pessoas mais próximas ao paciente com tuberculose também não possuem os conhecimentos necessários sobre a doença e por outro lado estão especialmente susceptíveis ao contágio, que ações seriam necessárias para intensificar as atividades de educação em saúde voltadas para os indivíduos que convivem com portadores de TB?

2.6 Proporção de pacientes que participam de grupos de TB no Serviço de Saúde

Que ações seriam necessárias para viabilizar a criação de grupos de TB nos serviços de saúde e estimular a participação dos pacientes?

2.7 Quantidade de Propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizadas semestralmente pelos profissionais do Serviço de Saúde

Que ações poderiam ser tomadas para intensificar as atividades educativas comunitárias voltadas para prevenção e combate à doença?

2.8 Número de Ações comunitárias realizadas semestralmente para entrega do pote de escarro

Que ações poderiam ser tomadas para intensificar as atividades educativas comunitárias voltadas para busca ativa e diagnóstico precoce da doença (entrega do pote de escarro)?

2.9 Realização de cultura para os casos de retratamento

No ano de 2014 a Secretaria de Saúde divulgou que o indicador " exame de cultura para os casos de retratamento de TB" atingiu um percentual de apenas 15,2%, quando a meta era estabelecida em 35%. Neste caso, que ações seriam necessárias para aumentar o percentual em direção à meta?

2.10 Percentual dos casos novos pulmonares bacilíferos em tratamento diretamente observado

Dados do SINAN/MS-SVS (Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória), apontam que em Pernambuco o percentual de pacientes com Tratamento Diretamente Observado (TDO) foi de 63,5% no ano de 2013. Diferentes publicações científicas referentes ao Brasil demonstram que a estratégia de TDO melhora a efetividade do tratamento. Outros estudos sobre a atenção básica comprovam que o tratamento supervisionado foi pouco incorporado. Neste caso, que ações poderiam ser implementadas para aumentar a incorporação do TDO em Pernambuco, por exemplo em direção ao percentual do Paraná, que foi de 83,1% na mesma época?

2.11 Percentual de contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero examinados

Segundo dados oficiais (SINAN/MS-SVS), em Pernambuco apenas 53,6% dos contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero foram examinados em 2014. Neste caso, que ações seriam necessárias para aumentar esse percentual, por exemplo em direção à média do estado de Sergipe na mesma época, a saber 75,1%?

2.12 Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose
Dados do SINAN/MS-SVS (Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória), apontam que em Pernambuco foram realizados exames anti-HIV em 46,9% dos casos novos com diagnóstico de tuberculose. O valor apresentado foi semelhante inferior à média nacional (54,8%). Neste caso, que ações seriam necessárias para aumentar esse percentual, por exemplo em direção à média nacional (54,8%).

2.13 Retratamento entre o total de casos

Dados do SINAN/MS-SVS (Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória), apontam que em Pernambuco o percentual de retratamento entre o total de casos foi de 12,9% no período de 2011 a 2012. O valor apresentado foi semelhante à média nacional. Considerando-se que o percentual de retratamento é diretamente proporcional ao percentual de abandono e inversamente proporcional ao percentual de cura, que medidas poderiam ser implementadas no sentido de diminuir o percentual de retratamento em Pernambuco?

2.14 Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%)

Dados do SINAN/MS-SVS (Sistema Nacional de Agravos de Notificação Compulsória), apontam que em Pernambuco o percentual de abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera foi de 11% no período de 2013. O valor apresentado foi semelhante à média nacional (10,9%). Considerando-se que a meta oficial a ser atingida para este indicador é de 5%, que medidas poderiam ser implementadas no sentido de diminuir o percentual de abandono em Pernambuco?

2.15 Proporção de pacientes que têm acesso ao medicamento em tempo hábil

Sabe-se que muitas vezes pacientes são diagnosticados com tuberculose e passam tempo excessivo para iniciar o tratamento, seja por razões de ordem sociodemográficas e culturais ou por dificuldades relativas ao funcionamento do próprio programa de controle. Que medidas então poderiam ser implementadas no sentido de aumentar a proporção de pacientes que têm acesso ao medicamento em tempo hábil?

2.16 Proporção de pacientes que não aderem ao tratamento

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), adesão ao tratamento é a medida com que o comportamento de uma pessoa em tomar a sua medicação, seguir a dieta e/ou mudar seu estilo de vida corresponde às recomendações de um profissional de saúde. Ou seja, muitos pacientes com tuberculose comparecem ao serviço de saúde para retirar o(s) medicamento(s) com regularidade, no entanto não aderem ao tratamento. Diante disso, que ações poderiam ser implementadas para modificar o perfil de adesão dos pacientes com tuberculose em Pernambuco?

2.17 Percentual de subnotificação em tuberculose

A subnotificação de casos no SINAN impossibilita o real conhecimento da situação epidemiológica da TB e prejudica o planejamento das ações voltadas para seu controle. Embora ainda não se saiba o número de casos que são perdidos no SINAN, referentes ao estado de Pernambuco, que medidas poderiam ser implementadas para minimizar a ocorrência desse problema?

CATEGORIA III- INDICADORES DE RESULTADO

3.0 Proporção de cura de casos de tuberculose pulmonar bacilífera e coeficiente de mortalidade por tuberculose como causa básica e causa associada Segundo fontes oficiais (SINAN/MS-SVS), em 2013, no Estado Pernambuco, a proporção de cura de casos de tuberculose pulmonar bacilífera foi de 71,1% e o coeficiente de mortalidade por tuberculose como causa básica e causa associada foi de 4,2/100.000 habitantes. As metas respectivas para estes indicadores são de 85% e 2,4/100.000 habitantes. Que ações poderiam ser implementadas no sentido de melhorar esse perfil?

III- Ações de melhoria adicionais

Por favor sinta-se livre para escrever quaisquer comentários adicionais sobre outros indicadores e/ou ações de melhoria para o PECT que não tenhamos abordado nas seções anteriores.

IV- DADOS DO PERITO

Selecione uma das alternativas ou escreva no espaço em branco.

4.1 Sexo:

Feminino

Masculino

4.1 Idade: _____

4.3 Formação:

Nível superior completo

Especialização

Mestrado

Doutorado

4.2 Anos de experiência com pacientes de tuberculose ou com o Programa Estadual de Controle da Tuberculose: _____

4.4 Trabalha na:

Iniciativa pública

Iniciativa privada

Ambos

4.5 Qual das seguintes categorias melhor descreve sua atuação profissional? Selecione uma ou mais opções. Marque todas que se aplicam.

Enfermeiro Sanitarista /Epidemiologista

Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Enfermeiro especialista em doenças infecciosas

Farmacêutico Sanitarista /Epidemiologista

Farmacêutico Hospitalar / Clínico

Farmacêutico Comunitário,

Médico clínico geral

Médico da Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Médico Pneumologista

Médico Infectologista

Médico Professor e Pesquisador

Enfermeiro Professor e Pesquisador

Farmacêutico Professor e Pesquisador

Odontólogo Professor e Pesquisador

Odontólogo Epidemiologista/Sanitarista

Outro: _____

APÊNDICE F

QUESTIONÁRIO DA SEGUNDA RONDA PAINEL DELPHI

QUESTIONÁRIO

Consensualização de propostas de ações para melhoria do PECT de Pernambuco- Segunda Ronda do painel Delphi

*Obrigatório

Apresentação

Este questionário é composto um conjunto de questões fechadas. Cada questão corresponde a uma proposta de ação de melhoria para o PECT. Estas propostas resultam da compilação das respostas dos peritos à primeira ronda do nosso Painel, bem como de uma revisão da evidência (literatura) publicada sobre intervenções efetivas na melhoria do acesso e adesão ao tratamento da tuberculose. As ações baseadas na evidência encontram-se referenciadas. Algumas ações propostas aplicam-se a todos os indicadores simultaneamente. Neste caso elas foram chamadas "Ações Transversais". Ações que se repetiam em mais de um indicador foram excluídas a fim de se evitar sobreposições. Foram excluídas ações que não fossem mensuráveis ou que estivessem fora do âmbito do Programa Estadual. Excluiu-se o indicador de resultado uma vez que havia sobreposição de todas as ações propostas.

Instruções para o preenchimento do questionário

Para avaliar as propostas de melhoria pedimos que pontue cada ação quanto à sua relevância e viabilidade numa escala de 0 a 3, onde 0 é o mínimo e 3 é o máximo. A interpretação da pontuação é a seguinte:

ESCALA DE VIABILIDADE

3-Definitivamente viável: Nenhuma interferência ou impedimento para implementação; independe de qualquer condição para seu desenvolvimento; grande aceitação pelos atores envolvidos.

2-Viável: Poucas interferências ou impedimentos para implementação; depende de poucas condições para seu desenvolvimento; necessidade de algum esforço para convencimento dos atores envolvidos.

1-Pouco viável: Muitas interferências ou impedimentos para implementação; depende de muitas condições para seu desenvolvimento; dificilmente aceitável pelos atores envolvidos.

-Definitivamente inviável: Todos indicativos apontam a impossibilidade de implementação; depende de diversas questões para seu desenvolvimento; inaceitável pelos atores envolvidos.

ESCALA DE RELEVÂNCIA

3-Muito relevante: Terá efeitos bastante positivos e nenhum efeito negativo; extremamente benéfica; justificável por seus próprios méritos. Extremamente útil para a melhoria do programa.

2-Relevante: Terá efeitos positivos e poucos efeitos negativos; benéfica; justificável como uma medida auxiliar ou em conjunção com outras propostas. Possui alguma utilidade para a melhoria do programa.

1-Pouco relevante: Terá um efeito negativo; prejudicial; pouco justificável.

Possui bem pouca utilidade para a melhoria do programa.

0-Irrelevante: Terá um grande efeito negativo; extremamente prejudicial; injustificável. Totalmente inútil para a melhoria do programa.

Referência (escala adaptada): Libânio PCA. Avaliação qualitativa do modelo de gestão da política nacional de recursos hídricos: interfaces com o sistema ambiental e com o setor de saneamento. [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006

É possível também comentar as questões e/ou justificar sua pontuação, utilizando-se o campo "observações".

Lembramos que a primeira coisa a fazer é digitar o seu código de perito.

Informações Complementares

Conforme preconizado na metodologia do trabalho, todas as declarações de voto são sigilosas. A avaliação geral do painel sobre as questões será divulgada ao término desta ronda. Qualquer dúvida ou informação: e-mail paineldelphitb@gmail.com ou pelo telefone (81)9113-2844- Simone Santos

CÓDIGO DE PERITO *

Indicador 1.1: Proporção de pacientes que depende do transporte motorizado para acesso a consulta médica ou retirada de medicamentos. Ação1: Disponibilizar atendimento especializado nos postos de saúde dos bairros, segundo a lógica da Estratégia de Saúde da Família e vincular o paciente com tuberculose aos serviços de saúde mais próximos de sua residência.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

☐ 3 Definitivamente viável

☐ 2 Viável

☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui seus comentários referentes à ação 1.(1.1)

Indicador 1.1: Proporção de pacientes que depende do transporte motorizado para acesso a consulta médica ou retirada de medicamentos. Ação2: Garantir auxílio para o transporte voltado ao paciente SUS em tratamento de TB, com dificuldade financeira, sob a forma de: vale transporte, ajuda de custo ou um veículo institucionalizado da Rede de Serviços da Secretaria de Saúde Municipal com marcações planejadas. Seria necessário, nesse caso, o apoio do assistente social para fazer seleção e cadastro de pacientes para receberem o benefício.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (1.1)

Indicador 1.1: Proporção de pacientes que depende do transporte motorizado para acesso a consulta médica ou retirada de medicamentos. Entregar os medicamentos na residência dos pacientes através dos Agentes Comunitários de Saúde. Ação 3: Entregar os medicamentos na residência dos pacientes através dos Agentes Comunitários de Saúde.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (1.1)

Indicador 1.2: Dias com falta de medicamentos durante o tratamento. Ação 1- Informatizar as farmácias das unidades de saúde de modo a definir os pedidos de medicamentos com base nos relatórios mensais do sistema Hórus e nas notificações compulsórias do SINAN.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (1.2)

Indicador 1.2: Dias com falta de medicamentos durante o tratamento. Ação 2: Em farmácias não informatizadas efetuar o monitoramento da quantidade dispensada ao paciente pelo profissional que acompanha o tratamento, para o planejamento adequado.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante

☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (1.2)

Indicador 1.2: Dias com falta de medicamentos durante o tratamento. Ação 3: Em cada ponto de dispensação dispor de kit(s) de tratamento extra(s) de acordo com a estimativa de pacientes (no mínimo de 1).

Escolha uma alternativa para a viabilidade

☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (1.2)

Indicador 1.2: Dias com falta de medicamentos durante o tratamento. Ação 4: Estimular comunicação entre as unidades de saúde para realizar remanejamentos dos medicamentos em casos de falta ou atraso no abastecimento.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (1.2)

Indicador 2.1: Proporção de pacientes cujo acompanhamento médico é realizado no Serviço de saúde mais próximo da residência. Ação 1: Estabelecer que o acompanhamento do paciente possa ser realizado pelo enfermeiro; o paciente seria

encaminhado ao médico (especialista pneumologista) apenas em situações de reações adversas ou esquemas especiais.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.1)

Indicador 2.1: Proporção de pacientes cujo acompanhamento médico é realizado no Serviço de saúde mais próximo da residência. Ação 2: Dar treinamento inicial e promover educação continuada para os profissionais da Atenção Básica (Unidades básicas de saúde/Unidades de Saúde da Família) em diagnóstico, tratamento e acompanhamento da TB

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.1)

Indicador 2.1: Proporção de pacientes cujo acompanhamento médico é realizado no Serviço de saúde mais próximo da residência. Ação 3: Expandir o número de profissionais e unidades de saúde da família de modo a aumentar a cobertura do programa Estratégia de Saúde da Família.

- ☐ 3 Definitivamente viável
- ☐ 2 Viável
- ☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
- ☐ 2 Relevante
- ☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.1)

Indicador 2.2: Proporção de pacientes que têm acesso a consulta médica em menos de 24 horas para situações de urgência. Ação 1: Aumentar o número de especialistas na rede de saúde e pactuar entre as unidades do município uma unidade de referência para situações de urgência no atendimento para pacientes em curso de tratamento de tuberculose.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
- ☐ 2 Viável
- ☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
- ☐ 2 Relevante
- ☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.2)

Indicador 2.2: Proporção de pacientes que têm acesso a consulta médica em menos de 24 horas para situações de urgência. Ação 2: Implementar uma rede de Regulação para garantia de encaminhamento e atendimento desses casos nos serviços de saúde de forma sistematizada e prioritária.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
- ☐ 2 Viável
- ☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.2)

Indicador 2.2: Proporção de pacientes que têm acesso a consulta médica em menos de 24 horas para situações de urgência. Ação 3: Sensibilizar os gestores e equipe das Unidades de Urgência através das coordenações Estaduais e Municipais do Programa Tuberculose, a fim de que as situações sejam atendidas em tempo hábil.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.2)

Indicador 2.2: Proporção de pacientes que têm acesso a consulta médica em menos de 24 horas para situações de urgência. Ação 4: Fortalecer o sistema de referência e contra-referência.

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.2)

Indicador 2.3: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. Ação 1: Sensibilizar os profissionais para realmente assumirem o compromisso com a visita domiciliar.

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.3)

Indicador 2.3: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. Ação 2: Aumentar o número de Agentes Comunitários de Saúde para atender à necessidade das áreas descobertas

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.3)

Indicador 2.3: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. Ação 3: Diminuir o número de famílias por equipe de saúde da família.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.3)

Indicador 2.3: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. Ação 4: Criar escala de visitas domiciliares incluindo todos da equipe de saúde, dividindo-se as responsabilidades pelas visitas.

Escolha uma Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.3)

Indicador 2.3: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. Ação 5: Estimular o TDO, pois dessa forma envolveria na visita domiciliar todos os profissionais da equipe.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 5 (2.3)

Indicador 2.3: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. Ação 6: Instituir metas e indicadores de proporção de visitas realizadas pelos profissionais de forma a fortalecer o vínculo e adesão do paciente ao tratamento.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 6 (2.3)

Indicador 2.3: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. Ação 7: Adotar estratégias que possam estimular e monitorar a equipe de saúde no acompanhamento do paciente no domicílio.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 7 (2.3)

Indicador 2.3: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. Ação 8: Instituir fiscalização por parte das prefeituras e punições para aquelas equipes que não realizam a visita domiciliar.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 8 (2.3)

Indicador 2.3: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. Ação 9: Instituir visita sistemática (mensal ou bimensal) da Vigilância Epidemiológica as Unidades de Saúde com pacientes de TB em acompanhamento para monitoramento de casos.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 9 (2.3)

Indicador 2.4: Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento. Ação 1: Realizar capacitação dos profissionais de saúde para ofertarem a informação no momento da busca ativa e nas visitas domiciliares.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.4)

Indicador 2.4: Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento. Ação 2: Implementar educação periódica em grupo sobre a tuberculose e seu tratamento por equipes multiprofissionais, para membros da comunidade em geral (por exemplo, sala de espera).

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.4)

Indicador 2.4: Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento. Ação 3: Implementar periodicamente educação em grupo, como palestras, rodas de conversa ou grupos de autoajuda, por equipes multiprofissionais, para doentes com tuberculose e pessoas que com eles convivem. A educação deve incidir sobre a doença, o seu tratamento e reações adversas típicas.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.4)

Indicador 2.4: Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento. Ação 4: Distribuir panfletos ilustrativos com informações sobre a doença direcionados para pacientes, seus familiares e outros membros da comunidade.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.4)

Indicador 2.4: Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento. Ação 5: Utilizar os meios de comunicação (TV, rádio, outdoors) para transmitir informação sobre a tuberculose e seu tratamento.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 5 (2.4)

Indicador 2.4: Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento. Ação 6: Fornecer educação individual aos pacientes, no âmbito da consulta com um profissional de saúde, promovendo a escuta e o vínculo.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3Muito relevante
☐ 2Relevante
☐ 1Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 6 (2.4)

Indicador 2.4: Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento. Ação 7:Promover a adesão à educação em grupo periódica através da oferta de um lanche saudável após a sessão.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 7 (2.4)

Indicador 2.5: Proporção de comunicantes que recebem informações sobre a TB e seu tratamento. Ação 1: Tentar envolver os contactantes nas mesmas ações que são disponibilizadas aos pacientes com tuberculose.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.5)

Indicador 2.5: Proporção de comunicantes que recebem informações sobre a TB e seu tratamento. Ação 2: Assim que tiver o diagnóstico positivo para TB, entrar em contato com as pessoas que convivem com o paciente, tanto para realizar os exames específicos e/ou a quimioprofilaxia (dependendo da situação).

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.5)

Indicador 2.6: Proporção de pacientes que participam de grupos de TB no Serviço de Saúde. Ação 1: Realizar atividades que tenham uma abordagem mais lúdica (por exemplo, teatro) e que possam envolver a família, num dia específico em que as pessoas possam se programar com antecedência.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.6)

Indicador 2.6: Proporção de pacientes que participam de grupos de TB no Serviço de Saúde. Ação 2: Ampliar os trabalhos do NASF na formação de grupos de TB.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.6)

Indicador 2.6: Proporção de pacientes que participam de grupos de TB no Serviço de Saúde. Ação 3: Buscar parcerias na comunidade para divulgar os grupos de trabalho.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.6)

Indicador 2.6: Proporção de pacientes que participam de grupos de TB no Serviço de Saúde. Ação 4: Levar o grupo para local próximo à comunidade (associações de moradores, igrejas, ONGs).

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.6)

Indicador 2.6: Proporção de pacientes que participam de grupos de TB no Serviço de Saúde. Ação 5: Trabalhar com a comunidade o preconceito com a doença antes da criação de grupos de TB.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 5 (2.6)

Indicador 2.6: Proporção de pacientes que participam de grupos de TB no Serviço de Saúde. Ação 6: Sensibilizar os profissionais dos serviços de saúde para a formação dos grupos de apoio aos pacientes e familiares de TB.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 6 (2.6)

Indicador 2.7: Quantidade de Propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizadas semestralmente pelos profissionais do Serviço de Saúde. Ação 1: Agendar dia específico, ou um mês específico, a exemplo do outubro rosa e do novembro azul, para combate e conscientização à tuberculose.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.7)

Indicador 2.7: Quantidade de Propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizadas semestralmente pelos profissionais do Serviço de Saúde. Ação 2: Realizar um cronograma de atividades durante o ano e não apenas nas datas comemorativas.

Exemplo: trimestralmente realizar atividades educativas falando sobre o tema; realizar sala de espera 1 vez ao mês, 1 multirão por semestre.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.7)

Indicador 2.7: Quantidade de Propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizadas semestralmente pelos profissionais do Serviço de Saúde. Ação 3: Solicitar apoio da imprensa para veiculação permanente de comerciais mostrando que a tuberculose tem cura se for diagnosticado e corretamente tratado.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.7)

Indicador 2.7: Quantidade de Propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizadas semestralmente pelos profissionais do Serviço de Saúde. Ação 4: Solicitar apoio das Universidades e Faculdades para realizar ações em locais públicos, voltadas à coleta e realizações de exames, bem como orientações e esclarecimentos sobre os locais para consulta e tratamento.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.7)

Indicador 2.7: Quantidade de Propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizadas semestralmente pelos profissionais do Serviço de Saúde. Ação 5: Disponibilizar uma televisão na sala de espera com vídeos/músicas sobre a tuberculose.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 5 (2.7)

Indicador 2.8: Número de Ações comunitárias realizadas semestralmente para entrega do pote de escarro. Ação 1: Estabelecer uma data específica mensal, de conhecimento antecipado de todos da comunidade, para realizar esta ação.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.8)

Indicador 2.8: Número de Ações comunitárias realizadas semestralmente para entrega do pote de escarro. Ação 2: Realizar de fato nas visitas domiciliares a busca dos sintomáticos respiratórios e caso os encontre já disponibilizar os potes de escarro.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.8)

Indicador 2.8: Número de Ações comunitárias realizadas semestralmente para entrega do pote de escarro. Ação 3: Estabelecer um vínculo permanente com o Laboratório municipal para subsidiar os fluxos de coleta, realização e devolução do resultado dos exames.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.8)

Indicador 2.8: Número de Ações comunitárias realizadas semestralmente para entrega do pote de escarro. Ação 4: Ampliar a capacidade de realização de exames do Laboratório Municipal, de acordo com a capacidade de realização e retorno dos resultados.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.8)

Indicador 2.8: Número de Ações comunitárias realizadas semestralmente para entrega do pote de escarro Ação 5: Realizar mutirões nas comunidades com ajuda de estudantes universitários na área da saúde.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 5 (2.8)

Indicador 2.8: Número de Ações comunitárias realizadas semestralmente para entrega do pote de escarro. Ação 6: Capacitar todos os profissionais de Saúde das Unidades Básicas, que integram as ações comunitárias, para a identificação do sintomático respiratório (SR) e seus contatos.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 6 (2.8)

INDICADOR 2.9: Realização de cultura para os casos de retratamento.

AÇÃO 1: Definir com o laboratório municipal a necessidade de recursos materiais (ex. técnica automatizada) e de pessoal qualificado para garantir a eficiente realização dos exames e a comunicação com a unidade requisitante em tempo hábil.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.9)

INDICADOR 2.9: Realização de cultura para os casos de retratamento. AÇÃO 2: Informar e conscientizar a população quanto à importância da realização do exame.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.9)

INDICADOR 2.9: Realização de cultura para os casos de retratamento. AÇÃO 3: Promover capacitações para os profissionais que solicitam a cultura visando reconhecimento adequado dos casos com indicação deste exame, para que a mesma seja solicitada em tempo oportuno.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.9)

INDICADOR 2.9: Realização de cultura para os casos de retratamento. AÇÃO 4: Estabelecer um novo fluxo para devolução de resultados dos exames ao prescritor ou paciente.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.9)

INDICADOR 2.10: Realização de cultura para os casos de retratamento.

AÇÃO 1: Sensibilizar os profissionais com ênfase na importância do TDO como estratégia de fortalecimento no controle da TB.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.10)

INDICADOR 2.10: Realização de cultura para os casos de retratamento. AÇÃO 2: Aumentar a quantidade de profissionais que possam participar do TDO, nomeadamente incentivando financeiramente o ACS para cada TDO realizado e comprovado.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.10)

INDICADOR 2.10: Realização de cultura para os casos de retratamento. AÇÃO 3: Estabelecer escala de visitas de todos os profissionais da equipe no domicílio dos pacientes.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.10)

INDICADOR 2.10: Realização de cultura para os casos de retratamento. AÇÃO 4: Implementar o TDO para todos os casos e em todas as unidades através de articulação com a Atenção Básica, com protocolo institucional.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.10)

INDICADOR 2.10: Realização de cultura para os casos de retratamento. AÇÃO 5: Melhorar a comunicação entre as unidades a fim de que o TDO possa ser realizado na unidade mais próxima do paciente.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 5 (2.10)

INDICADOR 2.11: Percentual de contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero examinados. AÇÃO 1: AÇÃO 1: Sensibilizar as Equipes de Saúde da Família e profissionais, especialmente o médico assistente, sobre a importância da solicitação da baciloscopia para os contatos dos casos de tuberculose.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação1 (2.11)

.INDICADOR 2.11: Percentual de contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero examinados AÇÃO 2: Incluir os contatos do paciente com TB na agenda do medico/enfermeiro a partir da consulta/diagnóstico.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.11)

INDICADOR 2.11: Percentual de contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero examinados. AÇÃO 3: Fazer limpeza do SINAN, com vista a minimizar situações em que a baciloscopia é realizada, mas não é informada neste banco de dados.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.11)

INDICADOR 2.11: Percentual de contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero examinados. AÇÃO 4: Intensificar busca ativa de contatos em domicílio para que estes sejam encaminhados à unidade de saúde, onde deverá ser solicitada baciloscopia.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.11)

INDICADOR 2.11: Percentual de contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero examinados.

