

**Estado de Santa Catarina
Secretaria de Estado da Saúde
Sistema Único de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Diretoria de Vigilância Epidemiológica**

PLANO ESTADUAL DE CONTROLE DA TUBERCULOSE

**AÇÕES ESTRATÉGICAS COM ÊNFASE NAS POPULAÇÕES
VULNERÁVEIS DO ESTADO DE SANTA CATARINA
PERÍODO: 2021 a 2029**

**Deliberação CIB 129 de 19 de novembro
Florianópolis, Julho de 2020**





EXPEDIENTE

Governador

Carlos Moisés da Silva

Secretaria de Estado da Saúde

André Motta Ribeiro

Superintendência de Vigilância em Saúde

Raquel Ribeiro Bittencourt

Diretora do Laboratório Central de Saúde Pública

Marlei Pickler Debiasi dos Anjos

Diretora de Vigilância Epidemiológica

Maria da Graça Chraim Dos Anjos

Gerência de Vigilância de Doenças e Agravos Crônicos

Simone Meireles Silva Pacheco

Coordenador da Divisão Doenças Crônicas Transmissíveis

Luís Henrique da Cunha

Equipe Técnica da Tuberculose

Laura Pereira de Ourique

Lígia Castellon Gryninger

Luís Henrique da Cunha

Sonia Maura Coelho

Tatiana Neves Figueira

Equipe Técnica de Elaboração

Darcita Buerger Rovaris

Gilberto Ramos Sandin

Laura Pereira de Ourique

Ligia Castellon Grynger

Luciane Cauduro Lima

Luís Henrique da Cunha

Nadmari Celi Grimmes

Simone Meireles Silva Pacheco

Tatiana Neves Figueira



ÍNDICE

1.	Introdução	4
2.	Tuberculose no Brasil e Classificação dos Cenários	5
3.	Perfil Epidemiológico da Tuberculose em Santa Catarina	8
4.	Populações Vulneráveis	9
	4.1 <i>Pessoas Privadas de Liberdade (PPL)</i>	9
	4.2 <i>População Indígena</i>	10
	4.3 <i>Pessoas Vivendo com TB/HIV/AIDS</i>	11
	4.4 <i>População em Situação de Rua</i>	12
5.	Etapas da Construção do Plano de Santa Catarina	13
6.	Classificação dos Cenários em Santa Catarina	14
7.	Programa Estadual no Controle da Tuberculose	15
8.	Pilares e Princípios da Estratégias pelo Fim da Tuberculose.....	16
9.	Objetivo	16
	9.1 <i>Objetivos Específicos</i>	17
10.	Foco e Metas do Plano Estadual	17
11.	Responsabilidades	18
	11.1 <i>Compete a Instância Estadual</i>	18
	11.2 <i>Compete a Instância Municipal</i>	19
12.	Ações Estratégicas	20
13.	Indicadores do Plano	23
14.	Monitoramento de Indicadores e Metas	24
15.	Monitoramento, Avaliação das Ações e Certificações.....	25
16.	Considerações Finais	25
17.	Referências	26

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é um grave problema de saúde pública mundial, milhares de pessoas ainda adoecem e morrem devido a doença e suas complicações. Em 2014, foi aprovado um plano de estratégia global para enfrentamento da tuberculose, com a meta de um mundo livre da doença até 2035, na Assembleia Mundial de Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS). Neste contexto, o Brasil é citado como destaque por ser o principal proponente de estratégias e por sua experiência com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Como parte do esforço global para a redução do coeficiente de incidência e mortalidade, a Coordenação-Geral do Programa Nacional de Tuberculose/ Ministério da Saúde (PNCT/MS), decidiu elaborar um plano com o objetivo de diminuir a incidência da tuberculose como problema de saúde pública no Brasil e atingir a meta de menos de 10 casos por 100.000 habitantes, sendo que este documento foi apresentado aos Estados no ano de 2017.

Na perspectiva da proposta, esse plano servirá como subsídio para o planejamento das ações in loco que permitam a redução dos indicadores de tuberculose nos municípios e caberá aos profissionais envolvidos, elaborar estratégias factíveis que ampliem o acesso à informação sobre a prevenção, diagnóstico e ao tratamento da tuberculose, resultando na diminuição da incidência e do número de mortes pela doença.

Para operacionalizar o Plano de Estratégias e, diminuir a incidência da tuberculose, foi lançado pelo Stop TB Partnership o Plano Global 2016-2020, o qual propõe uma mudança de paradigma, especialmente no que diz respeito às populações vulneráveis. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) do Ministério da Saúde, definiu as populações prioritárias sendo: população em situação de rua (PSR), privada de liberdade (PPL), indígena e as pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA).

A nova estratégia, segundo o Ministério da Saúde, quando reforça e recomenda a busca de parcerias com outros setores, visa a priorização das populações mais vulneráveis, apoio da sociedade civil, assistência social, Ministério Público entre outros formuladores de políticas sociais e de saúde, o que motivou a elaboração do Plano Estadual para o enfrentamento da doença, com ênfase neste público. Nesse novo cenário voltado para a realidade de Santa Catarina, além de todas as medidas necessárias no campo das articulações intra e intersectoriais que será de grande relevância, o Programa Estadual no Controle da Tuberculose (PECT-SC), lança este Plano para instrumentalizar gestores, profissionais de saúde e demais seguimentos da sociedade engajados na luta contra a doença.

2. TUBERCULOSE NO BRASIL E CLASSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS

O MS divulgou dados do ano de 2019, onde foram diagnosticados 73.864 novos casos de tuberculose no Brasil, o que correspondeu um coeficiente de incidência de 35 casos por 100 mil habitantes. Em 2018, foram registrados 4.490 óbitos em decorrência da doença, o que equivale a um coeficiente de mortalidade de 2,2 óbitos/100 mil hab.

A Estratégia tem como visão “um mundo livre da tuberculose: zero morte, zero casos novos e zero sofrimento devido à doença” (WHO, 2017) e por objetivo o fim da epidemia global.

Para o enfrentamento da tuberculose no país, levando em consideração as diferenças locais na adoção de estratégias, foram definidos dois cenários, e estes, subdivididos em oito subcenários, levando em consideração a situação socioeconômica, epidemiológica e operacional a serem trabalhados nos próximos anos e que tivessem relação com metas de redução da doença, sendo:

CENÁRIO 1. Características dos locais com melhor condição socioeconômica associada ao coeficiente de incidência de tuberculose

Subcenário 1.0

Municípios que, em média, possuem a menor taxa de desemprego e o menor percentual médio da população com mais de duas pessoas por dormitório. Além disso, apresentam a menor média do coeficiente de AIDS, considerando todos os demais cenários. Esses municípios não notificaram casos de tuberculose em 2014 e/ou 2015.

Subcenário 1.1

Esse grupo de municípios apresenta, em média, o menor coeficiente de incidência de TB, AIDS e mortalidade por TB entre os municípios que apresentaram casos de tuberculose em 2014 e 2015.

Seus casos novos possuem elevado percentual médio de cura e baixo percentual de casos transferidos ou com desfecho ignorado, bem como elevada investigação de contatos.

As principais vulnerabilidades dos casos novos são a coinfeção com o HIV (8,0%) e ser população privada de liberdade (PPL) (4,2%). Compõem esse grupo municípios em estágio avançado de controle da doença.

Subcenário 1.2

Em média, esse grupo apresenta coeficiente de incidência de TB, AIDS e mortalidade por TB relativamente baixos. No entanto, o elevado percentual médio de casos novos com encerramento como transferência ou ignorado dificulta a análise do desempenho das ações de controle da TB nesses locais, uma vez que os indicadores sobre cura e abandono ficam prejudicados.

Acrescenta-se a média baixa de investigação de contatos. Em média, 19,2% dos casos novos possuem, pelo menos, uma vulnerabilidade, com destaque para o HIV (7,7%), PPL (6,7%) e pessoa em situação de rua (1,9%), sendo que, para esta última, a média de seu percentual supera o de todos os demais subcenários. Esses municípios carecem de melhoria no sistema de informação.

Subcenário 1.3

Em 2015, os municípios que compõem esse grupo notificaram 27,8% dos casos novos de tuberculose do País. Do total de capitais, 12 estão nesse grupo. Apresentam, em média, o maior coeficiente de incidência de TB e AIDS quando comparado a todos os demais subcenários, bem como o maior percentual médio de abandono (8%) entre os municípios que compõem o cenário 1, com um percentual considerável de transferência e ignorados (11%).