AÇÃO 5: Realizar mutirão semestral, com Profissionais de saúde, para busca ativa dos contatos do paciente com TB.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 5 (2.11)

INDICADOR 2.11: Percentual de contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero examinados. AÇÃO 6: Solicitação e disponibilização dos potes de escarro, por qualquer profissional de saúde da unidade.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 6 (2.11)

INDICADOR 2.11: Percentual de contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero examinados.

AÇÃO 7: Incorporar no processo de trabalho de cada profissional a investigação do sintomático respiratório dentre os contatos dos pacientes diagnosticados.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3Muito relevante
☐ 2Relevante
☐ 1Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 7 (2.11)

INDICADOR 2.12: Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. AÇÃO 1:

AÇÃO 1: Ampliar a oferta e o acesso ao exame anti-HIV e à testagem rápida, descentralizando para todas Unidades Básicas de Saúde, especialmente as que atendem pacientes de TB.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.12)

INDICADOR 2.12: Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. AÇÃO 2: Definir com os gestores, coordenações municipais e estaduais do Programa e equipe do Laboratório a capacidade instalada e a necessidade de recursos para realizar exames anti-hiv em 100% dos casos positivos de tuberculose.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.12)

INDICADOR 2.12: Proporção de exames anti-HIV realizados entre os casos novos de tuberculose. AÇÃO 3: De acordo com a capacidade instalada e possibilidade de apoio, instituir a rotina que, para toda baciloscopia positiva para TB, os pacientes serão convidados a realizar o exame anti-hiv.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.12)

INDICADOR 2.13: Retratamento entre o total de casos.

AÇÃO 1: Sensibilizar os profissionais sobre a importância de fazer uma abordagem minuciosa, sistemática com o paciente, evidenciando a importância de concluir o tratamento e os prejuízos advindos do abandono.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.13)

INDICADOR 2.13: Retratamento entre o total de casos.

AÇÃO 2: Intensificar estratégias como o TDO para pacientes em tratamento de TB, como estratégias de adesão para enfrentamento do abandono e consequentemente dos casos de retratamento.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.13)

INDICADOR 2.13: Retratamento entre o total de casos.

AÇÃO 3: Implantar programas de proteção social e nutricional, com o apoio do assistente social para seleção e cadastro de pacientes, visto que o perfil dos abandonos está relacionado aos níveis socioeconômicos mais baixos.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.13)

INDICADOR 2.14: Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose

pulmonar bacilífera (%). AÇÃO 1: Capacitar os ACS para orientar os pacientes em caso de efeitos adversos comuns ao uso dos medicamentos tuberculostáticos antes que interrompam o tratamento.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.14)

INDICADOR 2.14: Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%).

AÇÃO 2: Promover atuação de uma equipe transdisciplinar em casos de pacientes alcoolistas/usuários de drogas.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.14)

INDICADOR 2.14: Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%).

AÇÃO 3: Intensificar o envolvimento da equipe multiprofissional; por exemplo, alimentação contínua do Sistema Hórus pelo farmacêutico, para sinalizar os faltosos

para a equipe e encaminhamento do paciente para os cuidados farmacêuticos ou acionar a equipe do NASF pelo enfermeiro, ao detectar dificuldade de adesão ao tratamento.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.14)

INDICADOR 2.14: Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%). AÇÃO 4: Instituir visita de equipe multidisciplinar nos primeiros 2(dois) meses com objetivo de monitoramento do caso de forma integral.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.14)

INDICADOR 2.14: Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%).

AÇÃO 5: Providenciar agendamento prévio de todas as consultas durante o período previsto para o tratamento.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
- ☐ 2 Viável
- ☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
- ☐ 2 Relevante
- ☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 5 (2.14)

INDICADOR 2.14: Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%). AÇÃO 6: Instituir lembretes 'Pré-consulta' (visitas, telefonemas ou cartas ou SMS antes do compromisso agendado; isto pode ser realizado por pessoal dos serviços de saúde, voluntários ou membros da comunidade).

Referência: Liu Qin, Abba Katharine, Alejandria Marissa M, et al. Reminder systems to improve patient adherence to tuberculosis clinic appointments for diagnosis and treatment.] CDSR - Revisões sistemáticas Cochrane | ID: CD006594 Year: 2014

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
- ☐ 2 Viável
- ☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
- ☐ 2 Relevante
- ☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 6 (2.14)

INDICADOR 2.14: Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%).

AÇÃO 7: Lembretes para os faltosos (telefonemas, cartas ou visitas domiciliares a pessoas que tenham perdido um compromisso).

Referência: Liu Qin, Abba Katharine, Alejandria Marissa M, et al. Reminder systems to improve patient adherence to tuberculosis clinic appointments for diagnosis and treatment.] CDSR - Revisões sistemáticas Cochrane | ID: CD006594 Year: 2014

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 7 (2.14)

INDICADOR 2.14: Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%). AÇÃO 8: Lembrete ao paciente nos horários de tomar a medicação e na retirada mensal dos medicamentos, através do contador eletrônico de medicamentos, através de mensagens de texto ou ambos.

Referência: Liu X, Lewis JJ, Zhang H, et al. Effectiveness of Electronic Reminders to Improve Medication Adherence in Tuberculosis Patients: A Cluster-Randomised Trial. PLoS Med. 2015 Sep15;12(9):e1001876.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 8 (2.14)

INDICADOR 2.15: Proporção de pacientes que têm acesso ao medicamento em tempo hábil. AÇÃO 1: Instituir unidade dispensadora "sobreaviso" para a dispensação de tuberculostáticos em até 24h para os casos de início de tratamento.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável

- ☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.15)

INDICADOR 2.15: Proporção de pacientes que têm acesso ao medicamento em tempo hábil.

AÇÃO 2: Garantir que as solicitações dos medicamentos cheguem acompanhadas do registro no SINAN e que o Distrito Sanitário ou Unidade de Saúde disponha de transporte para envio do medicamento.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.15)

INDICADOR 2.15: Proporção de pacientes que têm acesso ao medicamento em tempo hábil.

AÇÃO 3: Envolvimento dos gestores na análise do fluxo de trabalho que culmina com a entrega do medicamento ao paciente, introduzindo eventuais alterações, para acesso mais rápido ao medicamento e redução da subnotificação.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.15)

INDICADOR 2.16: Proporção de pacientes que não aderem ao tratamento. AÇÃO 1: Promover atendimento livre em caso de procura do paciente à unidade.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.16)

INDICADOR 2.16: Proporção de pacientes que não aderem ao tratamento. AÇÃO 2: Criar uma linha telefônica para pacientes com suspeita de reação adversa.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.16)

INDICADOR 2.16: Proporção de pacientes que não aderem ao tratamento. AÇÃO 3: Encaminhar os casos mais complexos de não adesão para os cuidados farmacêuticos ou apoio psicológico, de acordo com a necessidade (alcoolismo, por exemplo).

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.16)

INDICADOR 2.17: Percentual de subnotificação em tuberculose. AÇÃO 1: Promover atualização do sistema (SINAN) regularmente.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 1 (2.17)

INDICADOR 2.17: Percentual de subnotificação em tuberculose. AÇÃO 2: Sensibilizar e capacitar as equipes de saúde de saúde da família para realizarem notificação em tempo hábil, nomeadamente através da atuação da vigilância epidemiológica para divulgar a importância do planejamento em saúde mediante as notificações de agravos compulsórios.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 2 (2.17)

INDICADOR 2.17: Percentual de subnotificação em tuberculose. AÇÃO 3: Investigar outras fontes de dados de casos com sintomatologia sugestiva da doença (ex: SICLOM e SISCEL para HIV) para busca ativa e confirmação diagnóstica.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 3 (2.17)

INDICADOR 2.17: Percentual de subnotificação em tuberculose. AÇÃO 4: Implantação de um serviço de notificação online

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação 4 (2.17)

AÇÕES TRANSVERSAIS- Ações Municipais- Ação 1 :

Realizar visitas permanentes de assessoramento às Unidades Básicas de Saúde sobre processo de trabalho enfatizando os indicadores que são essenciais para melhoria do programa.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação municipal 1.

AÇÕES TRANSVERSAIS- Ações Municipais- Ação 2 :

Realizar permanentemente a análise e o monitoramento dos indicadores com discussão com a Equipe de Saúde da Família, contando com o apoio das Coordenadoras de área e coordenação do programa no Distrito Sanitário.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação municipal 2.

AÇÕES TRANSVERSAIS- Ações Estaduais- Ação 1 :

Realizar discussões técnicas com as Coordenações municipais e nos colegiados regionais (CIR) .

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação estadual 1.

AÇÕES TRANSVERSAIS- Ações Estaduais- Ação 2 :

Apoio regional (aumentando a capilaridade do nível central) aos municípios de sua área de abrangência, com visitas técnicas de assessoramento às coordenações municipais.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação estadual 2.

AÇÕES TRANSVERSAIS- Vigilância Epidemiológica- Ação 1 :

Realizar monitoramento dos casos, através de visita periódica (mensal/bimensal) às Unidades de saúde com relatórios dos casos de TB para resgate das informações.

Escolha uma alternativa para a viabilidade

- ☐ 3 Definitivamente viável
☐ 2 Viável
☐ 1 Pouco viável ☐ 0 Definitivamente inviável

Escolha uma alternativa para a relevância

- ☐ 3 Muito relevante
☐ 2 Relevante
☐ 1 Pouco relevante ☐ 0 Irrelevante

Faça aqui os comentários referentes à ação da vigilância epidemiológica.

APÊNDICE G

MODELO QUESTIONÁRIO DA TERCEIRA RONDA PAINEL DELPHI (PERSONALIZADO)

QUESTIONÁRIO TERCEIRA RONDA DO PAINEL DELPHI CONSULTAÇÃO DE PROPOSTAS DE AÇÕES PARA MELHORIA DO PECT DE PERNAMBUCO

PERITO E1

APRESENTAÇÃO

Como o anterior, este questionário é composto por um conjunto de questões fechadas. As questões correspondem às ações de melhoria para o programa estadual de controle da tuberculose, que já são suas conhecidas! Só que desta vez elas foram resumidas numa avaliação das respostas dos peritos à segunda ronda do nosso painel (ronda anterior, na qual tivemos o privilégio de contar com sua participação) agora, neste questionário, foram consideradas apenas as ações que não atingiram consenso alto nas respostas da rodada anterior, com respeito à viabilidade e relevância simultaneamente. Adicionamos ainda os comentários do grupo quando existentes.

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO

Esse é um questionário personalizado. Pedimos agora que as ações abaixo sejam reavaliadas à luz da resposta do grupo. Para cada ação apresentamos o resultado da ronda anterior como a mediana das respostas do grupo, juntamente com sua resposta individual (resposta à segunda ronda). Basta pontuar a seguir cada ação somente se tiver mudado de ideia diante das respostas do grupo. Se for pontuar, considere para cada ação a relevância e viabilidade numa escala de 0 a 3, onde 0 é o mínimo e 3 é o máximo. A interpretação da pontuação das escalas está detalhada logo abaixo.

ESCALA DE VIABILIDADE

3-Definitivamente viável: Nenhuma interferência ou impedimento para implementação; independe de qualquer condição para seu desenvolvimento; grande aceitação pelos atores envolvidos.

2-Viável: Poucas interferências ou impedimentos para implementação; depende de poucas condições para seu desenvolvimento; necessidade de algum esforço para convencimento dos atores envolvidos.

1-Pouco viável: Muitas interferências ou impedimentos para implementação; depende de muitas condições para seu desenvolvimento; dificilmente aceitável pelos atores envolvidos.

0-Definitivamente inviável: Todos indicativos apontam a impossibilidade de implementação; depende de diversas questões para seu desenvolvimento; inaceitável pelos atores envolvidos.

ESCALA DE RELEVÂNCIA

3-Muito relevante: Terá efeitos bastante positivos e nenhum efeito negativo; extremamente benéfica; justificável por seus próprios méritos. Extremamente útil para a melhoria do programa.

2-Relevante: Terá efeitos positivos e poucos efeitos negativos; benéfica; justificável como uma medida auxiliar ou em conjunção com outras propostas. Possui alguma utilidade para a melhoria do programa.

1-Pouco relevante: Terá um efeito negativo; prejudicial; pouco justificável. Possui bem pouca utilidade para a melhoria do programa.

0-Irrelevante: Terá um grande efeito negativo; extremamente prejudicial; injustificável. Totalmente inútil para a melhoria do programa

Referência (escala adaptada): Libânio PCA. Avaliação qualitativa do modelo de gestão da política nacional de recursos hídricos: interfaces com o sistema ambiental e com o setor de saneamento. [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Conforme preconizado na metodologia do trabalho, todas as declarações de voto são sigilosas. A avaliação geral do painel sobre as questões será divulgada ao término desta ronda. Qualquer dúvida ou informação mande e-mail para paineldelphitb@gmail.com ou telefone para (81)9113-2844- Simone Santos

PRIMEIRA QUESTÃO

INDICADOR 1.1 Proporção de pacientes que depende do transporte motorizado para acesso à consulta médica ou retirada de medicamentos.
AÇÃO 2: Garantir auxílio para o transporte voltado ao paciente SUS em tratamento de TB, com dificuldade financeira, sob a forma de: vale-transporte, ajuda de custo ou um veículo institucionalizado da Rede de Serviços da Secretaria de Saúde Municipal com marcações planejadas. Seria necessário, nesse caso, o apoio do assistente social para fazer seleção e cadastro de pacientes para receberem o benefício.

SUA RESPOSTA ANTERIOR: VIABILIDADE 3 RELEVÂNCIA 3

MEDIANA DO GRUPO: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 2

COMENTÁRIOS DO GRUPO: 1. Necessário adequar ao recurso financeiro. Requer também adequação com a equipe de saúde. 2. Muitos pacientes para este serviço. Baixa probabilidade de sucesso. Sabemos da dificuldade de financiamento e incentivo a qualquer programa da atenção básica.

SE MUDOU DE OPINIÃO AVALIE NOVAMENTE ESTA AÇÃO QUANTO À VIABILIDADE E RELEVÂNCIA (logo abaixo, marque com um x uma opção para viabilidade e uma opção para relevância).

- | | |
|---|--|
| ☐ 3-Definitivamente viável | ☐ 3-Muito relevante |
| ☐ 2-Viável | ☐ 2-Relevante |
| ☐ 1-Pouco viável | ☐ 1-Pouco relevante |
| ☐ 0-Definitivamente inviável | ☐ 0-Irrelevante |

SEGUNDA QUESTÃO

INDICADOR 1.1 Proporção de pacientes que depende do transporte motorizado para acesso à consulta médica ou retirada de medicamentos.
AÇÃO 3: Entregar os medicamentos na residência dos pacientes através dos Agentes Comunitários de Saúde.

SUA RESPOSTA ANTERIOR: VIABILIDADE 1 RELEVÂNCIA 1

MEDIANA DO GRUPO: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 2

COMENTÁRIOS DO GRUPO: 1. Favorece a adesão ao tratamento. Pode ser articulada a estratégia DOTS. 2.Os medicamentos só são levados pelos ACS em casos especiais ou de impossibilidade. Pois, mensalmente os pacientes precisam ser avaliados e vão à Unidade de saúde. 3. Acredito que seria possível esta ação, até porque não são muitos pacientes que cada ACS teria para acompanhar. Porém acho necessário a vinda do paciente à unidade para uma melhor avaliação da equipe médica e de enfermagem (peso, aferição da PA, efeitos adversos aos medicamentos, etc). 4. O único profissional habilitado seria o farmacêutico, uma vez que não se trata apenas de uma entrega, mas da provisão de informações.

SE MUDOU DE OPINIÃO AVALIE NOVAMENTE ESTA AÇÃO QUANTO À VIABILIDADE E RELEVÂNCIA (logo abaixo, marque com um x uma opção para viabilidade e uma opção para relevância)

- | | |
|---|--|
| ☐ 3-Definitivamente viável | ☐ 3-Muito relevante |
| ☐ 2-Viável | ☐ 2-Relevante |
| ☐ 1-Pouco viável | ☐ 1-Pouco relevante |
| ☐ 0-Definitivamente inviável | ☐ 0-Irrelevante |

TERCEIRA QUESTÃO

INDICADOR 2.3 Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. **AÇÃO 2:** Aumentar o número de Agentes Comunitários de Saúde para atender à necessidade das áreas descobertas.

SUA RESPOSTA ANTERIOR: VIABILIDADE 1 RELEVÂNCIA 3

MEDIANA DO GRUPO: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 3

COMENTÁRIOS DO GRUPO: 1. Reduzir o número de famílias; investimento na atenção básica. 2. Indiscutivelmente necessário.

SE MUDOU DE OPINIÃO AVALIE NOVAMENTE ESTA AÇÃO QUANTO À VIABILIDADE E RELEVÂNCIA (logo abaixo, marque com um x uma opção para viabilidade e uma opção para relevância).

- | | |
|---|--|
| ☐ 3-Definitivamente viável | ☐ 3-Muito relevante |
| ☐ 2-Viável | ☐ 2-Relevante |
| ☐ 1-Pouco viável | ☐ 1-Pouco relevante |
| ☐ 0-Definitivamente inviável | ☐ 0-Irrelevante |

QUARTA QUESTÃO

INDICADOR 2.3 Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. **AÇÃO 3:** Diminuir o número de famílias por equipe de saúde da família.

SUA RESPOSTA ANTERIOR: VIABILIDADE 1 RELEVÂNCIA 3

MEDIANA DO GRUPO: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 3

COMENTÁRIOS DO GRUPO: 1. Requer uma maior governabilidade melhor acompanhamento das famílias pelas equipes. 2. O problema não está na quantidade de usuários, e sim na otimização e resolutividade da equipe.

SE MUDOU DE OPINIÃO AVALIE NOVAMENTE ESTA AÇÃO QUANTO À VIABILIDADE E RELEVÂNCIA (marque abaixo com um x uma opção para viabilidade e uma opção para relevância).

- | | |
|---|--|
| ☐ 3-Definitivamente viável | ☐ 3-Muito relevante |
| ☐ 2-Viável | ☐ 2-Relevante |

- | | |
|---|--|
| ☐ 1-Pouco viável | ☐ 1-Pouco relevante |
| ☐ 0-Definitivamente inviável | ☐ 0-Irrelevante |

QUINTA QUESTÃO

INDICADOR 2.3 Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios. **AÇÃO 8:** Instituir fiscalização por parte das prefeituras e punições para aquelas equipes que não realizam a visita domiciliar.

SUA RESPOSTA ANTERIOR: VIABILIDADE 1 RELEVÂNCIA 3
MEDIANA DO GRUPO: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 2

COMENTÁRIOS DO GRUPO: 1. Qual o tipo de punição? Será que sensibilizamos alguém quando colocamos que a não realização acarretará em punição? Talvez o monitoramento das visitas pode ser até relevante, mas não gosto de ações punitivas. Acho que tudo pode ser pactuado. Acho pouco viável devido a recursos humanos disponíveis para desenvolver tais ações. 2. É necessário ouvir a equipe, suas necessidades e demandas da comunidade, antes de punir a equipe.

SE MUDOU DE OPINIÃO AVALIE NOVAMENTE ESTA AÇÃO QUANTO À VIABILIDADE E RELEVÂNCIA (marque logo abaixo com um x uma opção para viabilidade e uma opção para relevância).

- | | |
|---|--|
| ☐ 3-Definitivamente viável | ☐ 3-Muito relevante |
| ☐ 2-Viável | ☐ 2-Relevante |
| ☐ 1-Pouco viável | ☐ 1-Pouco relevante |
| ☐ 0-Definitivamente inviável | ☐ 0-Irrelevante |

SEXTA QUESTÃO

INDICADOR 2.4 Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento **AÇÃO 7:** Promover a adesão à educação em grupo periódica através da oferta de um lanche saudável após a sessão .

SUA RESPOSTA ANTERIOR: VIABILIDADE 3 RELEVÂNCIA 3
MEDIANA DO GRUPO: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 2

COMENTÁRIOS DO GRUPO: 1. Estimula a participação. 2. Infelizmente os lanches são formas atrativas de permanência e adesão aos grupos, porém o investimento não existe, ficando muitas vezes a encargo dos profissionais. 3. A oferta de um lanche é algo indiferente, mas a reunião é imprescindível.

SE MUDOU DE OPINIÃO AVALIE NOVAMENTE ESTA AÇÃO QUANTO À VIABILIDADE E RELEVÂNCIA (marque logo abaixo com um x uma opção para viabilidade e uma opção para relevância).

- | | |
|---|--|
| ☐ 3-Definitivamente viável | ☐ 3-Muito relevante |
| ☐ 2-Viável | ☐ 2-Relevante |
| ☐ 1-Pouco viável | ☐ 1-Pouco relevante |
| ☐ 0-Definitivamente inviável | ☐ 0-Irrelevante |

SÉTIMA QUESTÃO

INDICADOR 2.10 Percentual dos casos novos pulmonares bacilíferos em tratamento diretamente observado. **AÇÃO 2:** Aumentar a quantidade de profissionais que possam participar do tratamento diretamente observado (TDO), nomeadamente incentivando financeiramente o ACS para cada TDO realizado e comprovado

SUA RESPOSTA ANTERIOR: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 3

MEDIANA DO GRUPO: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 3

COMENTÁRIOS DO GRUPO: 1. Necessário definir como será a comprovação pelo ACS. 2. Não gostaria de associar esta atividade a recompensa financeira. 3. Imprescindível.

SE MUDOU DE OPINIÃO AVALIE NOVAMENTE A AÇÃO QUANTO À VIABILIDADE E RELEVÂNCIA (marque logo abaixo com um x uma opção para viabilidade e uma opção para relevância).

- | | |
|---|--|
| ☐ 3-Definitivamente viável | ☐ 3-Muito relevante |
| ☐ 2-Viável | ☐ 2-Relevante |
| ☐ 1-Pouco viável | ☐ 1-Pouco relevante |
| ☐ 0-Definitivamente inviável | ☐ 0-Irrelevante |

OITAVA QUESTÃO

INDICADOR 2.14 Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%). **AÇÃO 6:** Instituir lembretes 'Pré-consulta' (visitas, telefonemas ou cartas ou SMS antes do compromisso agendado; isto pode ser realizado por pessoal dos serviços de saúde, voluntários ou membros da comunidade).

SUA RESPOSTA ANTERIOR: VIABILIDADE 1 RELEVÂNCIA 2

MEDIANA DO GRUPO: VIABILIDADE 3 RELEVÂNCIA 3

COMENTÁRIOS DO GRUPO: 1.Viabilidade apenas das visitas domiciliares. Os outros meios de comunicação dependeriam do investimento dos gestores. 2. Necessidade de recursos humanos e meios de comunicação disponibilizados pela unidade.

SE MUDOU DE OPINIÃO AVALIE NOVAMENTE ESTA AÇÃO QUANTO À VIABILIDADE E RELEVÂNCIA (marque com um x uma opção para viabilidade e uma opção para relevância).

() 3-Definitivamente viável

() 3-Muito relevante

() 2-Viável

() 2-Relevante

() 1-Pouco viável

() 1-Pouco relevante

() 0-Definitivamente inviável

() 0-Irrelevante

NONA QUESTÃO

INDICADOR 2.16 Proporção de pacientes que não aderem ao tratamento. **AÇÃO 2:** Criar uma linha telefônica para pacientes com suspeita de reação adversa.

SUA RESPOSTA ANTERIOR: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 3

MEDIANA DO GRUPO: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 2

COMENTÁRIOS DO GRUPO: 1. Esta linha telefônica seria para o especialista? Pois as dúvidas já são repassadas de uma maneira geral às coordenações distritais e municipais de tuberculose. 2. Recai novamente no financiamento e disponibilidade de um profissional para exercer essa atividade. 3.Necessidade de plantonistas 24h instruídos para dirimir qualquer tipo de dúvidas sobre medicação. Sugestão: alunos do curso de graduação em Farmácia.

SE MUDOU DE OPINIÃO AVALIE NOVAMENTE ESTA AÇÃO QUANTO À VIABILIDADE E RELEVÂNCIA (marque logo abaixo com um x uma opção para viabilidade e uma opção para relevância).

- | | |
|---|--|
| ☐ 3-Definitivamente viável | ☐ 3-Muito relevante |
| ☐ 2-Viável | ☐ 2-Relevante |
| ☐ 1-Pouco viável | ☐ 1-Pouco relevante |
| ☐ 0-Definitivamente inviável | ☐ 0-Irrelevante |

DÉCIMA QUESTÃO

INDICADOR 2.17 Percentual de subnotificação em tuberculose. **AÇÃO 4:** Implantação de um serviço de notificação online.

SUA RESPOSTA ANTERIOR: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 3

MEDIANA DO GRUPO: VIABILIDADE 2 RELEVÂNCIA 3

COMENTÁRIOS DO GRUPO: 1. Extremamente importante, porém sabemos das dificuldades de investimento na atenção básica/informatização. Isso facilitaria e muito o início mais rápido do tratamento. 2. Necessidade de internet e profissional(is) capacitados para tal função.

SE MUDOU DE OPINIÃO AVALIE NOVAMENTE ESTA AÇÃO QUANTO À VIABILIDADE E RELEVÂNCIA (marque logo abaixo com um x uma opção para viabilidade e uma opção para relevância).

- | | |
|---|--|
| ☐ 3-Definitivamente viável | ☐ 3-Muito relevante |
| ☐ 2-Viável | ☐ 2-Relevante |
| ☐ 1-Pouco viável | ☐ 1-Pouco relevante |
| ☐ 0-Definitivamente inviável | ☐ 0-Irrelevante |

Para finalizar envie o questionário para o e-mail paineldelphitb@gmail.com

Agradecemos demasiadamente pela sua participação e pelo seu tempo! Em breve estaremos lhe dando um feed-back do resultado final da pesquisa.

*Atenciosamente,
A equipe paineldelphiTB*

APÊNDICE H

RESULTADOS DO TRABALHO EM FORMA DE ARTIGOS E RESUMOS

ARTIGO 1: Avaliação do programa de controle da tuberculose (PCT) em Recife, Brasil: perspectiva de pacientes e profissionais de saúde

ARTIGO 2: A Delphi Study for consensual proposals on quality improvement of Tuberculosis Control Program in Pernambuco state (PECT).

RESUMOS PUBLICADOS EM CONGRESSOS INTERNACIONAIS: European Society of Clinical Pharmacy Symposium 2016 (ESCP Symposium 2016): ESCP16SY-1380, ESCP16SY-1408. International Journal of Clinical Pharmacy (in press)

ESCP16SY-1380

Clinical profile and treatment discontinuation in a tuberculosis control state programme in Brazil: preliminary results from SINAN database

ESCP16SY-1408

Cure and discontinuation of treatment in a tuberculosis control state programme in Brazil: insights from dispensing data

ARTIGO 1

Avaliação do programa de controle da tuberculose (PCT) em Recife, Brasil: perspectiva de pacientes e profissionais de saúde

Evaluation of tuberculosis control programme (PCT) in Recife, Brazil: patients and health professionals's perspective

Evaluación de lo programa de control de la tuberculosis (PCT) en Recife, Brasil: opinión de los pacientes y los profesionales de la salud

Simone Santos Bezerra¹,
Mara Pereira Guerreiro²,
Nathany França Pessoa¹,
Maria Gabriela Pereira da Silva¹,
Mirela Galvão de Barros¹,
João José Ferreira Gomes³,
Maria Paula Athayde⁴,
Rodrigo Zeymer Auad⁵,
José Lamartine Soares Sobrinho¹

1-Universidade Federal de Pernambuco- Recife, Pernambuco, Brasil

2- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

3- Faculdade de Ciências da Universidade de Lisboa

4- Hospital Otávio de Freitas- Recife, Pernambuco, Brasil

5- Escola Técnica Estadual Professor Agamenon Magalhães, Recife, Pernambuco, Brasil

Endereço para correspondência

Simone Santos Bezerra - Rua José Felipe Santiago, nº100, apt 302, Iputinga, Recife-PE, Brasil. CEP: 50680-090

E-mail: simonesbezerra@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Avaliar o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) na cidade de Recife, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal em cinco unidades de saúde, de três níveis de atenção do sistema público de saúde, por meio de entrevistas a 44 pacientes e um questionário a 24 profissionais de saúde, incluindo indicadores de estrutura e processo. **Resultados:** As ações do programa foram consideradas no geral insatisfatórias por aproximadamente 75% dos pacientes entrevistados, tendo se estabelecido como favoráveis avaliações com pontuação final igual ou superior a 50%. Nos questionários a profissionais obtiveram-se pontuações inferiores a 60% para as quatro categorias avaliadas. **Conclusão:** A perspectiva dos pacientes e profissionais de saúde do PCT sugere a existência de oportunidades de melhoria. Estes resultados podem ser utilizados pelos gestores na tomada de decisões, visando melhorar o desempenho dos programas regionais de controle e, conseqüentemente, reduzir o risco epidemiológico representado pela tuberculose.

Palavras-Chave: Tuberculose; Avaliação de Programas e Projetos de Saúde

ABSTRACT

Objective: To evaluate the Tuberculosis Control Programme (PCT) in Recife, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study in five health units, encompassing the three levels of care of the public health system. Data were collected by means of interviews with 44 patients and a questionnaire to 24 health professionals, considering structure and process indicators. **Results:** The actions of the program were considered unsatisfactory by approximately 75% of the patients interviewed (evaluations with a final score equal to or greater than 50% were established as satisfactory). In the questionnaires to professionals, scores were lower than 60% for the four categories evaluated. **Conclusion:** Patients and health professionals' perspectives suggest there are improvement opportunities for the PCT. These findings can be used by managers for shared decision-making, in order to improve the performance of regional control programs and, consequently, reduce the epidemiological risk posed by tuberculosis.

Keywords: Tuberculosis; Program and Health Projects Evaluation

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el Programa de Control de la Tuberculosis (PCT) en Recife, Brasil. **Métodos:** Estudio transversal en cinco unidades de salud, tres niveles de atención del sistema de salud pública a través de entrevistas con 44 pacientes y un cuestionario a 24 profesionales de la salud, incluyendo indicadores de estructura y proceso. **Resultados:** Las acciones del programa se consideraron insatisfactoria por aproximadamente 75% de los pacientes entrevistados, habiendo sido establecido como evaluaciones satisfactorias con puntuación final igual o superior al 50%. En los cuestionarios de los profesionales se obtuvieron puntajes por debajo del 60% para las cuatro categorías evaluadas.. **Conclusión:** El punto de vista de los pacientes y los profesionales de la salud PCT puntos a la existencia de oportunidades de mejora. Estos resultados pueden ser utilizados por los administradores en la toma de decisiones conjuntas para mejorar el rendimiento de los programas de control regionales y, en consecuencia, reducir el riesgo epidemiológico que supone la tuberculosis.

Palabras clave: Tuberculosis; Evaluación de Programas y Proyectos de Salud

Introdução

A tuberculose (TB) figura atualmente como a segunda principal causa de morte por doença infecciosa em todo o mundo, depois do vírus da imunodeficiência humana (HIV).¹ Em outras palavras, a TB é uma doença que se mantém como importante problema de saúde pública, em especial nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento.²

No Brasil, o combate à doença vem ocorrendo por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), o qual se desenvolve na rede pública de serviços de saúde (Sistema Único de Saúde-SUS), com disponibilidade dos insumos necessários ao diagnóstico e tratamento dos casos.³ Desde 2001 a gestão da TB passou a ser descentralizada e as ações do Programa de Controle da Tuberculose foram determinadas como de competência da Atenção Primária à Saúde, podendo ser executadas nos serviços básicos pelos Programas de Saúde da Família (PSF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Ambulatórios de Referência. As ações do

programa de TB envolvem profissionais de saúde em diferentes níveis de cuidado.

Questionar o desempenho de intervenções de saúde pública estabelecidas por meio de programas e políticas é uma necessidade constante. Em meio a interesses sociais, políticos e econômicos, há nesses questionamentos a busca por um modelo de atenção capaz de propiciar eficácia, eficiência e efetividade na prestação à saúde. No Brasil, ao longo dos anos de funcionamento do SUS, a busca por evidências capazes de reorganizar a prestação de serviços tem sido crescente, gerando discussões a respeito das avaliações de programas em saúde, tanto no interior de instituições governamentais quanto no ambiente acadêmico e científico.⁴ Falar sobre avaliação de programas de saúde e serviços remete a uma situação complexa: trata-se de uma rede objetiva e subjetiva que está longe de ser simples como contexto de reflexão e prática.⁵

A TB gera intervenções programáticas e seu manejo exige uma atenção integrada entre diversos níveis de cuidado, impondo uma também complexa organização de suas ações de prevenção e controle, especialmente no Brasil, devido à diversidade de contextos do sistema de saúde nas diversas regiões do país.⁶ Por outro lado, um programa de Saúde é constituído por uma resposta organizada para reduzir ou eliminar um problema, que ao alcançar seu objetivo, melhora a saúde da população.⁷ Dessa forma, as ações executadas em um programa podem gerar benefícios que são identificados através da avaliação.

No que diz respeito às avaliações dos programas voltados para doenças como a TB, verifica-se que há um grande desafio pela frente, o qual implica em reconhecer e considerar o papel central dos processos simbólicos/subjetivos do adoecimento, bem como as perspectivas dos atores envolvidos.⁵ Publicações relativas a este tema apontam para diversos fatores que impactam negativamente na prevenção e controle da TB, como por exemplo: irregularidade na realização de visitas domiciliares⁸, retardo no diagnóstico⁹, difícil acesso aos serviços de saúde, insuficiência no treinamento ou suporte para adesão, demora para início do tratamento e espera longa antes das consultas.¹⁰

Considerando-se, portanto, a importância do Programa de Controle da Tuberculose (PCT), impõe-se avaliação permanente do seu funcionamento. Por outro lado, não foram identificados estudos prévios sobre avaliação conjunta, por pacientes e profissionais, do PCT no nordeste. Este estudo teve, portanto, como principal objetivo avaliar as ações desenvolvidas no PCT em unidades de saúde do Recife, com base na perspectiva de profissionais atuantes no programa, bem como de pacientes.

Métodos

O estudo foi realizado entre julho de 2014 e fevereiro de 2015. Do ponto de vista teórico-metodológico, este trabalho pode ser caracterizado como uma avaliação para a decisão. Tratou-se de uma pesquisa realizada no contexto natural de funcionamento do PCT, com enfoque na caracterização de seus respectivos pontos fracos, visando recomendações quanto às oportunidades de melhoria. Adicionalmente, tratou-se de uma avaliação quantitativa e concorrente da eficácia do programa, baseada em indicadores de processo.^{11-13.}

Locais de estudo

Este estudo incidiu sobre a capital do Estado de Pernambuco, Recife. Esta cidade está dividida em oito Regiões Político-Administrativas (ou Distritos Sanitários). Os locais incluídos na pesquisa foram intencionalmente selecionados para representarem os três níveis de complexidade do SUS na cidade do Recife, em três distritos sanitários (I, II e V). Foram assim incluídas na pesquisa cinco unidades de saúde: duas Unidades Básicas de Saúde e uma policlínica no Distrito Sanitário II (local A); um hospital universitário de média complexidade (local B); um hospital de alta complexidade (local C).

População

A população considerada foram os pacientes maiores de 16 anos em tratamento de TB, em nível ambulatorial, usuários de qualquer uma das cinco unidades de saúde referida. No que concerne aos profissionais consideraram-se os médicos, enfermeiros, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde (ACS) envolvidos com pacientes do PCT nestas unidades e os seus gestores.

Amostragem

Foram convidados a participar da pesquisa todos os 123 pacientes atendidos no programa de TB nas unidades de saúde selecionadas como locais de coleta. No total, 44 pacientes foram entrevistados: 28 pacientes do local C, oito do local A e oito do local B. Foram entrevistados 24 profissionais: sete no local A, onze no local B, seis no local C .

Caracterização da amostra

Dados referentes a variáveis socioeconômicas foram coletados para caracterizar as amostras de pacientes e profissionais. Com respeito aos pacientes, foram consideradas as variáveis: gênero (M/F), faixa etária (16-19; 20-49; 50 e mais), renda familiar (inferior a quatro salários mínimos/superior a quatro salários mínimos), tabagismo (sim/não), bem como o nível de adesão autodeclarada. Esta última variável foi determinada através aplicação do formulário modificado de Morisky e colaboradores¹⁴, o qual consiste no instrumento mais utilizado para medir adesão ao uso de medicamentos.¹⁵ Neste formulário o paciente responde a quatro perguntas simples: "Você alguma vez se esquece de tomar seu remédio? Você é descuidado para tomar seu remédio? Quando você se sente melhor para de tomar seu remédio? Se você se sente pior quando toma o remédio, você para de tomá-lo?". Uma resposta afirmativa a qualquer pergunta classifica o indivíduo como não-aderente. O critério de adesão ou não-adesão, neste caso, é definido a partir da visão do próprio paciente a respeito de seu tratamento com relação específica ao cumprimento da prescrição farmacológica.

Coleta de dados

Entrevistas a pacientes

Os dados referentes à perspectiva dos usuários sobre as ações desenvolvidas no PCT foram coletados com base em um inquérito estruturado, administrado a 44 pacientes por entrevistadores treinados para este fim. O instrumento de coleta incluiu questões de respostas fechadas, adaptado do formulário proposto por Scatena e colaboradores¹⁶, englobando 16 itens relativos a: análise do lenco de serviços, contexto familiar, orientação para a

comunidade e acesso ao tratamento (Quadro 1). Para as respostas utilizou-se uma escala de cinco pontos, variando de 1 a 5 (nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre, sempre). O inquérito incluía questões para caracterizar os pacientes do ponto de vista socioeconômico (gênero, faixa etária, renda familiar, tabagismo), bem como o nível de adesão autodeclarada.

Quadro 1- Itens utilizados na avaliação do PCT pelos pacientes em Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.

Item	Descrição
I1	Perde o turno de trabalho ou compromisso para consultar
I2	Uso de transporte motorizado
I3	Despesa transporte para consulta
I4	Falta de medicamentos durante o tratamento
I5	Espera para consulta acima de 60min
I6	Acesso a consulta médica em menos de 24 horas em casos de emergência
I7	Visita domiciliar
I8	Procura serviço de saúde mais próximo para consultar
I9	Informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento
I10	Informações sobre outros temas de saúde
I11	Visitas de profissionais de saúde por outros motivos além da TB
I12	Participação em grupos de pacientes de TB no serviço de saúde
I13	Informações sobre a TB e tratamento às pessoas que moram com o paciente
I14	Propaganda/campanha/trabalho educativo pelos profissionais do serviço de saúde
I15	Ações comunitárias para entrega do pote de escarro
I16	Encontros com lideranças comunitárias para discutir problema de da TB

Questionários a profissionais

A análise das condições de infraestrutura e a visão dos gestores e profissionais de saúde sobre o programa foram levantadas com base na matriz de análise e julgamento, adaptada de Oliveira e colaboradores (2010).¹⁷

A matriz consistiu de doze questões/requisitos classificados em quatro categorias (q1-q4): q1-Cobertura e Acolhimento (requisitos: atenção profissional, atendimento integral); q2-Diagnóstico, Assistência Clínica e Laboratorial (requisitos: registro e exame de contatos, busca de casos, resultados da baciloscopia, cultura de escarro e teste de sensibilidade quando indicados, teste rápido para HIV); q3-Tratamento e Assistência Farmacêutica

(requisitos: disponibilidade e acessibilidade ao tratamento, encaminhamento do paciente com TB Multidrogaresistente para o centro de referência quando indicado, realização de tratamento supervisionado para os pacientes positivos à baciloscopia com risco de abandono e coinfeção); q4-Integralidade (requisitos: fornecimento de assistência completa a todos os problemas de saúde relacionados ou não à TB, fornecimento de orientação para a prevenção global, visando a promoção à saúde).

Solicitou-se aos profissionais que pontuassem cada pergunta de 1 a 5, existindo ainda a opção não aplicável.

A amostra de profissionais foi caracterizada no âmbito das variáveis idade, gênero, profissão e local de trabalho.

Tratamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram lançados no Microsoft Excel, tendo-se procedido a uma dupla verificação dos mesmos. Os valores em falta (missing values) foram excluídos da análise. Calculou-se para cada paciente e profissional uma pontuação total, normalizada pelo número de itens aplicáveis e convertida em percentagem. A análise estatística foi realizada com auxílio do software R. Além da estatística descritiva, utilizaram-se os testes: exato de Fisher à igualdade de proporções, Kruskal-wallis, Mann-Whitney e Wilcoxon, para determinar diferenças entre variáveis de interesse. Para tentar explicar a não adesão autodeclarada em função de variáveis de interesse efetuou-se uma regressão logística simples. Adotou-se um nível de significância de 0,05.

Considerações Éticas

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar Hospital Universitário Oswaldo Cruz + Pronto-Socorro Cardiológico Universitário de Pernambuco-Prof. Luiz Tavares (complexo hospitalar HUOC-PROCAPE), em Pernambuco, Brasil, sob o parecer consubstanciado de número 1413715. Foram seguidos os preceitos éticos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados

Entrevistas a pacientes

Caracterização da amostra

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (77%, 34/44), com idade entre 23 e 65 anos (mediana 45,6). Também a maioria possuía escassos recursos econômicos, com renda familiar inferior a quatro salários mínimos ou sem renda (97%, 43/44), tendo declarado não ser tabagista (90%, 40/44). Cerca de 40% dos pacientes não tinham sofrido episódios de internamento por TB (17/44); aproximadamente 40% dos entrevistados haviam passado por dois ou mais internamentos por TB (16/44).

Avaliação da não adesão do ponto de vista sociodemográfico

No que diz respeito à adesão à terapêutica tuberculostática, 40% dos pacientes declararam-se não aderentes (17/42). Na amostra avaliada, a não adesão não está estatisticamente associada à idade, sexo e número de internamentos (regressão linear simples; $p=0,936$; $0,972$ e $0,377$, respectivamente).

Avaliação da não adesão por unidades de saúde

Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os locais de estudo no tocante à não adesão à terapêutica. Para esta avaliação foi utilizado o teste exato de Fisher para igualdade de proporções (p -valor $=0,050362$), tendo o local C se apresentado como o pior resultado em comparação com os demais locais (teste exato de Fisher para igualdade de proporções; $p=0,05$).

Opinião dos doentes sobre os cuidados de saúde a que têm acesso

Em relação aos cuidados de saúde a que têm acesso no PCT, no geral os pacientes tiveram uma opinião desfavorável. A pontuação mediana foi 35% (mínimo 6%, máximo 88%), sendo o terceiro quartil inferior a 50% (Figura 1).

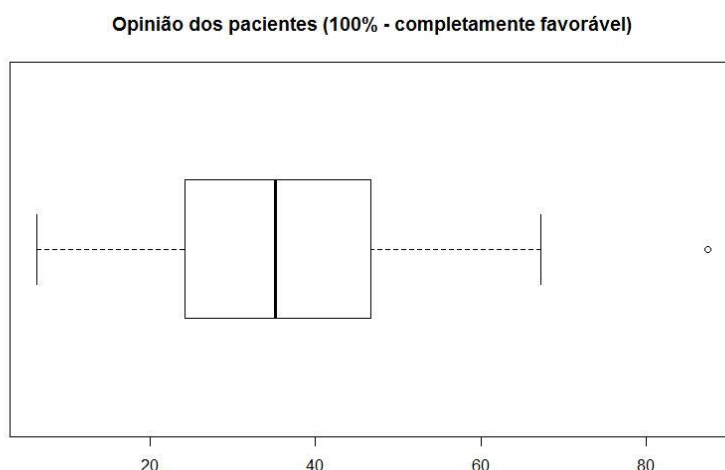


Figura 1 - Opinião dos pacientes sobre o Programa de Controle da Tuberculose em Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.

As pontuações medianas não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os três locais de coleta: local A= 27%, local C=36% e local B= 37%; teste de Kruskal-Wallis, $p=0,3925$.

Analizou-se também se os pacientes que declararam não aderir à terapêutica tinham opinião pior sobre o PCT em relação aos que aderiram. Apesar da diferença verificada na mediana da pontuação global nestes dois grupos (não aderentes 31%; aderentes 36%), esta não é estatisticamente significativa (teste de Mann Whitney-Wilcoxon; $p=0,356$).

Os resultados da avaliação foram separados pelas áreas de cuidado: acesso a transporte, acesso a consulta médica, acesso a tratamento, visita domiciliar, informação em saúde e participação comunitária. Foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre áreas (teste de Kruskal-Wallis, $p < 2.2 \times 10^{-16}$). As opiniões foram favoráveis no que diz respeito ao acesso, e desfavoráveis com respeito aos demais itens considerados, como representado na Figura 2 (teste de Mann-Whitney-Wilcoxon; $p=10^{-7}$).

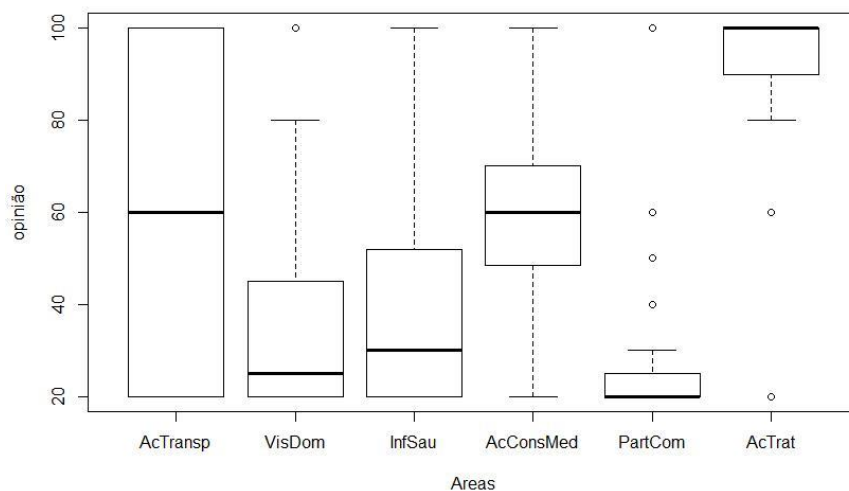


Figura 2 ĩ Opinião dos pacientes por áreas de cuidado do PCT, Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.

Legenda:

AcTransp: Acesso a transporte

AcConsMed : Acesso a consulta médica

AcTrat Acesso a tratamento:

VisDom: Visita Domiciliar

InfSau: Informação em saúde

PartCom: Participação Comunitária

Questionários aos profissionais

Os profissionais participantes da pesquisa foram em sua maioria mulheres (87,5%, 21/24), com idade média de cerca de 40 anos (mínimo 30, máximo 55). No tocante ao local de trabalho, 11 profissionais eram do local B (45%), seis profissionais do local C (25%) e sete do local A (28%). Responderam ao questionário principalmente Enfermeiros e Médicos, (respectivamente 33%, 8/24 e 25%, 6/24); gestores e agentes comunitários de saúde encontravam-se em minoria.

No global obtiveram-se pontuações inferiores a 60%, evidenciando avaliação pouco favorável do programa: a pontuação mediana foi 51,55% (mínimo 22,9%, máximo 77,3%), e o terceiro quartil foi inferior a 64,6%.

Observaram-se diferenças nas pontuações medianas por grupo profissional. Os gestores e os médicos apresentaram pior opinião sobre o programa (pontuação mediana 38 e 42%) relativamente aos enfermeiros (pontuação mediana 57%). Contudo estas diferenças não foram estatisticamente significativas (teste de Kruskal-Wallis, $p = 0,40$).

Considerando os três locais de coleta, observaram-se diferenças na opinião dos profissionais sobre o funcionamento do PCT que assumiram significado estatístico. Os profissionais do local C apresentaram uma opinião menos favorável relativamente às outras unidades de saúde (teste de Wilcoxon: $p=0,025$).

Finalmente, comparando-se os resultados do ponto de vista das categorias de avaliação (Figura 3), os profissionais tiveram pior opinião sobre o desempenho da categoria q2 "Assistência Clínica e Laboratorial" relativamente às restantes, assumindo esta diferença significado estatístico (teste de Wilcoxon: $p < 0,01$).

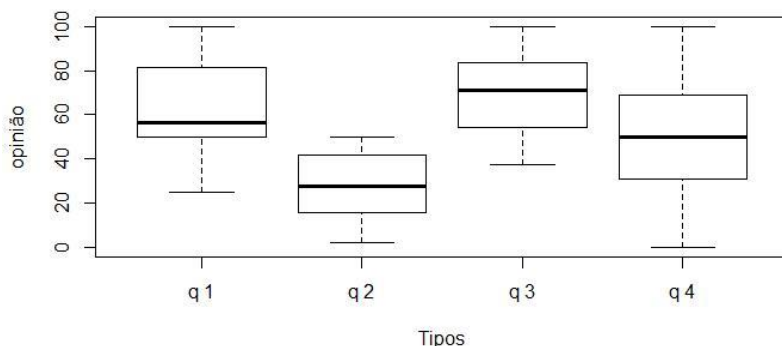


Figura 3- Opinião dos profissionais com base no questionário; dados organizados por categoria de avaliação, Recife-PE, julho de 2014 - fevereiro de 2015.

Legenda:

q1:Cobertura e Acolhimento

q2: Diagnóstico, Assistência Clínica e Laboratorial;

q3: Tratamento e Assistência Farmacêutica;

q4: Integralidade

Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar as ações desenvolvidas no PCT em unidades de saúde do Recife, com base na perspectiva de profissionais atuantes no programa, bem como de pacientes. No geral, a opinião dos pacientes e profissionais inquiridos foi desfavorável. Os primeiros pontuaram mais desfavoravelmente os itens visita domiciliar e participação comunitária, enquanto os segundos manifestaram opiniões menos positivas sobre a assistência clínica e laboratorial.

Salienta-se como principal limitação a amostragem não probabilística utilizada; as opiniões dos participantes podem não refletir a perspectiva da população de usuários e profissionais de saúde das unidades de saúde inquiridas; é também incerta a generalização dos resultados para outras unidades do município de Recife ou do estado de Pernambuco. Ainda assim os resultados podem ser úteis no âmbito do processo de melhoria do PCT, promovendo, em última análise, um progresso na assistência aos pacientes. Por outro lado, o estudo pode servir de estímulo e parâmetro para investigações semelhantes de maior abrangência geográfica, partindo-se do princípio que avaliações periódicas podem contribuir para uma evolução da performance de programas de saúde.

Na atualidade, uma das principais limitações para o combate e cura da tuberculose é o abandono do tratamento, que implica não só em aumento do custo do seguimento dos pacientes como também da mortalidade e das taxas de recidiva da doença.¹⁸

Como consequência da não adesão/abandono, os indicadores de incidência, mortalidade e multirresistência tendem a aumentar, sendo esta a principal preocupação mundial em relação à doença.

Tendo-se em vista que o fator acesso facilmente pode levar o paciente a abandonar o tratamento¹⁹, ressalta-se que nesse estudo um dos fatores que dificultam o acesso, no caso a dependência do transporte motorizado para a

consulta médica ou ida à farmácia (AcTransp) não foi apontado como desfavorável.