Entre todos os demais grupos, foi o que apresentou maior percentual médio de casos novos com pelo menos uma vulnerabilidade (22%), com destaque para a coinfeção com o HIV. Apesar dos desafios, revela uma endemia concentrada em populações vulneráveis, com necessidade para focalização das ações de controle da TB.

*Fonte: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose.

CENÁRIO 2. Características dos locais com condição socioeconômica desfavorável associada ao coeficiente de incidência de tuberculose.

Subcenário 2.0

Municípios que, em média, não possuem bons indicadores socioeconômicos quando comparados com os demais subcenários e que, no entanto, não notificaram casos de tuberculose em 2014 e/ou 2015.

Acredita-se que haja subnotificação de casos de TB no Brasil e, em comparação ao subcenário 1.0, é mais provável que a subnotificação ocorra com maior frequência nesse grupo.

Subcenário 2.1

Esse grupo apresenta o menor coeficiente médio de incidência de TB, AIDS e mortalidade por TB entre aqueles que pertencem ao cenário 2. No entanto, o elevado percentual de casos novos com encerramento como transferência ou ignorado (81,8%), a menor média para a investigação de contatos (36,5%) e testagem para o HIV (52,3%) podem representar a ausência de atividades de controle da TB, como o acompanhamento e a busca ativa de casos, o que sugere baixa detecção e a existência de subnotificação.

Em média, 15,6% dos casos novos possuem, pelo menos, uma vulnerabilidade, com destaque para o HIV (9,8%), que supera o percentual de todos os demais subcenários.

Subcenário 2.2

Os municípios que compõem esse grupo apresentam, em média, o segundo maior coeficiente de incidência de TB e o maior coeficiente de mortalidade por TB entre todos os subcenários. Além disso, possuem elevado percentual médio de casos novos com encerramento como transferência ou ignorado (37,0%), baixa investigação de contatos (60,5%) e testagem para o HIV (53,5%).

Em média, apresenta o menor percentual de casos novos com pelo menos uma vulnerabilidade (10,6%), revelando uma epidemia menos concentrada em populações vulneráveis. A ausência de atividades de controle da TB, associada ao elevado coeficiente de mortalidade por TB, sugere a baixa detecção e o diagnóstico tardio da doença.

Subcenário 2.3

Do total de capitais, 14 estão representadas nesse grupo e, juntas, somam 56,3% dos casos novos de tuberculose notificados em 2015. Apresentam em média o maior coeficiente de incidência de AIDS dos municípios que compõem o cenário 2 e o segundo maior coeficiente de mortalidade por TB entre todos os subcenários.

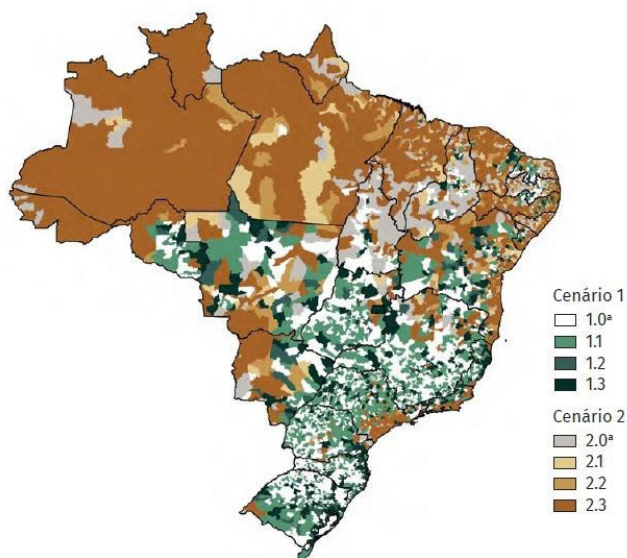
Aproximadamente, em média, 80% dos casos novos foram curados e 8,2% abandonaram o tratamento. O grupo possui um dos menores percentuais de casos encerrados como transferência/ignorado (4,6%) e os maiores percentuais de investigação de contatos (69,6%) e testagem para o HIV (67,2%) entre o cenário 2.

Em média, apresenta 14,3% de seus casos novos com pelo menos uma vulnerabilidade, com destaque para a coinfeção com o HIV (5,6%) e PPL (4,1%) e população indígena (3,5%).