Apesar de ser disponibilizado gratuitamente, o tratamento em geral pode representar um custo econômico para o paciente, tanto pelo eventual custo do deslocamento como pela possível perda do turno de trabalho ²⁰; no presente estudo, o acesso ao tratamento foi considerado satisfatório.

Com respeito a itens com baixa pontuação nesta pesquisa (tidos como desfavoráveis), podemos dizer que dois principalmente merecem ser considerados: ãvisita domiciliar por profissionais de saúde (VisDom) e ãinformações sobre a doença prestadas pelos serviços de saúde (InfSau), variáveis estas relevantes para se prever a existência de certa passividade dos serviços diante do problema do abandono do tratamento. Cabe ressaltar que os resultados do presente estudo apontaram valores de não-adesão autodeclarada avaliada pelo formulário Morinsky (40%,17/42) superiores aos percentuais de abandono de tratamento (3,4 a 28%), relatados em pesquisas anteriores do mesmo grupo de trabalho nos mesmos três locais de coleta ²¹⁻²².

Verificou-se também, de acordo com respostas dos pacientes entrevistados, que não foi atendida ainda a demanda de ampliar a interlocução entre o Programa, as lideranças comunitárias, os conselhos de saúde e o poder legislativo. Alinhado às diretrizes internacionais, o PNCT considera que a mobilização comunitária é um importante componente para contribuir com o controle da doença no Brasil. Baseado nessa premissa, desde 2007 o PNCT estabeleceu uma área técnica específica com o objetivo de qualificar as ações de comunicação, advocacy e mobilização social ãCAMS.²³ Em Recife, no entanto, observou-se que a iniciativa parece não ter atingido o sucesso esperado, a julgar pela pontuação unanimemente baixa referente ao indicador ãencontros com lideranças comunitárias para discutir problema de TB (PartCom=participação comunitária).

Não foram encontradas diferenças significativas entre as opiniões globais dos vários grupos profissionais sobre o programa. Isto pode dever-se à verdadeira ausência de diferenças ou traduzir uma dimensão da amostra insuficiente para refletir eventuais diferenças. Considera-se, portanto, que futuros estudos devem manter uma abordagem multiprofissional ao avaliar a opinião dos profissionais do PCT.

As pontuações menos positivas atribuídas pelos profissionais à categoria q2, "Diagnóstico, Assistência Clínica e Laboratorial" corroboram dificuldades já conhecidas, como a debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos e a visão centralizada e fragmentada da organização das ações de controle da TB no sistema de saúde ²⁴, bem como problemas na organização do material para exame bacteriológico, abordagem inadequada ao paciente durante a coleta de escarro e treinamento profissional inadequado. ²⁵

Esta parece ser, portanto, uma área que requer atenção prioritária dos gestores. Adicionalmente, a avaliação insatisfatória dos profissionais com respeito à categoria q2, também corrobora a fragilidade identificada nessa questão do controle da transmissão da TB, tendo-se em vista que nessa categoria estavam incluídos os requisitos "registro e exame de contatos" e "busca de casos"

De qualquer forma este parece ser um problema internacional, uma vez que uma meta-análise publicada em 2013 identificou falta de sistematização no monitoramento e controle dos comunicantes, ressaltando que estes apresentam maior risco de exposição que a população em geral, estabelecendo assim, a avaliação dos contatos como atividade prioritária para a diminuição da incidência da doença, especialmente através da quimioprofilaxia. ²⁶

Contrastando-se as perspectivas dos pacientes e profissionais de saúde, vale ressaltar que o local C apresentou a pior opinião dos profissionais a respeito do desempenho do PCT, o que talvez explique o maior percentual de não-adesão autodeclarada (pelos pacientes).

A título de conclusão, os resultados desta pesquisa sugerem, na perspectiva dos profissionais e pacientes, insucesso no desempenho das ações desenvolvidas no PCT e indicam que o funcionamento do programa necessita de mais atenção por parte dos gestores da vigilância epidemiológica e da atenção básica. Dando continuidade a esta linha de pesquisa está sendo desenvolvida uma investigação que visa obter propostas consensuais de ações de melhoria para o PCT.

Agradecimentos

Os autores agradecem à gestão das unidades de saúde, por terem autorizado o acesso às mesmas para a realização da pesquisa. Agradecem também à colega Ana Cristina Nóbrega pela colaboração na coleta de dados.

Contribuição dos autores

Simone S. Bezerra contribuiu na concepção, levantamento bibliográfico, coleta, análise e interpretação dos dados e redação do artigo, José Lamartine S. Sobrinho colaborou na concepção do estudo e revisão crítica do artigo; Mara P. Guerreiro contribuiu para a análise, interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. João Gomes contribuiu para análise, interpretação dos dados e revisão crítica do artigo. Os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde- Ministério da Saúde [Internet]. 2015[citado Out 16];46(9):11-19. Disponível em:<<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>>
2. Muniz JN, Ruffino-Netto A, Villa TC, Yamamura M, Arcencio R, Cardozo-Gonzales RI. Epidemiological aspects of human immunodeficiency virus/tuberculosis co-infection in Ribeirao Preto, Brazil from 1998 to 2003. J Bras Pneumol. 2006;32(6):529-34.
3. Ministério da Saúde (BR). Plano Estratégico para o Controle da Tuberculose, 2007-2015. [Internet]. Brasília; 2006: Programa Nacional de Controle da Tuberculose; 2006 [citado 2016 jan 23].43 p. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=927&Itemid=423
4. Arakawa T, Magnabosco GT, Lopes LM, Arnaez MAA, Gavín MAO, Gallardo MDPS, et al. Evaluation of the performance of Tuberculosis Control Programs in Brazil and Spain: an integrative review of the literature. Cien Saude Colet

- [Internet]. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 2015 Dec [cited 2016 Oct 16];20(12):3877-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001203877&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
5. Magalhães Bosi ML, Uchimura KY. Quality Perspectives in Tuberculosis Control Programs Evaluation. *Heal Syst Policy Res* [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 25];3(3). Available from: <http://www.hsprj.com/health-maintenance/quality-perspectives-in-tuberculosis-control-programs-evaluation.php?aid=11193>
 6. Villa TC, Ruffino-Netto A, Scatena LM, Andrade RL, Brunello ME, Nogueira JA, et al. Health services performance for TB treatment in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* [Internet]. BioMed Central; 2011 Dec 28 [cited 2016 Oct 16];11(1):241. Available from: <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-11-241>
 7. de Oliveira GE. Programa de controle da tuberculose em uma unidade mista de São Luís: uma experiência exitosa [trabalho de conclusão de curso]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhã; 2008, p.12.
 8. Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Accessibility to tuberculosis treatment: assessment of health service performance. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(4):994-1002.
 9. Villa TC, Ponce MA, Wysocki AD, Andrade RL, Arakawa T, Scatolin BE, et al. Early diagnosis of tuberculosis in the health services in different regions of Brazil. *Rev Lat Am Enferm*. 2013;21 Spec No:190-8.
 10. Brasil P, Ueleres BJ. Meta-analysis of factors related to health services that predict treatment default by tuberculosis patients. *Cad Saúde Pública*. 2008;24 Suppl 4:s485-502.
 11. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2000 [cited 2016 Mar 13];34(5):547-59. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v34n5/3227.pdf>

12. Ovreteit J. Action Evaluation of Health Programmes and Changes. A handbook for a user-focussed approach. 1st ed. Radcliffe Medical Press. Abingdon: Radcliffe Medical Press; 2002. p. 11-15.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. Atlanta, GA; 2011.
14. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care [Internet]. 1986 Jan [cited 2016 Dec 23]; 24(1):67-74. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>
15. Borges WP, Magalhães TM, Tha M, Rodrigues P. hipertensão arterial : uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(2):487-94.
16. Scatena LM, Villa TCS, Palha PF, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, Monroe AA. Desigualdades no acesso ao tratamento de TB em diferentes regiões do Brasil. In: Villa TCS, Ruffino Netto A. Tuberculose Pesquisas Operacionais. São Paulo: Funpec Editora; 2009. p. 179-84.
17. de Oliveira LGD, Natal S, Felisberto E, Alves CKA, dos Santos EM. Modelo de avaliação do programa de controle da tuberculose. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2010 [citado 2016 jan 23];15(Suppl. 1):997-1008. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-78349279646&partnerID=40&md5=49ec0bfde4c00b1ce12c423cd3545de7>
18. Silva CCAV, Andrade MS, Cardoso MD. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. Epidemiol e Serviços Saúde [Internet]. 2013 [citado 2016 jan 23];22:77-85. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00543.pdf>
19. Couto DS de, Carvalho RN, Azevedo EB de, Moraes MN de, Pinheiro PGOD, Faustino EB. Fatores determinantes para o abandono do tratamento da tuberculose: representações dos usuários de um hospital público. Saúde em Debate [Internet]. 2014 [citado 2016 jan 23];38(102):572-81. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0103-1104.20140053>

20. Mendonça SA, Franco SC. Avaliação do risco epidemiológico e do desempenho dos programas de controle de tuberculose nas Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina, 2003 a 2010. *Epidemiol e Serviços Saúde* [Internet]. Ministério da Saúde do Brasil; 2015 Mar [citado 2016 Mar 13];24(1):59-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000100059&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
21. Bezerra S., Guerreiro MP, Pessoa N, Athayde MP, Auad R, Gomes JJ, et al. Clinical profile and treatment discontinuation in a tuberculosis control state programme in Brazil: preliminary results from SINAN database. In: Annual Symposium of the European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) 2016 5th -7th Oct; Oslo. Norway. *Int J Clin Pharmacy*. To be published 2017.
22. Bezerra S., Guerreiro MP, Pessoa N, Athayde MP, Auad R, Gomes JJ, et al. Cure and discontinuation of treatment in a tuberculosis control state programme in Brazil: insights from dispensing data. In: Annual Symposium of the European Society of Clinical Pharmacy (ESCP) 2016 5th -7th Oct; Oslo. Norway. *Int J Clin Pharmacy*. To be published 2017.
23. Ministério da Saúde (BR). Especial Tuberculose. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde- Ministério da Saúde [Internet]. 2012[citado 2016 Out 16];43:1-12. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337634001_Tuberculose-Boletim%20Epidemio.pdf
24. Monroe AA, Gonzales RIC, Palha PF, Sasaki CM, Ruffino Netto A, Vendramini SHF, et al. Envolvimento de equipes da atenção básica à saúde no controle da tuberculose. *Rev da Esc Enferm da USP* [Internet]. Revista da Escola de Enfermagem da USP; 2008 Jun [citado 2016 Nov 8];42(2):262-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200008&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
25. Nóbrega RG, Nogueira J de A, Netto AR, de Sá LD, da Silva ATMC, Villa TCS. The active search for respiratory symptomatics for the control of tuberculosis in the Potiguara Indigenous Scenario, Paraíba, Brazil. *Rev Lat Am Enfermagem*

[Internet]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo; 2010 Dec [cited 2016 Nov 8];18(6):1169-76. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600018&lng=en&nrm=iso&tlng=en

26. Fox GJ, Barry SE, Britton WJ, Marks GB. Contact investigation for tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J* [Internet]. 2013 Jan [cited 2015 Dec 14]; 41(1):140-56. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3533588&tool=pmc.ncbi&rendertype=abstract>

ARTIGO 2 A Delphi Study for consensual proposals on quality improvement of Tuberculosis Control Program in Pernambuco state (PECT).

Delphi Study for consensual proposals on quality improvement of Tuberculosis Control Program in Pernambuco state (PECT), Brazil

Simone Santos Bezerra^{1*}, Mara Pereira Guerreiro^{2,3}, José Lamartine Soares Sobrinho⁴.

¹Federal University of Pernambuco, Center of Biological Sciences, Post-graduation Program in Therapeutic Innovation - Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife, Pernambuco, Brazil; ² Interdisciplinary Research Centre (CiiEM), Institute of Health Sciences Egas Moniz, Quinta da Granja, 2829, 511 Monte de Caparica, Almada, Portugal; ³ Unit of Research & Development in Nursing (ui&de), Parque das Nações, Av. D. João II, 1990-096, Lisbon, Portugal; ⁴ Federal University of Pernambuco, Health Sciences Center, Department of Pharmacy- Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife, Pernambuco, Brazil.

*Corresponding author. Federal University of Pernambuco, Center of Biological Sciences, Post-graduation Program in Therapeutic Innovation - Av. Prof. Moraes Rego, 1235 - Cidade Universitária, Recife, Pernambuco, Brazil. E-mail:simonesbezerra@gmail.com

Abstract

Tuberculosis (TB) remains a major public health problem, particularly in low and middle-income countries. The aim of this study is to propose consensual quality improvement actions for the Tuberculosis Control Program of the Pernambuco state (PECT), Brazil. The Delphi technique was chosen to formally determine validity of those actions. The first Delphi round comprised open-ended questions; participants (twelve local TB experts) were asked to suggest improvement actions based on structure and process indicators. In the second round experts rated each action for its level of relevance and viability, using a four-point scale. In the last round the participants rated the actions again, in the light of group answers. As a result of the -study, eighty- nine improvement actions were proposed to the PECT, having achieved a high degree of consensus. Ten of these consensual actions reached simultaneously the highest score for relevance and viability, for example: "Conduct training for health professionals to offer information about TB and its treatment to the

patients, during home visits and active search of respiratory symptomatic and implement group education about TB and its treatment by multidisciplinary teams, for community members in general. The consensual improvement actions obtained in this Delphi can be useful in a variety of efforts to improve quality of care for local patients with TB.

Keywords: Tuberculosis, Health Programs and Plans, Quality Improvement, Delphi technique

Key Messages

- This paper contributes to international debates on the organization and performance of primary care services and the factors influencing its effectiveness in the control of tuberculosis (TB), which nowadays remains a major public health problem, particularly in low and middle-income countries..
- The Delphi technique demonstrates to be an important tool which can be useful in Primary Health Care researches.
- The main result of this study was the proposal of eighty-nine quality improvement actions to the Pernambuco Tuberculosis Control Program. Actions were obtained in a Delphi panel composed by local experts.
- Improvement actions proposed to a health programme, even if validated in a Delphi panel, to be considered relevant, viable and effective, have to be well conducted by the health professionals' team and by the groups of the Family Health Program Strategy

Introduction

Tuberculosis (TB) remains a major public health problem (SILVA et al., 2016). The disease has been receiving considerable attention, particularly in low and middle-income countries where it is closely associated with HIV/AIDS (MUNRO et al., 2007). The Brazilian National Tuberculosis Control Programme (BNTCP) enables universal access to tuberculosis prevention, surveillance and management. It is developed in three government spheres: federal, state and municipal. The guidelines of the establishment by the Ministry of Health includes a set of actions: acquisition and supply of medications, ensuring free distribution of drugs and other supplies needed to preventive and injury control

actions; referrals for laboratory tests and treatment; coordination of the information system; support for states and municipalities; and intersectoral linkups. The NTCP needs to be put into operation in conjunction with the Family Health Program Strategy.(MAGALHAES BOSI; UCHIMURA, 2016)

The Family Health Program Strategy or FHS is an approach to providing primary care for defined populations by deploying of interdisciplinary healthcare teams. The nucleus of each FHS team includes a physician, a nurse, a nurse assistant, and four to six full-time community health agents (lay members of the community who are paid members of the health care team). Family health teams are organized geographically, covering populations of up to 1000 households each, with no overlap or gap between catchment areas (MACINKO; HARRIS, 2015).

Efforts to reduce the burden of TB have been showing some positive results: the incidence and mortality rates have presented global fall, and among the 22 countries that account for 80% of global cases, seven have reached the reduction targets of incidence, prevalence and mortality planned for 2015, including Brazil. Despite of that, there are challenges remaining for the TB control, for example the treatment abandonment (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014), as well as the high incidence among high-risk populations (OLIVEIRA et al., [s.d.]). In the case of the State of Pernambuco and also in the city of Recife, the official rates for mortality, incidence and treatment abandonment have not yet reached the goals set by the Ministry of Health (Brasil 2014).

Existing research recognises the critical role played by the Delphi technique as a tool which can be useful in Primary Health Care researches, and it has also been used in tuberculosis related-research (AHMAD et al., 2009; LI et al., 2014; PASSANNANTE; GALLAGHER; REICHMAN, 1994). This technique takes place in a series of sequential mailed questionnaires to isolated specialists interspersed by controlled feedback (GUERREIRO; CANTRILL; MARTINS, 2007). The main use of Delphi is to get consensus on any number of issues or ideas related to a particular problem where there is no existing agreement (KEENEY; MCKENNA; HASSON, 2011).

Considering this, the aim of this study is to propose consensual quality improvement actions for the Tuberculosis Control Program of the Pernambuco state (PECT), using the Delphi technique to validate them.

Methods

The survey was conducted between July 2015 and September 2016.

Preliminary Validation

The indicators for formal validation were pre-selected on a workshop consultation with key stakeholders and health professionals. The working group was comprised by pharmacists, nurses and doctors with clinical experience, a nurse from an epidemiologic centre and the coordinator of a local tuberculosis control programme. The starting point for the workshop was the presentation of 27 indicators (box 1), that were a poll of official TB control indicators recommended by the Brazilian Health Ministry and non-official indicators for evaluating TB programmes, proposed by Scatena and co-workers (SCATENA et al., 2009). Participants were asked to rate the relevance of each indicator for evaluating the local tuberculosis control programme, using a three-point scale (relevant, irrelevant or unsure). Consensus was used to accept and reject indicators; consensus was defined as at least 75% of the participants classifying indicators as relevant or irrelevant, respectively. Failure of an indicator to meet these criteria meant consensus was not achieved. Only relevant indicators proceeded to the first stage of the formal validation. Participants were also asked to suggest new indicators to evaluate the local control tuberculosis programme

Box 1- Items used in the evaluation of PCT by patients in Recife-PE, July 2014 - February 2015.

Item	Description
I1	Lose the work shift or appointment to go the medical consult
I2	Use of motorized transport
I3	Transport expense to go to the consultation

Continues

Box 1- Items used in the evaluation of PCT by patients in Recife-PE, July 2014 - February 2015.

Conclusion

I4	Lack of medication during treatment
I5	Time waiting for consultation above 60min
I6	Access to medical consultation in less than 24 hours in emergency cases
I7	Frequency of home visits by health professionals
I8	Patient attends the nearest health service for consultation
I9	Information received on tuberculosis (TB) and its treatment
I10	Information received on other health topics
I11	Visits of health professionals for any reasons (other than TB)
I12	Participation in groups of TB patients in the health service
I13	Information about TB and treatment for people living with the patient
I14	Advertising / campaign / educational work by health service professionals
I15	Community actions for delivery of the sputum pot
I16	Encounters with community leaders to discuss TB problem

Formal Validation

The Delphi technique was chosen to formally determine validity of the indicators. Panel members were recruited through the CNPQ Lattes Plataform, a Brazilian database for curriculum of researchers. The search was performed by subject, using the term "tuberculosis". Panel members are referred here as panellists, experts and specialists. In order to ensure the participation of the right kinds of experts, who understand the issues, have a vision and represent a substantial variety of viewpoints (CZINKOTA; RONKAINEN, 1997), a purposive sampling was employed in this study. In order to achieve the best results, researchers tried to get the contribution of professionals who somehow could have intervention, participation or opinion formed with respect to the State Program for Tuberculosis Control (PECT), either by theoretical knowledge, practice or both. Thus, the following criteria were considered: health

professionals from public or private initiative who had knowledge and/or practical experience in the area under investigation and professional acting in Pernambuco. The above-mentioned criteria was operationalized by selecting sub categories of health professionals in CNPq Lattes Platform, followed by their curriculum evaluation based on professional experience and scientific publications.

Specialists were invited to take part in the study by e-mail. Explanatory material and a participation form were sent to them. If they sent this formulary back their inclusion in the panel was confirmed. It was intended a final number of panellists between 10 and 15.

Round 1: The questionnaire for the first round of Delphi was composed of open-ended questions, each one related to a process or infrastructure tuberculosis healthcare indicator. The indicators for the first round questionnaire were the ones selected during the preliminary validation. The participant was asked to suggest which actions could be taken: to improve results on the indicator or to achieve the official goal to the indicator, when applicable. The questionnaires were previously piloted by a panellist convenience sample in order to determine their suitability.

Round 2: Second round took the form of a structured questionnaire incorporating the actions suggested by the panel members in the first round. In this stage the participants were asked to rate each action for its level of relevance and viability, using a four-point scale, ranging from 0 to 3 (LIBANIO, 2006). Additionally, some interventions with proven effectiveness by robust evidence, related to the indicators under study, were also submitted to panellists voting.

Round 3: In this last stage the participants were asked to rate again the actions for its level of relevance and viability, using the same four-point scale, in the light of group answers. Personalized questionnaires were sent to the panellists with the second round-feedback including their own answers and group medians for each action. For the third round, only the actions which didn't reach high or average consensus in the previous round were select.

According to Libânio (LIBÂNIO, 2006), some studies reported the successful use of the system below (box 2), proposed by De Loe (DE LOE, 1995), to evaluate consensus on researches with Delphi policies. De Loe's system was also adopted in this study, being considering approved the actions that meet an average or high degree of consensus taking in account the dimensions relevance and viability.

Box 2: De Loe proposal for evaluating consensus on researches with Delphi policies using voting scales with four categories

Degree of consensus	Condition ⁽¹⁾
High	70% of votes in one category or 80% in two related categories ⁽²⁾
Medium	60% of votes in one category or 70% in two related categories ⁽²⁾
Low	50% of votes in one category or 80% in two related categories ⁽²⁾
None	<50% of votes in one category or < 60% in two related categories ⁽²⁾

(1) - Relating to the distribution of votes among the categories of voting scales

(2) - Related categories are those in a positive or negative evaluation in the voting scale.

Data Analysis: The qualitative data of the first round was subject to the basic stage of the technique required to perform the content analysis: establishment of units of analysis. The quantitative data was subjected to descriptive statistical analyses. Data was analyzed with the aid of SPSS release 11.5.

Ethical considerations

Respondents to the survey were asked to subjectively evaluate the quality of PECT. One ethical concern that would arise from such an exercise is the risk of participants's identities being connected to their responses. Therefore, steps were taken to ensure the confidentiality of participants. Participants were asked

to provide only general demographic information (age; gender; length of experienceé). Each mail out was assigned a unique identification number, which was be held in a database accessible only to the researchers. Access to data files and electronic mail was protected by keywords. This study was submitted through Plataforma Brasil to ethical analysis and it was approved by the Ethics Committee of Pernambuco University/ /PROPEGE/ UPE, under the number 1.415.350.

Results

Preliminary Validation:

Considering an initial number of twenty-seven indicators, twelve of them were ruled out in this stage because they failed to achieve consensus as relevant for evaluating the tuberculosis control programme in Pernambuco. Indicators that were ruled out are presented in box 3.

Box 3: Indicators that were ruled out in the preliminary validation

Indicator number	Definition
1	Proportion of patients who lose work shift or appointment to see the doctor
2	Proportion of patients who have transportation expenses for medical consultation or withdrawal of drugs
3	Proportion of patients waiting over 60 minutes for medical consultation
4	Number of meetings with community leaders conducted semiannually to discuss TB problems
5	Proportion of cure among cases of pulmonary tuberculosis
6	Proportion of new cases timely closed in the Notifiable Diseases Information System (SINAN)
7	Proportion of TB / HIV co-infection
8	TB mortality coefficient as the underlying cause and associated cause
9	Tuberculosis incidence coefficient
10	Retreatment of the total cases

Continues

Box 3: Indicators that were ruled out in the preliminary validation

		Conclusion
11	Percentage of new TB cases, according to the "closure" situation in SINAN	
12	Percentage of new cases of TB-HIV co-infection	

During the preliminary validation, new indicators were also suggested to improve the local control tuberculosis programme (box 4).

Box 4: Indicators proposed in the preliminary validation

Indicator number	Definition
1	Abandonment of treatment of new cases of pulmonary TB (%)
2	Proportion of patients who have access to the drug in a timely manner
3	Proportion of patients who do not adhere to treatment
4	Underreporting tuberculosis percentage

Formal Validation:

After curriculum selection (based on 395 results from data base search), a total number of 63 invitations were sent to specialists after curriculum selection. Only 19 of them agreed to participate in the study (30% response rate) and 12 answered the first round questionnaire (36% erosion). Eleven specialists answered the second round questionnaire (8% erosion). No erosion occurred between the second and the third round.

Panel Profile: Considering a total of 12 panellists, the majority of them was female (91.6%, n=11), aging between 31-37 years old (83.3%, n=10), with minimum academic degree of specialization in public health and epidemiology (50%, n=6), having five years of experience or more with tuberculosis patients or with the State Tuberculosis Control Program (91.6%, n=11). A total of 91.6% of panellists (n=11) act professionally on public initiative. The panel was composed by nurses (41.6%, n=07) and pharmacists (58.3%, n=05)

First Round: After content analysis, a total of 93 actions were suggested in order to improve results on the 19 initial indicators approved in the workshop section which happened before the first round of this Delphi (appendix 1).

Second Round: Consensus building led to 83 actions being approved in the second round with high degree of consensus for relevance and viability. Actions with medium or low degree of consensus were submitted to new panel evaluation in the third round (box 5).

Box 5. Improvement actions with medium or low degree of consensus for relevance and viability after the second round of Delphi Panel

<u>Indicator:</u> Proportion of patients depending on motorized transport for access to medical consultation or withdrawal of the drug at the pharmacy	Actions: 1. Provide specialized care in health centers of the health districts, according to the logic of the Family Health Strategy and refer the tuberculosis patient to the health unit nearest to his/her residence. 2. Delivery drugs at the residence of patients through the Community Health Agents
<u>Indicator:</u> Proportion of patients who are visited by health professionals in their homes.	Actions: 1. Increase the number of Community Health Workers to meet the needs of the uncovered areas. 2. Reduce the number of families by family health team. 3. Establish control by the municipalities and punishments for those teams who do not make home visits.
<u>Indicator:</u> Proportion of patients receiving information (TB) and its treatment	Action: Using the media (TV, radio, billboards) to transmit information about tuberculosis and its treatment.
<u>Indicator:</u> Percentage of new smear positive pulmonary cases in directly observed treatment	Action: Increase the number of professionals who can participate in the directly observed treatment (DOT), including financially encouraging the community health workers for each DOT done and proven.

Continues

Box 5. Improvement actions with medium or low degree of consensus for relevance and viability after the second round of Delphi Panel

Conclusion

<u>Indicator:</u> Abandonment of treatment of new cases of pulmonary TB (%)	Action: Establish 'pre-appointment' reminders (visits, phone calls or letters or SMS messages before scheduled appointment).; this can be done by staff of health services, voluntary or community members).
<u>Indicator:</u> Proportion of patients who do not adhere to treatment	Action: Create a phone line for patients with suspected adverse reaction
<u>Indicator:</u> Underreporting tuberculosis percentage	Action: Implementation of an online notification service

Third Round: Ten actions (box 5) were submitted to this last panel evaluation. Consensus building led to 6 more actions being approved with high degree of consensus for relevance and viability. In other words, in the end of the third round a total 89 actions had reached the pre-defined 'high' level of consensus to be considered relevant and viable to improve the local control tuberculosis programme. Only the following actions maintained a medium or low degree of consensus: 1. Delivery drugs at the residence of patients through the Community Health Agents. 2. Reduce the number of families by family health team. 3. Increase the number of professionals who can participate in the directly observed treatment (DOT), including financially encouraging the community health workers for each DOT done and proven. 4. Establish 'pre-appointment' reminders (visits, phone calls or letters or SMS before scheduled appointment); this can be done by staff of health services, voluntary or community members).

Finally, in the end third round another ten of 89 actions reached simultaneously a high degree of consensus and the highest score for both relevance and viability; they were rated with score 3 according to the punctuation scale (Box 6).

Box 6. Improvement actions with high degree of consensus and highest score for both relevance and viability after the third round of Delphi Panel

<u>Indicator:</u> Proportion of patients whose medical care is performed in the health service closer to their home	Action: To promote initial training and continued education for professionals in the Primary Care (Basic Health Units / Family Health Units) in diagnosis, treatment and monitoring of TB
<u>Indicator:</u> Proportion of patients receiving information about tuberculosis (TB) and its treatment	Actions: 1. Conduct training of health professionals to offer information during active search of symptomatic respiratory patients and home visits. 2. Implement group education about TB and its treatment by multidisciplinary teams, for community members in general (e.g. waiting rooms). 3. Provide individual education to patient and the consultation with a health professional, promoting listening and bond.
<u>Indicator:</u> Proportion of communicants or contacts (people living with the patient) who receive information about TB and its treatment.	Action: Once one has the positive diagnosis of TB, someone in health team should get in touch with people who live with the patient, both to perform the specific tests and/ or chemoprophylaxis (depending on the situation).
<u>Indicator:</u> Number of community actions carried out every six months for delivery of the sputum pot	Actions: 1. During the home visits, to perform the search for patients with respiratory symptoms and if find them have already available sputum pots. 2. Give training to the all health professionals of Basic Units that integrate community actions to identify the symptomatic respiratory (SR) and their contacts.
<u>Indicator:</u> Culture accomplishment for retreatment cases	Action: Inform and make the population aware of the importance of the culture examination.

Continues

Box 6. Improvement actions with high degree of consensus and highest score for both relevance and viability after the third round of Delphi Panel

Conclusion

<u>Indicator:</u> Percentage of contacts of patients with pulmonary tuberculosis who are examined for the disease health unit.	Action: Request and availability of sputum pots can be made by any health professional in the
<u>Indicator:</u> Underreporting tuberculosis percentage	Action: Sensitize and capacitate Family Health Strategy teams to carry out notification in a timely manner, in particular through activities promoted by the epidemiological surveillance team to emphasize the importance of health planning through compulsory notifications of health problems.

The figure 1 resumes the results of validation work.

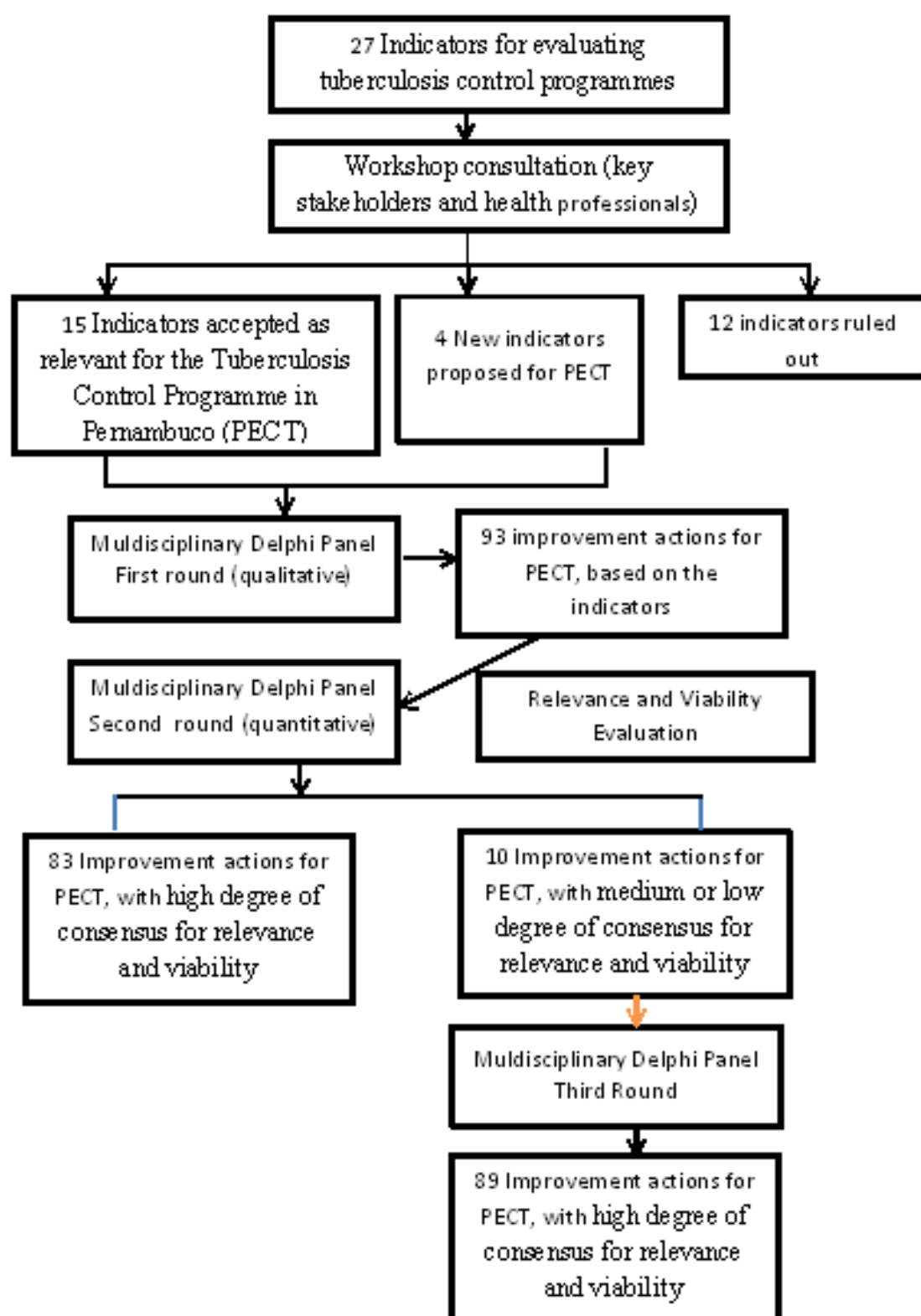


Fig.1: Results of the validation work

Discussion

According to the objective of this study, its main result was the proposal of eighty-nine improvement actions to the PECT obtained in a Delphi panel composed by local experts. Such actions were validated with respect to its relevance and viability, having achieved a high degree of consensus. As described above, in the section results, ten of these consensual actions reached simultaneously the highest score for relevance and viability. This means that, according to experts' evaluation, there is no interference or impediment to their implementation; they do not depend on any condition for their development and they have great acceptance by the actors involved. Moreover, they will have very positive effects and no negative effect, they will be extremely beneficial, they are justified by their own merits and they will be extremely useful for improving the program.

It is noteworthy that only four of the improvement actions failed to reach consensus ($n=4$, 4.3%). With respect to the action 'Establish 'pre-appointment' reminders (visits, phone calls or letters or SMS before scheduled appointment)' proposed to avoid 'Abandonment of treatment of new cases of pulmonary TB (%)' although it has proven effectiveness by robust evidence according to the literature in a systematic review, experts in our Delphi Panel did not agree concerning to its viability in the local context of Pernambuco.

Consensus wasn't also achieved for the action 'Increase the number of professionals who can participate in the directly observed treatment (DOT), including financially encouraging the community health workers for each DOT done and proven' proposed to increase the performance of the indicator 'Percentage of new smear positive pulmonary cases in directly observed treatment'. The strategy of DOT is still polemic regarding to its effectiveness. In one hand, for example, in a recent systematic review of DOT, which involved eleven randomized control trials with 5662 patients tuberculosis, the authors conclude that the DOT alone cannot provide the solution to poor adherence in people taking antituberculosis drugs (KARUMBI; GARNER, 2015). However, in a previous systematic review and meta-analysis study, with 75 articles evaluated, other authors found that DOT performed during the course of

treatment of patients with multidrug-resistant tuberculosis is associated with the reduction of dropout rates (Toczek et al. 2013).

The third nonconsensual action was "Reduce the number of families by family health team" in order to increase the "Proportion of patients who are visited by health professionals in their homes". Experts disagreed with respect to its viability, probably due to the low estimated proportion of population coverage by the family health teams in Pernambuco, which currently stands at 52.58% (Ministry of Health of Brazil 2016). On the other hand, it can be said that performance and number of the visits to patients at home is influenced not only by the population coverage, but it is also closely related to the resolutivity of the family health teams and internal organization of services (Teixeira et al. 2010).

The last non-consensual action obtained was "Delivery drugs at the residence of patients through the Community Health Agents" aiming to reduce the "Proportion of patients depending on motorized transport for access to medical consultation or withdrawal of the drug at the pharmacy". Bearing in mind that the access factor can cause the patient to abandon the treatment, it is worth noting that, despite being available for free, the treatment is a cost to the patient, both the cost of displacement as the possibility of loss the work shift (MENDONÇA; FRANCO, 2015). On the other hand, it is important to notice that increasing access to medicines without improving their use can be counterproductive and can result in economic waste, but can also cause adverse drug reactions, iatrogenia and increased antibiotic resistance (HOMEDES; UGALDE, 2006).

With respect to generalizability of the study, it should be taken in account that indicators and improvement actions proposed for a local programme may be a useful starting point to similar researches, but cannot be simply transferred to another region, due to differences in professional culture, health care organisation and clinical practice along the country (GUERREIRO; CANTRILL; MARTINS, 2007). The Delphi methodology utilized here, otherwise, can be reproduced in similar and different situations, in health studies with similar and different objectives.

Finally, the international debates to which this paper contributes are the organization and performance of primary care services and the factors influencing its effectiveness in the control of tuberculosis.

Limitations: This study has some limitations. First, the number of participants in the Delphi panel was small (only 12 experts). On the other hand, it is known there are not accurate mechanisms for identifying the ideal number of individuals in studies with the Delphi technique, and the size of the panel may vary according to the type of investigated policy. According to the literature this size ranges from less than 15 participants to hundreds of them (KEENEY; HASSON; MCKENNA, 2011, p.21).

Secondly, our sample composition may be criticised for the lack of other medical specialists, that also integrate primary care; invitations were sent, however they did not agree to participate in the study. Our intention was to involve in the study the health professionals that most often are responsible for dispensing/monitoring for primary care patients, so nurses and pharmacists adequately represented these professionals in the validation process.

Finally, although this research adhered to rigorous principles, namely in the definition and selection of experts and the definition of consensus, it should be borne in mind that the answers obtained should not be regarded as definitive: they only reveal situations that should be changed, encouraged or made possible (MINAYO, 2009). In other words, regarding the improvement actions proposed in this study, the financial perspective and other practical questions of the interventions should be discussed by health managers and health professionals.

Conclusion

The consensual improvement actions to the PECT obtained in this Delphi can be useful in a variety of efforts to improve quality of care for patients with TB, whether approved by local policymakers and programme managers. Then, these actions, to be effective, also have to be well conducted by the health

professionals team and by Family Health Program Strategy groups. Similar studies can be developed for other regions and/or diseases.

Acknowledgements

Researchers are extremely grateful to the pharmacists and nurses who took their time to participate in the three stages of this Delphi study; without them this work would not have been possible.

Conflicts of interest

None declared

References

- Ahmad RA, Mahendradhata Y, Cunningham J et al. How to optimize tuberculosis case finding: explorations for Indonesia with a health system model. *BMC Infect Dis* 2009 9:1 2009;9:33-9.
- Akins RB, Tolson H, Cole BR. Stability of response characteristics of a Delphi panel: application of bootstrap data expansion. *BMC Med Res Methodol* 2005;5:37.
- Assis MMA, Silva EM da, Silva CNL et al. Avaliação do programa de controle de tuberculose em Feira de Santana-BA (2007): limites e desafios. In: Villa TCS, Ruffino-Netto A (eds.). *Tuberculose - Pesquisas Operacionais*. 1st ed. São Paulo: FUNPEC-Editora, 2009, 36-42.
- BRASIL. *Panorama Da Tuberculose No Brasil: Indicadores Epidemiológicos E Operacionais*. 1st ed. Daniela Ferreira Barros da Silva (ed.). Brasília: MINISTÉRIO DA SAÚDE Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, 2014.
- Czinkota MR, Ronkainen IA. International Business and Trade in the Next Decade: Report from a Delphi Study. *J Int Bus Stud* 1997;28:827-44.
- Guerreiro MP, Cantrill JA, Martins AP. Morbilidade evitável relacionada com medicamentos - Validação de indicadores para cuidados primários em Portugal. *Acta Med Port* 2007;20:107-30.

Homedes N, Ugalde A. Improving access to pharmaceuticals in Brazil and Argentina. *Health Policy Plan* 2006;21:123-31.

Karumbi J, Garner P. Directly observed therapy for treating tuberculosis. *Cochrane database Syst Rev* 2015;5:CD003343.

Keeney S, McKenna H, Hasson F. *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011.

Li Y, Ehiri J, Hu D et al. Framework of behavioral indicators for outcome evaluation of TB health promotion: a Delphi study of TB suspects and Tb patients. *BMC Infect Dis* 2014;14:268.

Libanio PAC. *Avaliação Qualitativa do Modelo de Gestão da Política Nacional de Recursos Hídricos : Interfaces com o Sistema Ambiental e com o Setor de Saneamento*. 2006.

De Loe RC. Exploring complex policy questions using the policy Delphi A multi-round, interactive survey method. *Appl Geogr* 1995;15:53-68.

Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy - Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Engl J Med* 2015;372:2177-81.

Magalhaes Bosi ML, Uchimura KY. Quality Perspectives in Tuberculosis Control Programs Evaluation. *Heal Syst Policy Res* 2016;3, DOI: 10.21767/2254-9137.100040.

Mendonça SA, Franco SC. Avaliação do risco epidemiológico e do desempenho dos programas de controle de tuberculose nas Regiões de Saúde do estado de Santa Catarina, 2003 a 2010. *Epidemiol e Serviços Saúde* 2015;24:59-70.

Minayo MCDS. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. *Rev Bras Educ Med* 2009;33:83-91.

Ministério da Saúde B. Portal da Saúde SUS. Dep Atenção Básica - DAB 2016.

Munro S, Lewin S, Swart T et al. A review of health behaviour theories: how

useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? BMC Public Health 2007;7:104.

Oliveira CLGD, Gonçalves L, De Oliveira D et al. Analysis of the implementation of the Tuberculosis Control Program in Brazilian prisons. 31:543-54.

Passannante MR, Gallagher CT, Reichman LB. Preventive therapy for contacts of multidrug-resistant tuberculosis: A Delphi survey. Chest 1994;106:431-4.

Scatena LM, Villa TCS, Palha PF et al. Desigualdades no acesso ao tratamento de TB em diferentes regiões do Brasil. In: Prof. Dr. Francisco A. Moura Duarte, Prof. Dr. Davi De Jong (eds.). Tuberculose Pesquisas Operacionais. São Paulo: Funpec Editora, 2009, 179-84.

Silva AP de SC, Souza WV de, Albuquerque M de FPM de et al. Two decades of tuberculosis in a city in Northeastern Brazil: advances and challenges in time and space. Rev Soc Bras Med Trop 2016;49:211-21.

Silva P da F, Moura GS, Caldas A de JM. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. Cad Saúde Pública 2014;30:1745-54.

Teixeira TP, Sassi RAM, Cezar-Vaz MR et al. Visita domiciliar a contatos de pacientes com tuberculose e sua associação com os fatores socioeconômicos e a cobertura pela Estratégia Saúde da Família no município de Rio Grande, RS. Vitale, Rio Gd 2010;22:75-85.

Toczek A, Cox H, Du Cros P et al. Strategies for reducing treatment default in drug-resistant tuberculosis: Systematic review and meta-analysis. Int J Tuberc Lung Dis 2013;17:299-307.

Appendix 1- Indicators and improvement actions subjected to Validation for the tuberculosis control program in Pernambuco

Indicator 1: Proportion of patients depending on motorized transport for access to medical consultation or withdrawal of the drug at the pharmacy

Actions: **1.** Provide specialized care in health centers of the districts, according to the logic of the Family Health Strategy and refer the tuberculosis patient to the health care nearest to his/her residence **2.** Ensure aid for transport to SUS patients in TB treatment, with financial difficulty, in the form of: transportation allowance, refunds or an institutionalized Vehicle Services Network of Municipal Health Secretariat with planned appointments. It would be necessary in this case, the support of the social worker to make selection and registration of patients to receive the benefit. **3.** Delivery drugs at the residence of patients through the Community Health Agents.

Indicator 2: Days with lack of medication during treatment

Actions: **1.** Computerize pharmacies of health facilities in order to define applications for medicines based on monthly reports of Horus system and in the National Compulsory Notifications System (SINAN). **2.** In Pharmacies which are not computerized, make the monitoring of the quantity dispensed to patients by professionals who follow the treatment for proper planning **3.** In each point of dispensation having at least 1 kit of treatment according to the estimated number of patients. **4.** Establish that the monitoring of the patient can be performed by nurses; the patient would be referred to the doctor (specialist pulmonologist) only in situations of adverse reactions or special schemes. **5.** Give initial training and promote continuing education for professionals in the

Primary Care (Basic Health Units / Family Health Units) in diagnosis, treatment and monitoring of TB. **6.** Expand the number of professionals and family health units in order to increase the coverage of the Family Health Strategy program.

Indicator 3 .Proportion of patients whose medical care is performed in the health service closer to their home

Actions: **1.** Establish that a patient accompaniment can be performed by nurses; the patient would be referred to the doctor (specialist pulmonologist) only in situations of adverse reactions or special schemes. **2.** To promote initial training and continuing education for professionals in the Primary Care (Basic Health Units / Family Health Units) in diagnosis, treatment and monitoring of TB. **3.** Expand the number of health professionals and family units in order to increase the coverage of the Family Health Strategy program.

Indicator 4: Proportion of patients who have access to medical consultation in less than 24 hours for emergency situations

Actions: **1.** Implement Emergency services in all cities of the country. **2.** Increase the number of specialists in the health network. **3.** Establish, between units of the municipality, a reference unit for emergency situations in care for current patients of tuberculosis treatment. **4.** Implement a network setting to guarantee the correct forwarding and care of these cases in health services in a systematic and priority manner. **5.** Sensitize managers and staff of Emergency Units through the coordination of Municipal Tuberculosis Program, so that emergency situations among tuberculosis patients are treated in a timely manner. **6.** Strengthen the reference and counter-reference.

Indicator 5: Proportion of patients who are visited by health professionals in their homes

Actions: 1. Sensitize professionals to engage them with the home visits. 2. Increase the number of Community Health Workers to meet the needs of the uncovered areas. 3. Reduce the number of families by family health team. 4. Create schedule for home visits including all of the health team, dividing responsibilities for visits. 5. Stimulate the directly observed treatment, because that way all team members would be involved in home visits. 6. Establish goals and indicators for proportion of visits carried out by the professionals, in a way to strengthen the bond between them and the patients and patients' adherence to treatment. 7. Adopt strategies to stimulate and monitor the health professionals in their accompaniment of home patients. 8. Establish control by the municipalities and punishments for those teams who do not make home visits.

Indicator 6: Proportion of patients receiving information about tuberculosis (TB) and its treatment

Actions: 1. Conduct training of health professionals to offer information at the time of active search and home visits. 2. Implement group education about TB and its treatment by multidisciplinary teams, for community members in general (e.g. waiting room). 3. Periodically implement group education, such as lectures, conversation circles or self-help groups, by multidisciplinary teams for tuberculosis patients and people with whom they live. Education should focus on the disease, its treatment and expected adverse reactions. 4. Distribute illustrative leaflets with information about the disease targeted for: patients,

their families and other community members. **5.** Using the media (TV, radio, billboards) to transmit information about tuberculosis and its treatment. **6.** Provide individual education to patients, the consultation with a health professional, promoting listening and bond. **7.** To promote adherence to education in periodic group by offering a healthy snack after the session

Indicator 7: Proportion of communicants or contacts (people living with the patient) who receive information about TB and its treatment.

Actions: **1.** Try to involve the social circle of the tuberculosis patients in the same actions that are available to patients themselves. **2.** Once one has the positive diagnosis of TB, someone in health team should get in touch with people who live with the patient, both to perform the specific tests and / or chemoprophylaxis (depending on the situation).

Indicator 8: Proportion of patients who participate in TB groups in the Health Service

Actions: **1.** Carry out activities that have a more playful approach (e.g. theater) and which can involve the family, on a specific day in which people can be programmed in advance.

Indicator 9: Number of Advertisements / campaigns / educational work semiannually performed by professionals of the Health Service

Actions: **1.** Perform a schedule of activities during the year and not just on holidays. Example: conduct each four months educational activities speaking on the topic; hold "waiting rooms" one time per month, and one "collective effort"

per semester. **2.** Ask for support of the press for permanent advertisement showing that TB is curable if diagnosed and treated properly. **3.** Ask for support of Universities and Colleges to perform actions in public places, aimed at examination achievements as well as guidance and information about the places for consultation and treatment. **4** Provide a TV in the waiting room with video / music on tuberculosis.

Indicator 10: Number of Community actions carried out every six months for delivery of the sputum pot

Actions: **1.** Establish a monthly specific date, foreknowledge of all the community to carry out this action (delivery of sputum size). **2.** During the home visits, to perform the search for patients with respiratory symptoms and if find them have already available sputum pots. **3.** Establish a permanent bond with the municipal laboratory to subsidize the collection flows, completion and return of test results. **4.** Extend the ability of the Municipal Laboratory to perform tests, according to its capacity to deliver and return the results. **5.** Perform joint efforts in the communities with the help of university students in the health area. **6.** Give training to all health professionals of Basic Units that integrate community actions to identify the symptomatic respiratory (SR) and their contacts.

Indicator 11: Culture accomplishment for retreatment cases

Actions: **1.** Define with the municipal laboratory its capacity and the its need for material resources (eg. automated technique) and qualified personnel to ensure the efficient accomplishment of examinations and communication with the requesting unit in a timely manner. **2.** Inform and make the population aware about the importance of the culture examination. **3.** To promote training for

qualified professionals to apply for culture, seeking proper recognition of cases indicating that examination, so that it is requested in a timely manner (subject to early empiric treatment until culture results).4.Establish a workflow from collection of sputum until the return of test results to the prescriber or patient.

Indicator 12: Percentage of new smear positive pulmonary cases in directly observed treatment

Actions: 1. Sensitize professionals with emphasis on the importance of DOT (directly observed treatment) as strengthening strategy for TB control. 2. Increase the number of professionals who can participate in the DOT, including financially encouraging the community health workers for each DOT done and proven.3.Establish scale visits of all team members in the patient's home. 4. Implement the DOT for all cases and in all units through coordination with primary care, with an institutional protocol.5.Perform monitoring of cases for epidemiological surveillance through periodic visit (monthly / bimonthly) to health units with reports of TB cases for rescuing proper information.6.Improving communication between the units so that the DOT may be performed in the health unit closest to the patient's home.

Indicator 13: Percentage of contacts of patients with pulmonary tuberculosis who are examined for the disease

Actions: 1. Sensitize the professionals of Family Health Strategy, especially the physicians, on the importance of requesting the smear examination of the contacts of tuberculosis cases. 2. Provide appointment with the doctor and the nurse also for the contacts of the patient's with TB from the moment of consultation/diagnosis of the TB patient. 3. Make cleaning the SINAN database,

to minimize situations where the test is performed, but is not entered in this database. **4.** Intensify active search of contacts of TB patients at their homes, so that they are sent to the health unit, which should requested smear examination. **5.** Conduct semi-annual joint effort with health professionals for active search of the contacts of patients with **6.** Request and availability of sputum pots can be made by any health professional in the health unit. TB. **7.** Incorporate in the work process of each health professional the investigation of respiratory symptoms among contacts of patients diagnosed.