Esse grupo de municípios revela que, apesar dos desafios epidemiológicos da doença – como, por exemplo, o fenômeno da AIDS – e das vulnerabilidades que aumentam o risco de TB – como, por exemplo, nos presídios –, é possível obter bons indicadores operacionais da doença.

**Fonte: Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose

Figura 1. Municípios segundo o Cenário 1 e 2 Socioeconômico, Epidemiológico e Operacional para Tuberculose:

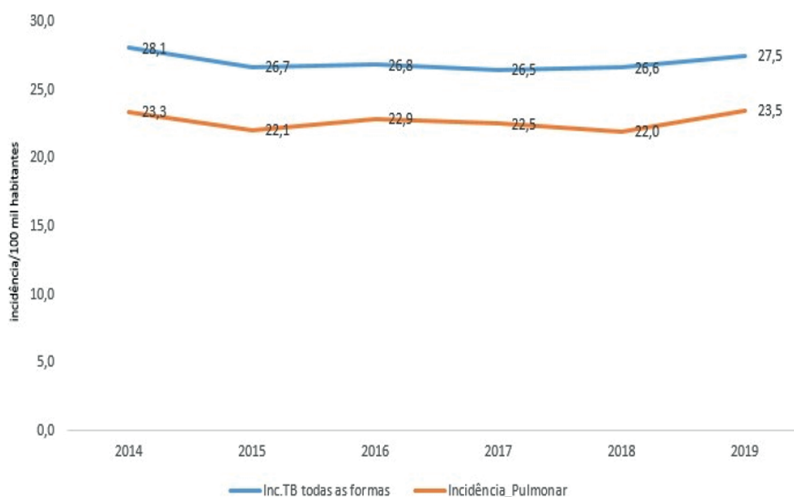


Fonte: Programa Nacional de Controle da Tuberculose.
 *Subcenários com municípios que não apresentaram casos notificados em 2014 ou 2015.

3. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM SANTA CATARINA

No monitoramento dos indicadores de tuberculose no Estado de Santa Catarina no ano 2019, foram notificados 1.976 casos apresentando uma incidência de 27,5 casos por 100.000 habitantes de tuberculose em todas as formas da doença. Pela forma pulmonar, nesse mesmo período, a incidência foi de 23,5 casos por 100.000 habitantes, conforme mostra a figura 2. Percebe-se que a incidência vem se mantendo estável para as duas formas.

Figura 2. Coeficiente de Incidência de Tuberculose (por 100.000 habitantes). Santa Catarina, 2014 a 2019.

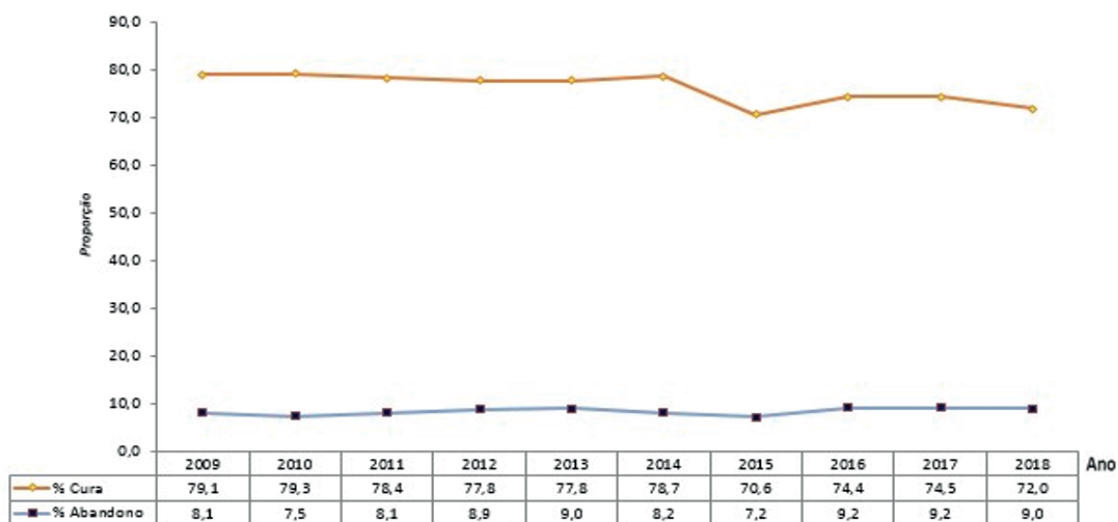


Para os casos de tuberculose (novo ou retratamento), deve-se realizar o tratamento diretamente observado (TDO), pois não é possível prever quais irão aderir ao tratamento.