Indicator 14: Proportion of anti-HIV tests conducted among new cases of tuberculosis

Actions: **1.** Expand supply and access to HIV conventional testing and rapid testing, decentralizing the testing for all Basic Health Units, especially those who attend TB patients. **2.** Define with managers, municipal and state coordination of the Tuberculosis Program and with Central Lab team, the installed capacity and the need for resources to carry out anti-HIV tests on 100% of positive cases of tuberculosis. **3.** According to the capacity and ability to Lab support, establish a routine that for all smear positive TB result, patients will be asked to perform the anti-HIV test.

Indicator 15: Retreatment of the total cases

Actions: **1.** Raise awareness among professionals about the importance of a scrupulous, systematic approach to the patient, highlighting the importance of completing the treatment and explaining the losses arising from the abandonment. **2.** Intensify strategies as the TDO for patients in TB treatment, as adhesion strategies for coping with abandonment and consequently cases of

retreatment. **3.** Implement social protection and nutrition programs, with support from a social worker for selection and registration of patients, since abandonment is closely related to lower socioeconomic levels.

Indicator 16: Abandonment of treatment of new cases of pulmonary TB (%)

Actions: **1.** Capacitate Community Health Workers to guide patients in the event of adverse effects common to the use of antituberculosis drugs before interrupting treatment. **2.** To promote activities of a transdisciplinary team in cases of alcoholics/drug users. **3.** Intensify the involvement of multidisciplinary team; for example, continuous feed of Horus System by the pharmacist, to signal the absentees for the health team and referring patients for pharmaceutical care or to the professional team of the Family Health Strategy, whose nurses and pharmacists could detect difficulties with adherence to treatment. **4.** Establish business multidisciplinary team in the first two (2) months of the treatment in order to closely monitor the cases in a fully manner. **5.** Provide previous schedule of all queries during the period for treatment. **6.** Establish 'pre-appointment' reminders (visits, phone calls or letters or SMS before scheduled appointment); this can be done by staff of health services, voluntary or community members). **7.** Reminders (phone calls, letters and home visits) to patients who have lost an appointment or treatment withdrawal at the pharmacy. **8.** Reminder to the patients at the time of taking the medication and on the day of monthly withdrawal of treatment, through electronic counter medicines, through text messages or both

Indicator 17: Proportion of patients who have access to the drug in a timely manner

Actions: **1.** Define one health unit for emergency dispensing of TB drugs, in a 24 hours period, for cases of initial treatment.**2.** Ensure that medicines requests arrive accompanied by the identification number in the National Compulsory Notifications System (SINAN) and that the Health District arranges transportation for sending the drug to health units.**3.** Involving health managers in a workflow analysis that culminates with the delivery of the drug to the patient, introducing any changes, for faster access to the drug.

Indicator 18: Proportion of patients who do not adhere to treatment

Actions: **1.** Promote free attendance in the health unit in case of demand of tuberculosis patient.**2.** Create a phone line for patients with suspected adverse reaction. **3.** Forward the most complex cases of non-compliance for pharmaceutical or psychological support care, according to the need (alcohol, for example).

Indicator 19: Underreporting tuberculosis percentage

Actions: **1.** Promote regular system update. **2.** Sensitize and capacitate Family Health Strategy teams to carry out notification in a timely manner, in particular through activities promoted by the epidemiological surveillance team to emphasize the importance of health planning through compulsory notifications of health problems. **3.** Investigate suggestive data sources suggestive with symptoms of the disease (e.g . HIV databases) for active surveillance and diagnostic confirmation. **4.** Implementation of an online notification service

Transversal Actions (actions which are applicable to more than one indicator)

Municipal Level Actions

Actions: **1.** Perform advisory permanent visits to the Basic Health Units on their working process emphasizing the indicators that are essential for improving the program. **2.** Perform permanently the analysis and monitoring of indicators discussion with the Family Health Team, with the support of area coordinators and program coordination, at the Health District.

State Level Actions

Actions: **1.** Hold technical discussions with municipal and regional Coordination and health boards. **2.** Regional support to the municipalities in its defined area, with advisory technical visits to the municipal coordination.

Epidemiological Surveillance Level Action

Action: Conduct monitoring of cases through periodic visit (monthly / bimonthly) to health units with reports of TB cases for active information search.

RESUMOS 1 E 2

CLINICAL PROFILE AND TREATMENT DISCONTINUATION IN A TUBERCULOSIS CONTROL STATE PROGRAMME IN BRAZIL: PRELIMINARY RESULTS FROM SINAN DATABASE

S. Bezerra¹, M. Guerreiro^{*2, 3}, J. J. Gomes⁴, N. Pessoa⁵, R. Auad⁶, J. L. Soares Sobrinho¹

1-Post Graduation Program in Therapeutic Innovation, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil, 2-Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 3-Centro de Investigação Interdisciplinar (CiiEM), Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Monte de Caparica, 4-Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 5-Pharmaceutical Sciences, Federal University of Pernambuco, 6-State Technical School Prof. Agamenon Magalhães, Recife, Pernambuco, Brazil

Background and Objective: Challenges remain in tuberculosis (TB) control. Discontinuing treatment can leave patients infectious and contributes to the emergence of resistance. This study aimed to describe the clinical profile and cure and discontinuation rates of TB patients enrolled in the Pernambuco Tuberculosis Control Programme (PECT).

Setting and Method: The study was conducted in three sites in Recife, Brazil, designated A (one polyclinic plus eight general practice units), B (one hospital for medium-complexity patients) and C (one hospital for high-complexity patients). Data were extracted from the Notifiable Diseases Information System (SINAN) for all PECT outpatients, from 01/2012 to 12/2014 (n=440). Analysis was performed with the aid of Action for Excel; there is on-going analysis to further explore differences across sites. Ethical approval was granted.

Main outcome measures: Clinical form of the disease, HIV testing, new cases, cure and treatment discontinuation.

Results: Sociodemographic data were available for sites A and B only. Most patients were male (70%, n=291), with age ranging from 20 to 49 years old (60.5%, n=252); most had a low education level (46%, n=192). The most common clinical presentation was pulmonary TB. Most cases were new (78.4%,

n=345); recurrence and enrolment after discontinuation were respectively 5.9% and 10.9% (n= 26 and n=48). With respect to HIV,37.27% of patients were seronegative (n=164); about a third (35%; n=155) had not performed HIV test. Rates for cure were respectively 59.1 % (n=260), 28.95% (n=128) and 16.6% (n=73) in the sites A, B and C. Correspondent rates for treatment discontinuation were 21.2 %(n=93), 24.9% (n=110), 4.3% (n=19),respectively. TB-related mortality ranged from 0 in site C to 5,4% in site B.

Conclusion: Missed HIV tests may represent undetected tuberculosis/HIV coinfection. Site B presented the highest rates of intrapulmonary plus mixed TB forms, discontinuation of treatment and TB-related mortality; additionally, it had the lowest rate of enrolment after treatment discontinuation. Patients co-infected with TB and HIV are firstly referred to this site, which may explain this finding. Our findings may help managers allocating resources and assist clinical pharmacists in planning their interventions. Findings also suggest the need of more intensive interventions in TB patients, such as pharmaceutical care programmes.

Disclosure of Interest: None Declared

Cure and discontinuation of treatment in a tuberculosis control state programme in Brazil: insights from dispensing data

S. Bezerra¹, M. Guerreiro^{*2, 3}, J. J. Gomes⁴, N. Pessoa⁵, R. Auad⁶, J. L. Soares Sobrinho¹

1-Post Graduation Program in Therapeutic Innovation, Federal University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil, 2-Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 3-Centro de Investigação Interdisciplinar (CiiEM), Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Monte de Caparica, 4-Faculdade de Ciências, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 5-Pharmaceutical Sciences, Federal University of Pernambuco, 6-State Technical School Prof. Agamenon Magalhães, Recife, Pernambuco, Brazil

Background and Objective: The effectiveness of tuberculosis (TB) control programmes depends critically on patients completing appropriate treatment. This study aimed to outline the cure and discontinuation rates of patients enrolled in the Pernambuco Tuberculosis Control Program (PECT), based on dispensing data. Setting and Method: The study was carried out in three sites in Recife public health system, Brazil, designated A (one polyclinic plus eight general practice units), B (one hospital for medium-complexity patients) and C (one hospital for high complexity patients). Data were collected between 07-11/2014, through reports from the stock management software for public pharmacies (Horus) for PECT outpatients. Reports corresponded to 948 dispensing registrations (232, 348 and 368 in sites A, B and C, respectively). Horus defines "cure" as medicines collection for three, six or nine consecutive months without interruption, depending on the treatment scheme; discontinuation is defined as non-sequential collection of medicines or treatment interruption for two consecutive months or more. Patients were assigned an "undetermined" status if treatment was ongoing. Data were inputted onto an Excel spreadsheet and checked for accuracy. Chi-squared test, Fisher's exact test and bootstrap analysis were performed with R statistical computing. Ethical approval was granted.

Main outcome measures: Cure and discontinuation rates for PECT outpatients.

Results: Demographic data are not available for the sample. Rates for cure were respectively 35.9 % (83), 23.6% (82) and 31% (114) in the sites A, B and C, while rates for treatment discontinuation were 3.4 % (8), 27.8 % (97) and 9% (33), respectively. Discontinuation rates were significantly different among the sites A, B and C ($p < 0.05$). Bootstrap analysis showed that overall the proportion of patients with an "undetermined" status in each site did not significantly change these differences.

Conclusion: Only site A had an acceptable discontinuation rate, in light of the World Health Organization recommendations. This deserves attention as default treatment leaves patients infectious for longer, increases the risk of poor outcomes and fosters resistance to antibiotics. Pharmacists could use dispensing data to signal TB patients at-risk of discontinuation, and subsequently tailor interventions addressing its causes. Site B had the greater number of patients, which discontinued treatment. Patients co-infected with TB and HIV are firstly referred to this site, which may explain this finding. Our findings suggest the need of more intensive interventions in patients co-infected with TB and HIV, such as pharmaceutical care programmes.

Disclosure of Interest: None Declared

11 ANEXOS

ANEXO 1

ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS AÇÕES DE MELHORIA PROPOSTAS PELOS PERITOS NO PAINEL DELPHI

ANÁLISE DE CONTEÚDO

Categorização (Categorias De Análise): Indicadores De Estrutura; Indicadores De Processo; Indicadores De Resultados

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
INDICADORES (1.1 A 3.1)	
PROPOSTAS DE AÇÃO DE MELHORIA DA 1ª RONDA DELPHI	PROPOSTAS DE AÇÕES DE MELHORIA (1ª RONDA DELPHI) REESCRITAS PARA O QUESTIONÁRIO 2ª RONDA DELPHI
1.1. Proporção de pacientes que depende do transporte motorizado para acesso a consulta médica ou retirada de medicamentos.	
Disponibilizar atendimento especializado nos postos de saúde dos bairros.	-Disponibilizar atendimento especializado nos postos de saúde dos bairros, segundo a lógica da Estratégia de Saúde da Família e vincular o paciente com tuberculose aos serviços de saúde mais próximos de sua residência.
O Estado já trabalha com o programa Conduz, que fica encarregado de levar e trazer os paciente para suas consultas. O mesmo poderia acontecer com a Talidomida. Friso que tal medicamento não poderia ser entregue por um motoqueiro, por diversas razões.	- Garantir auxílio para o transporte voltado ao paciente SUS em tratamento de TB, com dificuldade financeira, sob a forma de: vale transporte, ajuda de custo ou um veículo institucionalizado da Rede de Serviços da Secretaria de Saúde Municipal com marcações planejadas. Seria necessário, nesse caso, o apoio do assistente social para fazer seleção e cadastro de pacientes para receberem o benefício.
1) o ideal seria de fato que o tratamento pudesse ser realizado o mais próximo da residência possível; 2) em caso de necessidade da transferência que pudesse ser disponibilizado passagem para os mesmos. 3) um sistema de informação adequado em que pudesse haver a comunicação via internet (prontuário único).	-Entregar os medicamentos na residência dos pacientes através dos Agentes Comunitários de Saúde.
Ajuda de custo para transporte.	
Oferecer através de legislação municipal ou estadual a gratuidade no transporte público e para aqueles municípios onde não são disponíveis o transporte público, um recurso mínimo, de acordo com um valor pré fixado em legislação para uso no deslocamento do paciente.	
O ideal é que todos os pacientes possam ser atendidos em Unidades de Saúde da Família de sua área de abrangência, pois além de ter uma melhor acessibilidade, tem o apoio do ACS e dos demais componentes da Equipe de Saúde da Família, a fim de que possam realizar, mensalmente, a dose supervisionada. Porém, há situações em que o paciente não é da área de abrangência ou não quer ser atendido pela sua equipe (preconceito), para estes casos especiais, seria necessário, o apoio do assistente social, que uma vez identificado a dificuldade financeira, conseguir vale transporte para que ele possa se deslocar mensalmente a sua unidade de origem.	
Pode ser feito planejamento para busca destes pacientes com Kombi da prefeitura com marcações	

planejadas para mesmo dia e horário de forma que vários pacientes possam ser alcançados. Contudo, acredito que mais importante do que gasto com transporte é o papel do ACS. Para mim, a ACS é fundamental para o não abandono do paciente. Ela também pode estar levando esta medicação em sua residência, assim como a enfermeira pode estar fazendo esta consulta em domicílio em suas visitas domiciliares. O paciente não abandona o tratamento sozinho, a equipe também abandona o paciente.	
- Custeio garantido do transporte (vale transporte/ veículo governamental) para o paciente em tratamento de TB e seu acompanhante, pelo SUS, de forma institucionalizada através da Rede de Serviços da Secretaria de Saúde Municipal. - Vinculação do paciente aos serviços de saúde mais próximos de sua residência à lógica da Estratégia de Saúde da Família, facilitando assim a ida as consultas e busca das medicações.	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
1.2 Dias com falta de medicamentos durante o tratamento.	-- Informatizar as farmácias das unidades de saúde de modo a definir os pedidos de medicamentos com base nos relatórios mensais do sistema Hórus e nas notificações compulsórias do SINAN.
Planejamento efetivo por parte dos gestores para que a aquisição seja feita muito antes da falta dos medicamentos.	-Em farmácias não informatizadas efetuar o monitoramento da quantidade dispensada ao paciente pelo profissional que acompanha o tratamento, para o planejamento adequado.
Uma melhor programação de compra e distribuição do medicamento referido, evitando faltas e abandonos de tratamento.	-Em cada ponto de dispensação dispor de kit(s) de tratamento de acordo com a estimativa de pacientes (no mínimo de 1),
1) associar o pedido à notificação compulsória; 2) planejamento da assistência farmacêutica; 3) informatização da farmácia;	-Estimular comunicação entre as unidades de saúde para realizar remanejamentos dos medicamentos em casos de falta ou atraso no abastecimento.
Políticas sérias e existências de fluxos a nível farmacêutico.	
De acordo com a estimativa de pacientes, cada município dispor de no mínimo um kit de tratamento em estoque.	
É fundamental que todos os pacientes sejam devidamente cadastrados, desde a primeira consulta, pois o primeiro tratamento só poderá ser fornecido se for encaminhado o SINAN e à partir de então este paciente, já notificado no SINAN, deverá ter o seu tratamento garantido. Outra via de suma importância é o cadastro no Hórus e o encaminhamento da relação mensal, para que a equipe acompanhe e ateste que o medicamento foi entregue (assinatura do paciente, na via do cadastro). Essa relação deverá retornar a USF ou ao DS (unidades que não tem sistema Hórus implantado, esse cadastro deve ser alimentado pelo DS). Cabendo ao farmacêutico alimentar essas informações no Hórus e manter um vínculo permanente com a equipe de saúde e equipe da Gerência de Assistência Farmacêutica. Com essas medidas as informações serão repassadas corretamente a Unidade de Monitoramento da	

Assistência Farmacêutica- UMAF que por sua vez repassarão devidamente ao Ministério da Saúde, permitindo uma melhor programação de medicamentos e favorecendo o acesso. Com as informações corretas e o sistema Hórus bem alimentado o risco de faltas é reduzido, e, caso ocorra a falta, será em decorrência de problemas na aquisição de medicamentos.	
Acredito que não falte medicações nos postos mas se isso acontecer, cobrar dos gestores. Obrigação do SUS. O que falta é consciência por parte do paciente da doença que possui, talvez uma consulta de qualidade com escuta e vínculo surta efeito. E por parte da equipe, que também não se investe tempo no paciente. Também podemos olhar por outro lado: nas minhas visitas aos postos sempre via as unidades superlotadas e com muitas atividades, ou seja, a equipe em muitos casos não consegue alcançar todos os objetivos devido a alta demanda. Necessário aumentar o número de equipes e redistribuir a Área. Também vi equipes descompromissadas com o serviço.	
- Implantação de serviços de dispensação de sobre aviso, para entrega da medicação em até 24h da solicitação, para os casos iniciantes no tratamento de TB ; - Monitoramento da quantidade dispensada ao paciente, pelo profissional que acompanha o tratamento, para planejamento adequado e garantia da dispensação das medicações para o mês subsequente em tempo adequado para que não ocorra atrasos e consequente descontinuidade do tratamento.	

INDICADORES DE PROCESSO

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.1 Proporção de pacientes cujo acompanhamento médico é realizado no Serviço de saúde mais próximo da residência Disponibilizar o atendimento nos postos de saúde dos bairros e não apenas em alguns serviços. O tratamento médico, sendo especializado ou não deveria ser garantido aos pacientes. Além disso, o Estado deve fornecer subsídios para facilitar o acesso dos pacientes ao serviço de saúde médica. Um desses fatores é implantar e todos os municípios unidades de referência para o atendimento médico e farmacológico. 1) determinar que tratamento no esquema básico teria que ser atendido na usf. 2) educação permanente para médicos e enfermeiros das usf. Capacitação dos profissionais e atualizações com	-Estabelecer que o acompanhamento do paciente possa ser realizado pelo enfermeiro; o paciente seria encaminhado ao médico (especialista pneumologista) apenas em situações de reações adversas ou esquemas especiais. -Dar treinamento inicial e promover educação continuada para os profissionais da Atenção Básica (Unidades básicas de saúde/Unidades de Saúde da Família) em diagnóstico, tratamento e acompanhamento da TB - Expandir o número de profissionais e

certa frequência.	unidades de saúde da família de modo a aumentar a cobertura do programa Estratégia de Saúde da Família.
Estimular a adesão do paciente ao tratamento através da orientação na visita do ACS e também durante a consulta mensal na UBS.	
Outra possibilidade seria: Oferecer através de legislação municipal ou estadual a gratuidade no transporte público e para aqueles municípios onde não são disponíveis o transporte público, um recurso mínimo, de acordo com um valor pré fixado em legislação para uso no deslocamento do paciente.	
Treinamento da Equipe de Saúde, apoio dos coordenadores de área e de uma equipe especialistas para a discussão dos casos clínicos.	
Pelo programa do MS, a enfermeira por acompanhar o paciente. Encaminhar ao médico, apenas em reações adversas, esquemas especiais. Não há necessidade de acompanhamento com especialista pneumologista.	
Considerando as orientações do PNCT/MS para a descentralização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento da TB às Unidades básicas de saúde/Unidades de Saúde da Família (Atenção Básica-AB) Algumas ações seriam: - Capacitação para profissionais da AB em diagnóstico, tratamento e acompanhamento da TB para que os pacientes sejam atendidos mais próximos as suas residências - A própria expansão da Estratégia de Saúde da Família, poderia ser uma ação para a cobertura desses pacientes mais próximos de suas casas.	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.2 Proporção de pacientes que têm acesso a consulta médica em menos de 24 horas para situações de urgência	- Implantar serviço de emergência em todas as cidades do país - Aumentar o número de especialistas na rede de saúde - e pactuar entre as unidades do município uma unidade de referência para situações de urgência no atendimento para pacientes em curso de tratamento de tuberculose.
Disponibilizar atendimento especializado nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), uma vez que elas funcionam 24 horas por dia, sete dias da semana.	- Implementar uma rede de Regulação para garantia de encaminhamento e atendimento desses casos nos serviços de saúde de forma sistematizada e prioritária.
Seria a implantação do serviço de emergência em todas as cidades do país, para que o paciente não fique desassistido.	- Sensibilizar os gestores e equipe das Unidades de Urgência através das coordenações Estaduais e Municipais do Programa Tuberculose, a fim de que as situações sejam atendidas em tempo hábil.
1) aumentar o número de especialista na rede de saúde; 2) regulação médica municipal com vagas disponíveis; 3) serviços de urgências (upas, pronto-socorro) habilitado a receber esses pacientes.	
Maior vinculação dos profissionais das urgências e um quantitativo de medicamento, para início do	

tratamento, se for em fim de semana e/ou solicitação dos exames básicos e encaminhamento para as USF's.	-Fortalecer o sistema de referência e contra-referência.
Pactuar entre as unidades do município, a unidade de referência para situações de urgência no atendimento para pacientes em curso de tratamento de tuberculose.	
As coordenações Estaduais e Municipais do Programa Tuberculose precisam sensibilizar os gestores e equipe das Unidades de Urgência, a fim de que possam atender em tempo hábil essas situações. Além do mais a referência e contra-referência deverá ser fortalecida. Cabendo ao médico que realizou o atendimento na urgência, encaminhar, por escrito, as condutas que foram adotadas, os resultados dos exames... O maior envolvimento da equipe multiprofissional, inclusive o farmacêutico, trará subsídios para implementar essas ações.	
Urgência em horário de Posto aberto, deve-se procurar a unidade. Demanda espontânea deve ser também objetivo da unidade. Em outro horário, procurar UPA para encaminhamento à referência (HGOF) se necessário. O paciente deve saber disso. E as unidades devem estar preparadas para isso. Isso pode ser esclarecido ao paciente durante as consultas.	
- Implementação de uma rede de Regulação para garantia de encaminhamento e atendimento desses casos nos serviços de saúde de forma sistematizada e prioritária.	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.3 Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios Profissionais realmente assumirem o compromisso com a visita domiciliar, o que nem sempre vem acontecendo. Fiscalização por parte das prefeituras e punições para aquelas equipes que não realizam a visita domiciliar. Mais compromisso das Equipes de Saúde. Mais profissionais Agentes Comunitários de Saúde para atender as áreas descobertas também se fazem necessários. Diminuir o número de famílias por equipe de saúde da família também ajudaria aos profissionais para iniciarem uma visão mais qualitativa no atendimento. 1) diminuir o numero de famílias, melhorando o processo de trabalho de todos os profissionais das usf; 2) escala de visita de todos da equipe, dividindo assim a visita domiciliar, não ficando apenas para o acs.	-Sensibilizar os profissionais para realmente assumirem o compromisso com a visita domiciliar. -Aumentar o número de Agentes Comunitários de Saúde para atender à necessidade das áreas descobertas. -Diminuir o número de famílias por equipe de saúde da família. -Criar escala de visitas domiciliares incluindo todos da equipe de saúde, dividindo-se as responsabilidades pelas visitas. - Estimular o TDO, pois dessa forma envolveria na visita domiciliar todos os profissionais da equipe. - Instituir metas e indicadores de proporção de visitas realizadas pelos profissionais de forma a fortalecer o vínculo e adesão do paciente ao tratamento. - Adotar estratégias que possam estimular e monitorar a equipe de saúde no acompanhamento do paciente no

Sensibilização dos profissionais.	domicílio.
Estimular o TDO, pois dessa forma envolveria na visita domiciliar todos os profissionais da equipe.	- Instituir fiscalização por parte das prefeituras e punições para aquelas equipes que não realizam a visita domiciliar.
Adotar estratégias que possam estimular e monitorar a equipe de saúde no acompanhamento do paciente no domicílio, priorizando as situações de risco. Envolver o ACS para que possam indicar os casos mais graves e de abandono do tratamento. O farmacêutico, através da devolução dos relatórios do Hórus, assinada pelo paciente, poderão colaborar para a identificação dos casos de falta e abandono ao tratamento e encaminhar a informação para que a equipe inclua esses casos no cronograma de visitas.	- Instituir visita sistemática (mensal ou bimensal) da Vigilância Epidemiológica as Unidades de Saúde com pacientes de TB em acompanhamento para monitoramento de casos.
As visitas devem acontecer dentro do planejamento do posto mas intensificar seria necessário redistribuir a Área (aumentar número de equipes) para a alta demanda do posto uma vez que não só pacientes com tuberculose que são atendidos. Existem outras demandas também importantes.	
- Instituir metas e indicadores de proporção de visitas realizadas pelos profissionais de forma a fortalecer o vínculo e adesão do paciente ao tratamento; - Instituir visita sistemática (mensal ou bimensal) da Vigilância Epidemiológica as Unidades de Saúde com pacientes de TB em acompanhamento para monitoramento do caso.	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.4 Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento	- Realizar capacitação dos profissionais de saúde para ofertarem a informação no momento da busca ativa e nas visitas domiciliares.
Maior envolvimento dos profissionais de saúde e capacitação permanente dos mesmos para realizarem ações de educação em saúde nos serviços para aqueles pacientes regulares ao serviço, e também ofertarem a comunicação na busca ativa, através das visitas domiciliares para aqueles pacientes mais difíceis de sensibilização e que muitas vezes acabam negligenciando a consulta no posto.	- Implementar educação em grupo sobre a tuberculose e seu tratamento por equipes multiprofissionais, para membros da comunidade em geral (por exemplo, sala de espera).
Ampliar a ação do NASF em Educação Permanente. Fazer com que as Equipes de Saúde da Família também promovam orientações sobre educação em saúde. Atendimentos individuais àqueles que carecem de maiores cuidados.	- Implementar educação em grupo, periódica e factível, sobre a tuberculose e seu tratamento por equipes multiprofissionais, para doentes com tuberculose, familiares e outros que convivem com o paciente (por exemplo, palestras, rodas de conversa, grupos de autoajuda).
1) utilizar as salas de espera e sempre falar sobre o tema; 2) utilizar os grupos já existentes na unidade; 3) utilizar rádios comunitárias com aliadas na divulgação do problema; 4) apoio do nasf e coordenações nessas atividades;	Implementar periodicamente educação em grupo, como palestras, rodas de conversa ou grupos de autoajuda, por equipes multiprofissionais, para doentes com tuberculose e pessoas que com eles convivem. A educação deve incidir sobre a doença, o seu tratamento e

5) fornecimento de material educativo; 6)utilizar os meios de comunicação (TV, radio, outdoor)	reações adversas expectáveis. -Distribuir panfletos ilustrativos com informações sobre a doença
Aumentar a busca ativa de casos e palestras para a comunidade. Aumentar divulgação!	direcionados para pacientes, seus familiares e outros membros da comunidade.
Realizar nas UBS/ESF grupos de auto ajuda, rodas de conversa com os pacientes de tuberculose e envolver também as pessoas mais próximas ao paciente;	-Utilizar os meios de comunicação (TV, radio, outdoors) para transmitir informação sobre a tuberculose e seu tratamento.
Realizar nas visitas domiciliares esclarecimentos sobre a doença para o paciente e a família, aumentando o conhecimento sobre a doença;	-Fornecer educação individual aos pacientes, no âmbito da consulta com um profissional de saúde, promovendo a escuta e o vínculo.
Por se tratar de uma doença cercada de estigma e preconceitos, torna-se difícil reunir grupos de doentes confirmados, para realizar palestras. Então, é mais eficaz a distribuição de panfletos ilustrativos (pois muitos não sabem ler) e a orientação caso a caso, explicando a importância do tratamento correto, os riscos da associação com bebida alcoólica e a importância de fazer o tratamento completo, para evitar transmitir para outras pessoas e ter o problema agravado (resistência da micobactéria). Os familiares e outros que convivem com o paciente, podem ser convidados para uma palestra ou conversa com a equipe, nesse caso, pode-se envolver a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos...) para sensibilizar a família para esse apoio.	- Promover a adesão à educação em grupo <u>periódica</u> através da oferta de um lanche saudável após a sessão.
Aconselhamento, escuta, vínculo, consulta de qualidade.	
- Distribuição de panfletos com informações sobre a doença aos pacientes , familiares e comunidade; - Realização de palestras em sala de espera pelos profissionais das unidades de saúde e centros de referências; - Criação de grupo de apoio ao paciente com TB com reuniões periódicas(mensal ou bimensal);	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.5 Proporção de comunicantes que recebem informações sobre a TB e seu tratamento.	
Tentar envolver os contactantes nas mesmas ações que são disponibilizadas aos pacientes com tuberculose.	-Tentar envolver os contactantes nas mesmas ações que são disponibilizadas aos pacientes com tuberculose.
Garantir máscaras e luvas de boa qualidade e eficazes para a proteção do profissional de saúde. Garantir ambientes de atendimento ventilados e arejados. Substituição periódica de profissionais responsáveis pelo atendimento aos pacientes com	-Assim que tiver o diagnóstico positivo para TB, entrar em contato com as pessoas que convivem com o paciente, tanto para realizar os exames específicos e/ou a quimioprevenção

TB.	(dependendo da situação).
1) realizando o exame de contatos e nesse momento aproveitar o repasse da informação 2) nas visitas domiciliares	
Sensibilizar e explicar sobre tuberculose durante visitas e consultas.	
Realizar nas visitas domiciliares esclarecimentos sobre a doença para o paciente e a família, aumentando o conhecimento sobre a doença;	
Realizar nas UBS/ESF grupos de auto ajuda, rodas de conversa com os pacientes de tuberculose e envolver também as pessoas mais próximas ao paciente;	
Assim que tiver o diagnóstico positivo, entrar em contato com as pessoas que convivem com o paciente, tanto para realizar os exames específicos, como também a quimioprofilaxia (dependendo da situação). Convidá-los para uma palestra ou conversa com a equipe, nesse caso, pode-se envolver a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos...) para sensibilizar a família para esse apoio.	
Explicar a família forma de contágio e modo de prevenção de forma que não haja preconceito.	
- Distribuição de panfletos com informações sobre a doença aos familiares e comunidade; - Criação de grupo de apoio ao paciente com TB com reuniões periódicas(mensal ou bimensal) com divulgação de informações sobre temáticas relacionadas ao agravo.	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.6 Proporção de pacientes que participam de grupos de TB no Serviço de Saúde	- Realizar atividades que tenham uma abordagem mais lúdica (por exemplo, teatro) e que possam envolver a família, num dia específico em que as pessoas possam se programar com antecedência.
Primeiramente, o comprometimento dos profissionais .Mas, também atividades que tenham um abordagem mais lúdica e que possa envolver a família, num dia específico em que as pessoas possam se programar com antecedência.	
Orientação. Educação em saúde. Ampliação dos trabalhos do NASF na formação de grupos de TB.	- Ampliar os trabalhos do NASF na formação de grupos de TB.
seriam grupos de informação sobre TB ou pacientes portadores de TB? não entendi a pergunta.	-Buscar parcerias na comunidade para divulgar os grupos de trabalho. -Levar o grupo para local próximo à comunidade (associações de moradores, igrejas. ONGs,).
Busca de parcerias na comunidade.	
Estimular a participação através de atividades lúdicas, ou até mesmo levar o grupo para próximo à comunidade, nas associações, igrejas, grupos de bairro.	-Trabalhar com a comunidade o preconceito com a doença antes da criação de grupos de TB.
Reduzir o preconceito com a doença, procurar	

realizar palestras envolvendo equipe multiprofissional, teatro, enfim criar situações que tornem o ambiente agradável. Oferecer lanche saudável após as palestras.	- Sensibilizar os profissionais dos serviços de saúde para a formação dos grupos de apoio aos pacientes e familiares de TB.
o preconceito é forte até porque o contágio também é forte mas para a criação de grupos de TB, antes faz-se necessário trabalhar com a comunidade o preconceito da doença.	
- Sensibilização dos profissionais dos serviços de saúde para a formação dos grupos de apoio aos pacientes e familiares de TB; - Identificação de espaço adequado para essas reuniões(Unidade de saúde, centros comunitários, ONG's, igrejas, etc); - Instituir periodicidade factível para a realização dos grupos dentro do processo de trabalho de cada unidade de saúde.	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.7 Quantidade de Propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizadas semestralmente pelos profissionais do Serviço de Saúde	
Agendar dias específicos, ou um mês específico, a exemplo do outubro rosa e do novembro azul, de combate e conscientização à tuberculose.	-Agendar dia específico, ou um mês específico, a exemplo do outubro rosa e do novembro azul, para combate e conscientização à tuberculose.
Poderiam ser feitas ações em praças públicas, parques, com o intuito de orientar a população sobre a doença. Realizar a busca ativa desses pacientes com TB. Confecção de folhetos e propagandas no rádio e TV.	-Realizar um cronograma de atividades durante o ano e não apenas nas datas comemorativas. Exemplo: trimestralmente realizar atividades educativas falando sobre o tema; realizar 1 sala de espera 1 vez ao mês, 1 multirão por semestre.
realizar um cronograma de atividades durante o ano e não apenas nas datas comemorativas. Exemplo: trimestralmente realizar atividades educativas falando sobre o tema; sala de espera 1 vez ao mês, 1 multirão por semestre.	-Solicitar apoio da imprensa para veiculação permanente de comerciais mostrando que a tuberculose tem cura se for diagnosticado e corretamente tratado.
Busca ativa.	-Solicitar apoio das Universidades e Faculdades para realizar ações em locais públicos, voltadas à coleta e realizações de exames, bem como orientações e esclarecimentos sobre os locais para consulta e tratamento.
Criação de programas de rádio, internet, blogs e principalmente estimular na comunidade a discussão sobre a tuberculose nas associações de moradores, igrejas e escolas e outros.	-Disponibilizar uma televisão na sala de espera com vídeos/músicas sobre a tuberculose.
Apoio da imprensa para veiculação permanente de comerciais mostrando que a tuberculose tem cura se for diagnosticado e corretamente tratado. Solicitar apoio das Universidades e Faculdades para realizar ações em locais públicos voltadas a coleta e realizações de exames, bem como orientações e esclarecimentos sobre os locais para consulta e tratamento.	
-Televisão na sala de espera com vídeos/músicas sobre a tuberculose. Conheço várias músicas criadas pelo StopTB em forma de funk, pagode, samba, rock	

para todos os gostos. -Trabalho na praça da comunidade, um evento com varias pessoas, mutirão, chama pessoas importantes da politica, da saúde para dar visibilidade. -Planfetagem - Identificação no território das mídias e espaços coletivos disponíveis onde pudesse ser apresentado as informações sobre a TB(rádios comunitárias, escolas, centros comunitários, igrejas, etc) - Veiculação em diversas mídias(radio, jornal, redes sociais, TV) de informações sobre a TB, com agendas periódicas.	
DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.8 Número de Ações comunitárias realizadas semestralmente para entrega do pote de escarro	ANÁLISE DE CONTEÚDO
Uma vez no mês ter uma data específica de conhecimento antecipado de todos da comunidade para realizar esta ação.	-Estabelecer uma data específica mensal, de conhecimento antecipado de todos da comunidade, para realizar esta ação (entrega do pote de escarro).
Realizar a busca ativa de pessoas infectadas pela bactéria na própria unidade. Quando o paciente vier se consultar por algum outra razão, que não necessariamente apresentar os sintomas da doença tuberculose.	-Realizar de fato nas visitas domiciliares a busca dos sintomáticos respiratórios e caso os encontre já disponibilizar os potes de escarro.
1) realizar de fato nas visitas domiciliares a busca dos sintomáticos respiratórios e caso os encontre já disponibilizar os potes de escarro.; assim também no acolhimento, sala de dentista, atendimentos individuais e coletivos.	-Estabelecer um vínculo permanente com o Laboratório municipal para subsidiar os fluxos de coleta, realização e devolução do resultado dos exames.
Busca ativa.	-Ampliar a capacidade de realização de exames do Laboratório Municipal, de acordo com a capacidade de realização e retorno dos resultados.
Estimular na visita do ACS que o mesmo tenha o pote de escarro disponível na bolsa;	-Realizar mutirões nas comunidades com ajuda de estudantes universitários na área de saúde.
Facilitar a consulta médica ou de enfermagem na UBS, paciente com sintomas de TB ter prioridade no serviço para orientação da coleta de escarro;	-Capacitar todos os profissionais de Saúde das Unidades Básicas, que integram as ações comunitárias para a identificação do sintomático respiratório(SR) e seus contatos.
Estabelecer um vínculo permanente com o Laboratório municipal para subsidiar o fluxo de coleta; realização e devolução do resultado dos exames. Ampliar, de acordo com a capacidade de realização de exames e retorno dos resultados. Envolvimento maior da equipe, solicitar apoio de outros órgãos para aprimorar as ações.	
-Busca de sintomáticos por parte dos ACS	
-Mutirão na comunidades com ajuda de alunos de universidades (enfermeirandos, doutorandos, etc)	
- Capacitação de todos os profissionais das Unidades de Saúde para a identificação do sintomático respiratório(SR);	
- Solicitação e disponibilização dos potes de escarro, por qualquer profissional de saúde da unidade;	
- Incorporar no processo de trabalho de cada profissional a investigação do SR;	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.9 Realização de cultura para os casos de retratamento	ANÁLISE DE CONTEÚDO
Essencialmente, que os serviços de saúde disponibilizem o exame, pois nem sempre a cultura está disponível.	-Definir com o laboratório municipal a capacidade instalada e a necessidade de recursos materiais (ex. técnica automatizada) e de pessoal qualificado para garantir a eficiente realização dos exames e a comunicação com a unidade requisitante em tempo hábil
Informação e conscientização da população quanto à importância da realização do exame.	-Informar e conscientizar a população quanto à importância da realização do exame.
Realizar maior busca ativa de pacientes na comunidade.	-Promover capacitações para os profissionais habilitados a solicitar a cultura, visando reconhecimento adequado dos casos com indicação deste exame, para que a mesma seja solicitada em tempo oportuno (sem prejuízo do início do tratamento empírico até resultado da cultura)
1) capacitações dos profissionais que os solicitam; 2) realização das baciloscopias de acompanhamento para identificação de falência no tratamento; 3) agilidade do laboratório na realização do exame, e sempre está informando a unidade sobre a evolução da cultura.	-Ações Municipais: Realizar visitas permanentes de assessoramento às UBS sobre processo de trabalho (Coordenação municipal) enfatizando os indicadores que são essenciais para melhoria do programa; realizar permanentemente a análise e o monitoramento dos indicadores com discussão com a Equipe de Saúde da Família
Aumento da capacidade das estufas.	- Realizar permanentemente a análise e o monitoramento dos indicadores com discussão com a Equipe de Saúde da Família
Ações Municipais: - Realizar visitas permanentes de assessoramento às UBS sobre processo de trabalho (Coordenação municipal) enfatizando os indicadores que são essenciais para melhoria do programa	Ações Estaduais: Realizar discussões técnicas com as Coordenações municipais e nos colegiados regionais e dar apoio aos municípios de sua área de abrangência, realizando visitas técnicas de assessoramento às coordenações municipais.
- Realizar permanentemente a análise e o monitoramento dos indicadores com discussão com a Equipe de Saúde da Família	Apoio regional (aumentando a capilaridade do nível central) aos municípios de sua área de abrangência, realizando visitas técnicas de assessoramento às coordenações municipais.
Ações Estaduais: - Realizar discussões técnicas com as Coordenações municipais e nos colegiados regionais (CIR)	-Estabelecer um fluxo de trabalho desde a coleta do escarro até a devolução de resultados dos exames ao prescritor ou paciente.
- Apoio regional (aumentando a capilaridade do nível central) aos municípios de sua área de abrangência, realizando visitas técnicas de assessoramento às coordenações municipais.	
Apoio da gestão para implementar o serviço. Saber com o laboratório a capacidade instalada e a necessidade de recursos materiais e de pessoal qualificado para a realização dos exames. Estabelecer um fluxo de devolução de resultados. Definido esta situação é possível pactuar com os médicos que para todos os casos de retratamento deverá ser solicitada uma cultura. Estabelecer que o tratamento pode ser iniciado, logo após a coleta do material para a cultura, para não correr o risco de só iniciarem o tratamento após o resultado do exame (pode demorar e retardar o início do tratamento).	
Investimento para efetivar o novo método de cultura de escarro para resultados em menos tempo pois 2 meses para sair o resultado	

desestimula qualquer profissional.	
- Capacitação dos profissionais para o reconhecimento adequado dos casos com indicação de cultura, para que a mesma fosse solicitada em tempo oportuno; - Implantação de exames mais rápidos(automatizados) para a cultura, levando a resultados mais rápidos e retorno aos profissionais.	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.10 Percentual dos casos novos pulmonares bacilíferos em tratamento diretamente observado	-Sensibilizar os profissionais com ênfase na importância do TDO como estratégia de fortalecimento no controle da TB.
Aumentar a quantidade de profissionais que possam participar do TDO, pois os já existentes não conseguem suprir a demanda.	-Aumentar a quantidade de profissionais que possam participar do TDO, nomeadamente incentivando financeiramente o ACS para cada TDO realizado e comprovado.
Primeiramente deveria saber o por quê isso acontece, já que é protocolo tal observação do paciente e monitorização da dose supervisionada do paciente. Após, sensibilizar as equipes para que a dose supervisionada aconteça, e não somente que o paciente vá unicamente pegar seus medicamentos na USF.	-Estabelecer escala de visitas de todos os profissionais da equipe no domicílio dos pacientes.
1)melhoria do processo de trabalho das equipes de usf; 2)sensibilização dos profissionais a realização do TDO; 3) Comunicação entre as unidades a fim de que esse TDO possa ser realizado pela unidade mais próxima do paciente; 4)escala de visitas de todos os profissionais da equipe.	-Implementar o TDO para todos os casos e em todas as unidades através de articulação com a Atenção Básica, com protocolo institucional.
O TDO é uma estratégia interessante. Contudo, falha por falta de responsabilidade de alguns ou preconceito do próprio paciente. A estratégia está sendo revista como algo prioritário.	-Realizar monitoramento dos casos pela Vigilância Epidemiológica, através de visita periódica (mensal/bimensal) às Unidades de saúde com relatórios dos casos de TB para resgate das informações.
Ações Municipais: - Realizar visitas permanentes de assessoramento às UBS sobre processo de trabalho (Coordenação municipal) enfatizando os indicadores que são essenciais para melhoria do programa - Realizar permanentemente a análise e o monitoramento dos indicadores com discussão com a Equipe de Saúde da Família	- Melhorar a comunicação entre as unidades a fim de que o TDO possa ser realizado na unidade mais próxima do paciente.
Ações Estaduais: - Realizar discussões técnicas com as Coordenações municipais e nos colegiados regionais (CIR) - Apoio regional (aumentando a capilaridade do	

nível central) aos municípios de sua área de abrangência, realizando visitas técnicas de assessoramento às coordenações municipais.	
Estimular a equipe para realizar o TDO, monitorar, contar com o apoio das Coordenadoras de área e coordenação do programa no DS.	
Papel do ACS!!! Investir em ações voltadas ao ACS. Incentivar (R\$) o ACS para cada TDO realizado e comprovado. Conscientizar o ACS.	
- Capacitação de profissionais com ênfase na importância do TDO como estratégia de fortalecimento no controle da TB; - Implantação/implementação do TDO para todos os casos e em todas as unidades através de articulação com a Atenção Básica, com protocolo institucional. - Monitoramento dos casos pela VE, através de visita periódica (mensal/bimensal) as Unidades de saúde com casos de TB para resgate das informações.	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.11 Percentual de contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero examinados	ANÁLISE DE CONTEÚDO
Primeiramente, conscientização por parte dos profissionais, especialmente, o médico assistente. Pois depende fundamentalmente dele, o exame e, se necessário, iniciar o tratamento da tuberculose latente, que muitos negligenciam, apesar as evidências da necessidade do tratamento.	-Sensibilizar as Equipes de Saúde da Família e profissionais, especialmente o médico assistente, sobre a importância da solicitação da baciloscopia para os contatos dos casos de tuberculose. -Incluir os contatos do paciente com TB na agenda do medico/enfermeiro a partir da consulta/diagnóstico;
Mais uma prova de que as USF não estão acompanhando nem realizado buscas de pacientes de forma adequada. Sensibilizar as ESF sobre a importância do procedimento.	-Intensificar busca ativa de contatos em domicílio para que estes sejam encaminhados à unidade de saúde, onde deverá ser solicitada baciloscopia.
1) agendar já os contatos na agenda do medico/enfermeiro; 2)busca ativa de contatos no domicilio;	- Fazer limpeza do SINAN, com vista a minimizar situações em que o exame é realizado, mas não é informado neste banco de dados
Visitas domiciliares e divulgações do que é Tuberculose.	-Implantar um sistema informatizado que possibilite a Vigilância Epidemiológica monitorar os contatos nominalmente com relação aos casos índices.
Ações Municipais: - Realizar visitas permanentes de assessoramento às UBS sobre processo de trabalho (Coordenação municipal) enfatizando os indicadores que são essenciais para melhoria do programa - Realizar permanentemente a análise e o monitoramento dos indicadores com discussão com a Equipe de Saúde da Família	- Realizar mutirão semestral, com Profissionais de saúde, para busca ativa dos contatos do paciente com TB. -Realizar a busca ativa de pessoas infectadas pela bactéria na própria unidade. Quando o paciente vier se consultar por algum outra razão, que não necessariamente apresentar os sintomas da doença tuberculose
Ações Estaduais: - Realizar discussões técnicas com as	

Coordenações municipais e nos colegiados regionais (CIR)	-Capacitação de todos os profissionais das Unidades de Saúde para a identificação do sintomático respiratório(SR);
- Apoio regional (aumentando a capilaridade do nível central) aos municípios de sua área de abrangência, realizando visitas técnicas de assessoramento às coordenações municipais.	- Solicitação e disponibilização dos potes de escarro, por qualquer profissional de saúde da unidade;
Manter como rotina que, para todo resultado positivo, os contactantes deverão ser avaliados.	- Incorporar no processo de trabalho de cada profissional a investigação do sintomático respiratório dentre os contatos dos pacientes diagnosticados.
Não entendo a dificuldade que o enfermeiro/medico tem em solicitar a baciloscopia cujo resultado sai com 5 dias (laboratório municipal do Recife). Será que a equipe desconhece a conduta de solicitar baciloscopia? Se for, informar as equipes da importancia de solicitar a baciloscopia para saber se aquele individuo está ou não transmitindo a doença e se o tratamento está surtindo efeito. Também não podemos nos esquecer que muitas vezes o exame é realizado mas não é informado no SINAN, Então, seria uma inconsistência encontrada que deve ser solucionada com limpeza de banco e desta forma, o dado (%) não condiz com a realidade.	
- Profissionais de saúde realizar mutirão de busca ativa dos contatos 2(duas) vezes ao ano. - Implantação de um sistema que possibilitasse a VE monitorar os contatos nominalmente com relação aos casos índices;	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.12 Proporção de exames anti-hiv realizados entre os casos novos de tuberculose	
Ampliar a oferta e o acesso do exame anti-HIV, descentralizando para as Unidades Básicas de Saúde.	-Ampliar a oferta e o acesso ao exame anti-HIV e à testagem rápida, descentralizando para todas Unidades Básicas de Saúde, especialmente as que atendem pacientes de TB.
Verificar junto aos gestores, coordenações municipais e estaduais do Programa e equipe do Laboratório sobre a possibilidade de realizar exames anti-hiv em 100% dos casos positivos de tuberculose. Manter como rotina que, para toda baciloscopia positiva para TB, eles serão convidados a realizar o exame anti-hiv. Intensificar essas ações de acordo com a capacidade instalada e possibilidade de apoio.	-Definir com os gestores, coordenações municipais e estaduais do Programa e equipe do Laboratório a capacidade instalada e a necessidade de recursos para realizar exames anti-hiv em 100% dos casos positivos de tuberculose.
Muitas vezes o profissional nem oferece o exame ao paciente. Portanto, cabe aqui escutar a equipe qnto a esta situação, identificar o problema e solucionar mas antes escutar da equipe se há o oferecimento do exame ou se a dificuldade é na realização do mesmo. Também não podemos nos esquecer que muitas vezes o exame é realizado mas não é informado no SINAN, Então, seria uma	- De acordo com a capacidade instalada e possibilidade de apoio, instituir a rotina que, para toda baciloscopia positiva para TB, os pacientes serão convidados a realizar o exame anti-hiv.

inconsistência encontrada que deve ser solucionada com limpeza de banco e desta forma, o dado (%) não condiz com a realidade.	
- Treinamento dos profissionais para realização de testagem rápida; - Implantação da testagem rápida para HIV em todas as unidades que atendem pacientes de TB;	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.13 Retrato entre o total de casos	
Essencialmente, o trabalho de conscientização com os profissionais sobre a importância de fazer uma abordagem minuciosa, sistemática com o paciente, evidenciando a importância de concluir o tratamento e os prejuízos advindos do abandono. Alguns pacientes são de manejo mais difícil, mas muitas vezes, há pouco envolvimento do profissional. O número de 12,9% parece pouco, mas significa uma grande parcela de pessoas que terão problemas futuros e serão potenciais difusores da bactéria para outras pessoas. Por isso o acompanhamento desses pacientes deve ser mais intensificado, 1)acompanhamento de fato do tratamento do paciente, garantindo a cura do paciente devido ao tratamento realizado; e diminuir assim o abandono; 2)TDO em todos os pacientes de TB; 3)exame dos contatos Divulgação do que é a tuberculose. Ações Municipais: - Realizar visitas permanentes de assessoramento às UBS sobre processo de trabalho (Coordenação municipal) enfatizando os indicadores que são essenciais para melhoria do programa - Realizar permanentemente a análise e o monitoramento dos indicadores com discussão com a Equipe de Saúde da Família Ações Estaduais: - Realizar discussões técnicas com as Coordenações municipais e nos colegiados regionais (CIR) - Apoio regional (aumentando a capilaridade do nível central) aos municípios de sua área de abrangência, realizando visitas técnicas de	- Sensibilizar os profissionais sobre a importância de fazer uma abordagem minuciosa, sistemática com o paciente, evidenciando a importância de concluir o tratamento e os prejuízos advindos do abandono -Intensificar estratégias como o TDO para pacientes em tratamento de TB, como estratégias de adesão para enfrentamento do abandono e consequentemente dos casos de retratamento; -Implantar programas de proteção social e nutricional, com o apoio do assistente social para seleção e cadastro de pacientes, visto que o perfil dos abandonos está relacionado aos níveis socioeconômicos mais baixos.

assessoramento às coordenações municipais.	
Implementando ações para reduzir o abandono ao tratamento, já citadas anteriormente.	
As mesmas medidas para evitar o abandono. Se evita-se o abandono, evita-se o retratamento.	
- Intensificar estratégias como o TDO para pacientes em tratamento de TB, como estratégias de adesão para enfrentamento do abandono e consequentemente dos casos de retratamento; - Implantação de programas de proteção social e nutricional, visto que a literatura aponta o perfil dos abandonos como sendo de nível sócio econômico mais baixo.	