Taxas de cura inferiores a meta preconizada de 85% e de abandono superiores a 5%, demonstram a necessidade de estratégias mais eficientes na cobertura do tratamento diretamente observado.

Em 2018, do total de casos novos diagnosticados no Estado, 72% tiveram encerramento por cura e 9 % encerraram por abandono de tratamento conforme mostra a figura 3.

Figura 3. Proporção de Cura e Abandono de Tuberculose. Santa Catarina, 2009 a 2018.



4. POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Alguns grupos populacionais possuem maior vulnerabilidade devido às condições de saúde e de vida a que estão expostos. Quanto as chances de adoecer a pessoa em situação de rua (PSR) tem 32 vezes mais chances em desenvolver tuberculose, a pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA) 28 vezes, o indígena 3 vezes e o privado de liberdade (PPL) 28 vezes mais chances.

Na avaliação do total de casos no ano 2019, 455 pessoas com vulnerabilidade tiveram tuberculose, ou seja, 120 pessoas privadas de liberdade, 63 são população em situação de rua, 5 são indígenas e 272 são coinfectados (TB/HIV).

4.1. PESSOAS PRIVADAS DE LIBERDADE (PPL)

A saúde da PPL é direito garantido em legislações internacionais e nacionais (UNITED NATIONS, 1988, BRASIL, 1984) que define a responsabilidade do Estado. A garantia do acesso das PPL às ações e serviços de saúde no âmbito do SUS constitui uma responsabilidade partilhada pelos Ministérios Extraordinário da Segurança

Pública (MESP), estado e municípios, de acordo com a preconização da Política Nacional de atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Segundo O Manual de Controle da Tuberculose no Brasil, estima-se que são 630.000 PPL no País, distribuídos em 1.436 unidades prisionais e, o risco de adoecer é partilhado entre agentes prisionais, profissionais de saúde, visitantes e entre todas as pessoas que frequentam as prisões. A mobilidade do preso dentro do sistema carcerário, centro de saúde e comunidade, aumenta esse risco, bem como as chances dessa população em adoecer por tuberculose é de 28 vezes do que a população em geral. Atualmente, em Santa Catarina, a população privada de liberdade é de 21.862 apenados. Dentre eles, 120 pessoas tiveram tuberculose no ano 2018 onde 75% obtiveram cura, 5% foi de abandono de tratamento e os demais casos tiveram outros desfechos.

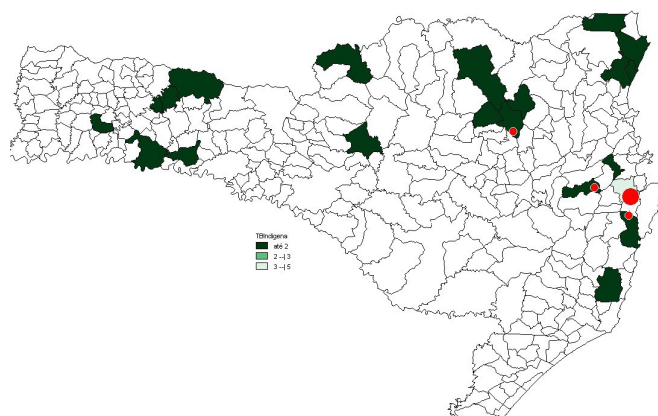
4.2. POPULAÇÃO INDÍGENA

Segundo o Manual de Controle da Tuberculose, no ano de 2010 o Brasil contabilizava 546.949 indígenas, representando 210 tribos, que falam mais de 170 línguas, residem em 3.751 aldeias, distribuídas em 611 territórios.

A partir de 1999, por meio da Lei nº 99.836 foi criado o subsistema de atenção indígena à saúde indígena no âmbito do SUS. Com isto, foram criados 34 Distritos dinâmicos que configuram um modelo de organização dos serviços, que em tese, possui uma rede de serviço de atenção básica.