DADOS BRUTOS	
2.14 Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%)	UNIDADES DE ANÁLISE
Envolvimento maior dos profissionais para a conscientização e sensibilização dos pacientes na adesão terapêutica.	-Capacitar os ACS para orientar os pacientes em caso de efeitos adversos comuns ao uso dos medicamentos tuberculostáticos antes que interrompam o tratamento; -Promover atuação de uma equipe transdisciplinar em casos de pacientes alcoolistas/usuários de drogas. -Intensificar o envolvimento da equipe multiprofissional; por exemplo, alimentação contínua do Sistema Hórus pelo farmacêutico, para sinalizar os faltosos para a equipe e encaminhamento do paciente para os cuidados farmacêuticos ou acionar a equipe do NASF pelo enfermeiro, ao detectar dificuldade de adesão ao tratamento - Instituir visita de equipe multidisciplinar nos primeiros 2(dois) meses com objetivo de monitoramento do caso de forma integral.
Melhor acompanhamento do paciente, fornecimento de condições para que o paciente continue seu tratamento.	
1) TDO 2) atividades educativas nas unidades de saúde; 3) garantir a medicação, transporte e exames caso necessário ; 4) atuar imediatamente em caso de efeitos adversos ao uso da medicação; 5) atuação de uma equipe transdisciplinar em casos de pacientes alcoolistas/usuário de drogas;	
Divulgação do que é a tuberculose.	
Ações Municipais: - Realizar visitas permanentes de assessoramento às UBS sobre processo de trabalho (Coordenação municipal) enfatizando os indicadores que são essenciais para melhoria do programa - Realizar permanentemente a análise e o monitoramento dos indicadores com discussão com a Equipe de Saúde da Família	
Ações Estaduais: - Realizar discussões técnicas com as Coordenações municipais e nos colegiados regionais (CIR) - Apoio regional (aumentando a capilaridade do nível central) aos municípios de sua área de abrangência, realizando visitas técnicas de assessoramento às coordenações municipais.	
Maior envolvimento da equipe multiprofissional. O	

farmacêutico, através da alimentação contínua do Sistema Hórus, poderá identificar os faltosos e já sinalizar a equipe para realizar a busca ativa. Os enfermeiros que detectarem uma maior dificuldade de adesão ao tratamento poderão encaminhar o paciente para os cuidados farmacêuticos ou acionar a equipe do NASF.	
Consulta de qualidade, busca ativa, visita domiciliar, escuta, vínculo, compromisso da equipe.	
- Intensificar estratégias como o TDO para pacientes de TB, como estratégia de adesão ao tratamento para enfrentamento do abandono e identificação precoce de um possível abandono ; - Implantação de programas de proteção social e nutricional, visto que a literatura aponta o perfil dos abandonos como sendo de nível sócio econômico mais baixo. - Instituir visita de equipe multidisciplinar nos primeiros 2(dois) meses com objetivo de monitoramento do caso de forma integral.	

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.15 Proporção de pacientes que têm acesso ao medicamento em tempo hábil	
Melhorar o programa de controle para que os medicamentos estejam sempre acessíveis e disponíveis aos pacientes em menor tempo possível e mais próximo de sua residência.	-Instituir unidade dispensadora "sobreaviso" para a dispensação de tuberculostáticos em até 24h para os casos de início de tratamento. - Garantir que as solicitações dos medicamentos cheguem acompanhadas do registro no SINAN e que o Distrito Sanitário ou Unidade de Saúde disponha de transporte para envio do medicamento. -Envolvimento dos gestores na análise do fluxo de trabalho que culmina com a entrega do medicamento ao paciente, introduzindo eventuais alterações , para acesso mais rápido ao medicamento.
Alteração do fluxo de entrega do medicamento ao paciente faria com que o mesmo tivesse acesso ao medicamento com maior rapidez.	
não sei responder devido ao município que atuo não ter esse problema.	
Criação de fluxos e melhora no real interesse no combate à doença.	
De acordo com a estimativa de pacientes, cada município dispor de no mínimo um kit de tratamento em estoque.	
Os farmacêuticos são orientados para ao receber a solicitação do medicamento, acompanhada do SINAN, enviar o medicamento em até 48 horas. Para que isso aconteça é necessário que a solicitação chegue acompanhada do SINAN e que o DS ou Unidade de Saúde disponha de transporte para envio do medicamento. Foi pactuado uma reserva de dois casos novos, mas só há reposição da reserva quando o caso é devidamente notificado.	
Cobrar aos gestores. Isso é planejamento. Se sabe-se a quantidade de pacientes atendidos em determinado município também pode-se estimar a quantidade de tuberculostáticos a serem usados.	
- Instituir unidade dispensadora "sobreaviso" para a dispensação em até 24h do medicamento para os	

casos iniciantes.	
-------------------	--

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.16 Proporção de pacientes que não aderem ao tratamento	
Maior envolvimento dos prescritores no atendimento mais conscientizador e a adoção do TDO. Maior visitas das ACS aos pacientes para verificação das tomadas diárias. 1) informação sobre a gravidade da doença em caso de não tratamento; 2) TDO; 3) agendamento prévio de todas as consultas 4) atendimento livre em caso de procura do paciente a unidade. Visitas domiciliares quando necessário e divulgação do que é a tuberculose. Através do esclarecimento sobre a doença durante a consulta com os profissionais, visitas domiciliares e principalmente no envolvimento dos familiares. Sensibilizar o paciente e familiares sobre a importância do tratamento correto e pelo tempo necessário (no mínimo 6 meses). Disponibilizar orientações do que fazer, caso tenha alguma reação adversa. Além de dispor de equipe multiprofissional treinada para orientar nessas situações, poderia ter um número telefônico para orientações em caso de reações. Os casos necessários de maior atenção poderiam ser encaminhados para os cuidados farmacêuticos, ou apoio psicológico (alcoolismo, por exemplo). Consulta de qualidade, busca ativa, visita domiciliar, escuta, vínculo, compromisso da equipe. - Implantação de programas de incentivo ao tratamento(suporte social/nutricional) - Pesquisas com novas drogas que possibilitem esquemas mais curtos;	-Providenciar agendamento prévio de todas as consultas -Promover atendimento livre em caso de procura do paciente à unidade. - -.

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
2.17 Percentual de subnotificação em tuberculose	
-Exigência e fiscalização efetiva nos serviços e profissionais responsáveis pela notificação nos serviços, pq o que se observa algumas vezes, é a liberação da medicação sem o preenchimento da ficha de notificação. -Só liberar a medicação com a ficha devidamente preenchida. A busca ainda se faz pífia. isso acontece por várias razões: poucos profissionais trabalhando, muitas áreas descobertas. Dificuldade de acesso ao	- Instituir que os medicamentos só poderão só liberados na primeira dispensa mediante apresentação da ficha de notificação. -Promover atualização do sistema regularmente; -Realizar oficinas de atualização com as ESF's. -Atuação da Vigilância epidemiológica junto à equipe de saúde para divulgar a importância do planejamento em saúde

médico e ao medicamento.	mediante as notificações de agravos compulsórios. -Implantação de um serviço de notificação online.
1)atualização do sistema regularmente; 2) impossibilidade de duplicidade na notificação; 3)busca ativa de sintomáticos respiratórios	
Melhoria no programa.	
Realizar oficinas de atualização com as ESF's.	
Confirmar se o fluxo está seguindo a seguinte norma: 1- o medicamento só é fornecido com o SINAN corretamente preenchido; 2- o farmacêutico, após conferir o SINAN, encaminha a epidemiologia; 3- o funcionário responsável pela digitação da ficha do SINAN deverá fazer em tempo hábil. Se o fluxo está sendo seguido e mesmo assim há subnotificação, deverá ser checado periodicamente as inconsistências do SINAN.	
Vigilância epidemiológica deve atuar junto sempre com a equipe para divulgar a importancia do planejamento em saude mediante as notificações de agravos compulsorios.	
- Investigação em outras fontes de dados de casos com sintomatologia sugestiva da doença(suspeição) para busca ativa e confirmação diagnóstica. - Treinamento de profissionais de unidades de outras especialidades ou que não atendem TB para identificação do SR, com orientação dos encaminhamentos adequados. - Implantação de um serviço de notificação online.	

INDICADOR DE RESULTADO

DADOS BRUTOS	UNIDADES DE ANÁLISE
3.1 Proporção de cura de casos de tuberculose pulmonar bacilífera e coeficiente de mortalidade por tuberculose como causa básica e causa associada	
Maior comprometimento com a adesão terapêutica tanto por parte dos profissionais qt dos pacientes. A proporção de cura melhorará se os fatores como abandono, alcoolismo, melhoria de condições de atendimento médico e facilidade de obtenção do tratamento farmacológico fossem revistas. Melhoradas.	-Rever fatores como abandono, alcoolismo, melhoria de condições de atendimento médico e facilidade de obtenção do tratamento farmacológico. -Implantar TDO; -Realizar ações educativas; -Envolver equipe transdisciplinar no acompanhamento do paciente de TB -Incentivar preenchimento correto e completo dos sistemas de informação (Hórus, SINAN, SiteTB). -Realizar diagnostico precoce. -Incentivar preenchimento correto e completo dos sistemas de informação (Hórus, SINAN, SiteTB); -Realizar diagnostico precoce;
1)TDO 2) ações educativas; 3)equipe transdisciplinar no acompanhamento do paciente de TB 4) preenchimento correto e completo do sistema de informação 5) diagnostico precoce 6) busca ativa de sintomáticos respiratórios;	
Divulgação do que é a tuberculose.	

Ações Municipais: - Realizar visitas permanentes de assessoramento às UBS sobre processo de trabalho (Coordenação municipal) enfatizando os indicadores que são essenciais para melhoria do programa - Realizar permanentemente a análise e o monitoramento dos indicadores com discussão com a Equipe de Saúde da Família Ações Estaduais: - Realizar discussões técnicas com as Coordenações municipais e nos colegiados regionais (CIR) - Apoio regional (aumentando a capilaridade do nível central) aos municípios de sua área de abrangência, realizando visitas técnicas de assessoramento às coordenações municipais. Um maior envolvimento da equipe multiprofissional, apoio da gestão e melhoria da qualidade de atenção. Diminuir o Abandono. O papel do ACS é crucial. - Visita de monitoramento mensal da VE nas unidades com casos em acompanhamento e dos pacientes para identificação precoce de possível abandono e/ou alterações no tratamento que sinalizem um desfecho não favorável para atuação e intervenção oportuna.	- Incentivar um maior envolvimento da equipe multiprofissional - Conseguir apoio da gestão - Melhorar a qualidade da atenção prestada ao paciente. - Promover visita de monitoramento mensal da Vigilância Epidemiológica nas unidades com casos em acompanhamento e dos pacientes para identificação precoce de possível abandono e/ou alterações no tratamento que sinalizem um desfecho não favorável para atuação e intervenção oportuna.
--	--

ANEXO 2

AÇÕES DE MELHORIA PROPOSTAS PELOS PERITOS NO PAINEL DELPHI APÓS ANÁLISE DE CONTEÚDO (PARA A 2ª RONDA)

AÇÕES DE MELHORIA PROPOSTAS PELOS PERITOS NO PAINEL DELPHI (PARA O QUESTIONÁRIO DA SEGUNDA RONDA DO PAINEL DELPHI)

Indicador: Proporção de pacientes que depende do transporte motorizado para acesso a consulta médica ou retirada de medicamentos.

- Disponibilizar atendimento especializado nos postos de saúde dos bairros, segundo a lógica da Estratégia de Saúde da Família e vincular o paciente com tuberculose aos serviços de saúde mais próximos de sua residência
- Garantir auxílio para o transporte voltado ao paciente SUS em tratamento de TB, com dificuldade financeira, sob a forma de: vale transporte, ajuda de custo ou um veículo institucionalizado da Rede de Serviços da Secretaria de Saúde Municipal com marcações planejadas. Seria necessário, nesse caso, o apoio do assistente social para fazer seleção e cadastro de pacientes para receberem o benefício.
- Entregar os medicamentos na residência dos pacientes através dos Agentes Comunitários de Saúde.

Indicador: Dias com falta de medicamentos durante o tratamento

- Informatizar as farmácias das unidades de saúde de modo a definir os pedidos de medicamentos com base nos relatórios mensais do sistema Hórus e nas notificações compulsórias do SINAN.
- Em farmácias não informatizadas efetuar o monitoramento da quantidade dispensada ao paciente pelo profissional que acompanha o tratamento, para o planejamento adequado
- Em cada ponto de dispensação dispor de kit(s) de tratamento de acordo com a estimativa de pacientes (no mínimo de 1),
- Estabelecer que o acompanhamento do paciente possa ser realizado pelo enfermeiro; o paciente seria encaminhado ao médico (especialista pneumologista) apenas em situações de reações adversas ou esquemas especiais.
- Dar treinamento inicial e promover educação continuada para os profissionais da Atenção Básica (Unidades básicas de saúde/Unidades de Saúde da Família) em diagnóstico, tratamento e acompanhamento da TB
- Expandir o número de profissionais e unidades de saúde da família de modo a aumentar a cobertura do programa Estratégia de Saúde da Família.

Indicador: Proporção de pacientes que têm acesso a consulta médica em menos de 24 horas para situações de urgência

- Implantar serviço de emergência em todas as cidades do país
- Aumentar o número de especialistas na rede de saúde

- Pactuar entre as unidades do município uma unidade de referência para situações de urgência no atendimento para pacientes em curso de tratamento de tuberculose.
- Implementar uma rede de Regulação para garantia de encaminhamento e atendimento desses casos nos serviços de saúde de forma sistematizada e prioritária.
- Sensibilizar os gestores e equipe das Unidades de Urgência através das coordenações Estaduais e Municipais do Programa Tuberculose, a fim de que as situações sejam atendidas em tempo hábil.
- Fortalecer o sistema de referência e contra-referência.

Indicador: Proporção de pacientes que são visitados por profissionais de saúde em seus domicílios

- Sensibilizar os profissionais para realmente assumirem o compromisso com a visita domiciliar.
- Aumentar o número de Agentes Comunitários de Saúde para atender à necessidade das áreas descobertas.
- Diminuir o número de famílias por equipe de saúde da família.
- Criar escala de visitas domiciliares incluindo todos da equipe de saúde, dividindo-se as responsabilidades pelas visitas.
- Estimular o TDO, pois dessa forma envolveria na visita domiciliar todos os profissionais da equipe.
- Instituir metas e indicadores de proporção de visitas realizadas pelos profissionais de forma a fortalecer o vínculo e adesão do paciente ao tratamento.
- Adotar estratégias que possam estimular e monitorar a equipe de saúde no acompanhamento do paciente no domicílio.
- Instituir fiscalização por parte das prefeituras e punições para aquelas equipes que não realizam a visita domiciliar.
- Instituir visita sistemática (mensal ou bimensal) da Vigilância Epidemiológica as Unidades de Saúde com pacientes de TB em acompanhamento para monitoramento de casos.

Indicador: Proporção de pacientes que recebem informações sobre tuberculose (TB) e seu tratamento

- Realizar capacitação dos profissionais de saúde para ofertarem a informação no momento da busca ativa e nas visitas domiciliares.
- Implementar educação em grupo sobre a tuberculose e seu tratamento por equipes multiprofissionais, para membros da comunidade em geral (por exemplo, sala de espera).
- Implementar educação em grupo, periódica e factível, sobre a tuberculose e seu tratamento por equipes multiprofissionais, para doentes com tuberculose,

familiares e outros que convivem com o paciente (por exemplo, palestras, rodas de conversa, grupos de autoajuda).

- Implementar periodicamente educação em grupo, como palestras, rodas de conversa ou grupos de autoajuda, por equipes multiprofissionais, para doentes com tuberculose e pessoas que com eles convivem. A educação deve incidir sobre a doença, o seu tratamento e reações adversas expectáveis.

- Trabalhar com a comunidade o preconceito com a doença antes da criação de grupos de TB.

Distribuir panfletos ilustrativos com informações sobre a doença direcionados para pacientes, seus familiares e outros membros da comunidade.

- Utilizar os meios de comunicação (TV, radio, outdoors) para transmitir informação sobre a tuberculose e seu tratamento

Fornecer educação individual aos pacientes, no âmbito da consulta com um profissional de saúde, promovendo a escuta e o vínculo.

- Promover a adesão à educação em grupo periódica através da oferta de um lanche saudável após a sessão

Indicador: Proporção de comunicantes que recebem informações sobre a TB e seu tratamento.

- Tentar envolver os contactantes nas mesmas ações que são disponibilizadas aos pacientes com tuberculose.

- Assim que tiver o diagnóstico positivo para TB, entrar em contato com as pessoas que convivem com o paciente, tanto para realizar os exames específicos e/ou a quimioprofilaxia (dependendo da situação).

Indicador: Proporção de pacientes que participam de grupos de TB no Serviço de Saúde

- Realizar atividades que tenham uma abordagem mais lúdica (por exemplo, teatro) e que possam envolver a família, num dia específico em que as pessoas possam se programar com antecedência.

Indicador: Quantidade de Propagandas/campanhas/trabalhos educativos realizadas semestralmente pelos profissionais do Serviço de Saúde

- Agendar dia específico, ou um mês específico, a exemplo do outubro rosa e do novembro azul, para combate e conscientização à tuberculose.

- Realizar um cronograma de atividades durante o ano e não apenas nas datas comemorativas. Exemplo: trimestralmente realizar atividades educativas falando sobre o tema; realizar fila de espera 1 vez ao mês, 1 mutirão por semestre.

- Solicitar apoio da imprensa para veiculação permanente de comerciais mostrando que a tuberculose tem cura se for diagnosticado e corretamente tratado.

-Solicitar apoio das Universidades e Faculdades para realizar ações em locais públicos, voltadas à coleta e realizações de exames, bem como orientações e esclarecimentos sobre os locais para consulta e tratamento.

-Disponibilizar uma televisão na sala de espera com vídeos/músicas sobre a tuberculose.

Indicador: Número de Ações comunitárias realizadas semestralmente para entrega do pote de escarro

-Estabelecer uma data específica mensal, de conhecimento antecipado de todos da comunidade, para realizar esta ação (entrega do pote de escarro).

-Realizar de fato nas visitas domiciliares a busca dos sintomáticos respiratórios e caso os encontre já disponibilizar os potes de escarro.

-Estabelecer um vínculo permanente com o Laboratório municipal para subsidiar os fluxos de coleta, realização e devolução do resultado dos exames.

-Ampliar a capacidade de realização de exames do Laboratório Municipal, de acordo com a capacidade de realização e retorno dos resultados.

-Realizar mutirões nas comunidades com ajuda de estudantes universitários na área de saúde.

-Capacitar todos os profissionais de Saúde das Unidades Básicas, que integram as ações comunitárias para a identificação do sintomático respiratório(SR) e seus contatos.

Indicador: Realização de cultura para os casos de retratamento

-Definir com o laboratório municipal a capacidade instalada e a necessidade de recursos materiais (ex. técnica automatizada) e de pessoal qualificado para garantir a eficiente realização dos exames e a comunicação com a unidade requisitante em tempo hábil

-Informar e conscientizar a população quanto à importância da realização do exame.

-Promover capacitações para os profissionais habilitados a solicitar a cultura, visando reconhecimento adequado dos casos com indicação deste exame, para que a mesma seja solicitada em tempo oportuno (sem prejuízo do início do tratamento empírico até resultado da cultura)

-Estabelecer um fluxo de trabalho desde a coleta do escarro até a devolução de resultados dos exames ao prescritor ou paciente.

Indicador: Percentual dos casos novos pulmonares bacilíferos em tratamento diretamente observado

-Sensibilizar os profissionais com ênfase na importância do TDO como estratégia de fortalecimento no controle da TB.

- Aumentar a quantidade de profissionais que possam participar do TDO, nomeadamente incentivando financeiramente o ACS para cada TDO realizado e comprovado.
- Estabelecer escala de visitas de todos os profissionais da equipe no domicílio dos pacientes.
- Implementar o TDO para todos os casos e em todas as unidades através de articulação com a Atenção Básica, com protocolo institucional.
- Melhorar a comunicação entre as unidades a fim de que o TDO possa ser realizado na unidade mais próxima do paciente.

Indicador: Percentual de contatos dos casos de tuberculose pulmonar bacilífero examinados

- Sensibilizar as Equipes de Saúde da Família e profissionais, especialmente o médico assistente, sobre a importância da solicitação da baciloscopia para os contatos dos casos de tuberculose.
- Incluir os contatos do paciente com TB na agenda do médico/enfermeiro a partir da consulta/diagnóstico;.
- Intensificar busca ativa de contatos em domicílio para que estes sejam encaminhados à unidade de saúde, onde deverá ser solicitada baciloscopia
- Fazer limpeza do SINAN, com vista a minimizar situações em que o exame é realizado, mas não é informado neste banco de dados.
- Implantar um sistema informatizado que possibilite a Vigilância Epidemiológica monitorar os contatos nominalmente com relação aos casos índices.
- Realizar mutirão semestral, com Profissionais de saúde, para busca ativa dos contatos do paciente com TB.
- Realizar a busca ativa de pessoas infectadas pela bactéria na própria unidade. Quando o paciente vier se consultar por algum outra razão, que não necessariamente apresentar os sintomas da doença tuberculose.
- Capacitação de todos os profissionais das Unidades de Saúde para a identificação do sintomático respiratório(SR);-Solicitação e disponibilização dos potes de escarro, por qualquer profissional de saúde da unidade;
- Incorporar no processo de trabalho de cada profissional a investigação do sintomático respiratório dentre os contatos dos pacientes diagnosticados.

Indicador: Proporção de exames anti-hiv realizados entre os casos novos de tuberculose

- Ampliar a oferta e o acesso ao exame anti-HIV e à testagem rápida, descentralizando para todas Unidades Básicas de Saúde, especialmente as que atendem pacientes de TB.
- Definir com os gestores, coordenações municipais e estaduais do Programa e equipe do Laboratório a capacidade instalada e a necessidade de recursos para realizar exames anti-hiv em 100% dos casos positivos de tuberculose.

- De acordo com a capacidade instalada e possibilidade de apoio, instituir a rotina que, para toda baciloscopia positiva para TB, os pacientes serão convidados a realizar o exame anti-HIV.

Indicador: Retratamento entre o total de casos

- Sensibilizar os profissionais sobre a importância de fazer uma abordagem minuciosa, sistemática com o paciente, evidenciando a importância de concluir o tratamento e os prejuízos advindos do abandono

-Intensificar estratégias como o TDO para pacientes em tratamento de TB, como estratégias de adesão para enfrentamento do abandono e consequentemente dos casos de retratamento;

-Implantar programas de proteção social e nutricional, com o apoio do assistente social para seleção e cadastro de pacientes, visto que o perfil dos abandonos está relacionado aos níveis socioeconômicos mais baixos.

Indicador: Abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera (%)

-Capacitar os ACS para orientar os pacientes em caso de efeitos adversos comuns ao uso dos medicamentos tuberculostáticos antes que interrompam o tratamento;

-Promover atuação de uma equipe transdisciplinar em casos de pacientes alcoolistas/usuários de drogas.

-Intensificar o envolvimento da equipe multiprofissional; por exemplo, alimentação contínua do Sistema Hórus pelo farmacêutico, para sinalizar os faltosos para a equipe e encaminhamento do paciente para os cuidados farmacêuticos ou acionar a equipe do NASF pelo enfermeiro, ao detectar dificuldade de adesão ao tratamento

- Instituir visita de equipe multidisciplinar nos primeiros 2(dois) meses com objetivo de monitoramento do caso de forma integral.

- Providenciar agendamento prévio de todas as consultas durante o período previsto para o tratamento.

Indicador: Proporção de pacientes que têm acesso ao medicamento em tempo hábil

-Instituir unidade dispensadora "sobreaviso" para a dispensação de tuberculostáticos em até 24h para os casos de início de tratamento.

- Garantir que as solicitações dos medicamentos cheguem acompanhadas do registro no SINAN e que o Distrito Sanitário ou Unidade de Saúde disponha de transporte para envio do medicamento.

-Envolvimento dos gestores na análise do fluxo de trabalho que culmina com a entrega do medicamento ao paciente, introduzindo eventuais alterações , para acesso mais rápido ao medicamento.

Indicador: Proporção de pacientes que não aderem ao tratamento

- Promover atendimento livre em caso de procura do paciente à unidade.
- Criar uma linha telefônica para pacientes com suspeita de reação adversa
- Encaminhar os casos mais complexos de não adesão para os cuidados farmacêuticos ou apoio psicológico, de acordo com a necessidade (alcoolismo, por exemplo).

Indicador: Percentual de subnotificação em tuberculose

- Promover atualização do sistema regularmente;
- Sensibilizar e capacitar as equipes de saúde de saúde da família para realizarem notificação em tempo hábil, nomeadamente através da atuação da vigilância epidemiológica para divulgar a importância do planejamento em saúde mediante as notificações de agravos compulsórios.
- Investigar outras fontes de dados de casos com sintomatologia sugestiva da doença (ex: SICLOM e SISCEL para HIV) para busca ativa e confirmação diagnóstica.
- Implantação de um serviço de notificação online.

AÇÕES TRANSVERSAIS (AÇÕES QUE SE APLICAM A MAIS DE UM INDICADOR)

AÇÕES TRANSVERSAIS MUNICIPAIS

Ação 1: Realizar visitas permanentes de assessoramento às Unidades Básicas de Saúde sobre processo de trabalho enfatizando os indicadores que são essenciais para melhoria do programa.

Ação 2: Realizar permanentemente a análise e o monitoramento dos indicadores com discussão com a Equipe de Saúde da Família, contando com o apoio das Coordenadoras de área e coordenação do programa no Distrito Sanitário.

AÇÕES TRANSVERSAIS ESTADUAIS

Ação 1: Realizar discussões técnicas com as Coordenações municipais e nos colegiados regionais (CIR)

Ação 2: Apoio regional (aumentando a capilaridade do nível central) aos municípios de sua área de abrangência, com visitas técnicas de assessoramento às coordenações municipais.

AÇÕES TRANSVERSAIS- VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ação 1: Realizar monitoramento dos casos, através de visita periódica (mensal/bimensal) às Unidades de saúde com relatórios dos casos de TB para resgate das informações.