No Estado de Santa Catarina, a população indígena no ano de 2018 contabilizava 5.493 indivíduos: 2.837 homens e 2.656 mulheres. Deste total, 9 pessoas indígenas foram diagnosticadas com tuberculose e notificadas no SINAN, o que equivale a 0,48% dos casos totais notificados (1.873) no estado conforme Figura 4, com a maior concentração de casos na Grande Florianópolis. A população indígena apresenta 3 vezes chances em desenvolver a tuberculose do que a população em geral.

Figura 4. Distribuição da População Indígena em Santa Catarina e Casos de Tuberculose no Ano 2018.



Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SUV/SES/SC; IBGE, 2018.

4.3. PESSOAS VIVENDO COM TB/ HIV/AIDS

Com o surgimento e disseminação da AIDS ocorreu uma mudança no perfil epidemiológico da tuberculose, resultando no aumento da mortalidade e morbidade, pois há uma interação sinérgica entre a tuberculose e HIV, ou seja, cada infecção acentua a progressão da outra: o portador de HIV em relação à população em geral tem 28 vezes mais chances de se infectar pelo bacilo da TB (OMS). A infecção pelo HIV é considerada hoje, um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da tuberculose ativa, portanto, representam desafios adicionais em escala mundial.

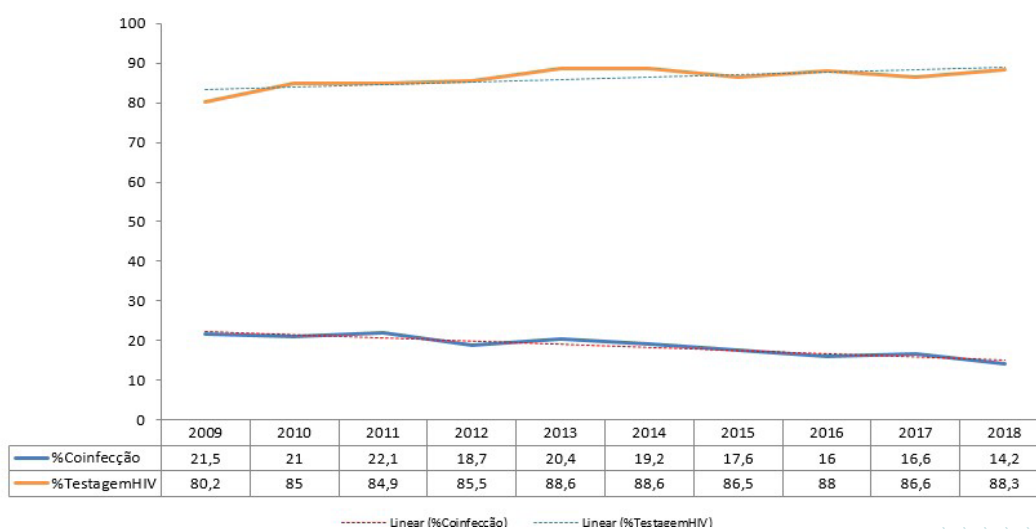
A elevação das taxas de coinfeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) determina desafios que impedem à redução da incidência de ambas as infecções, o que tem gerado um dos principais problemas de saúde pública ao longo dos últimos anos. Isto se deve ao fato de que essas infecções aumentem a mortalidade entre pacientes coinfectados.

O diagnóstico da coinfeção TB/HIV depende das condições e sintomas que os pacientes apresentam, sendo necessária a investigação, através de exames microbiológicos e imunológicos.

O Ministério da Saúde recomenda que todos os casos diagnosticados com tuberculose realizem o teste anti-HIV, no entanto, esta recomendação nem sempre é seguida, além de muitos serviços demorarem na atualização das informações.

Em Santa Catarina, ao longo da série histórica, a testagem para HIV nos pacientes com tuberculose mostra uma tendência de crescimento, enquanto a proporção de coinfectados variou até 2012, quando apresentou uma ligeira queda (Figura 5). No total, foram 272 casos com TB/HIV, com um percentual de 13,8% de coinfeção no Estado no ano de 2018.

Figura 5. Proporção de Coinfeção e Testagem para HIV. Santa Catarina, 2009 a 2018.



Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SUV/SES/SC; IBGE, 2018.

4.4 POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA

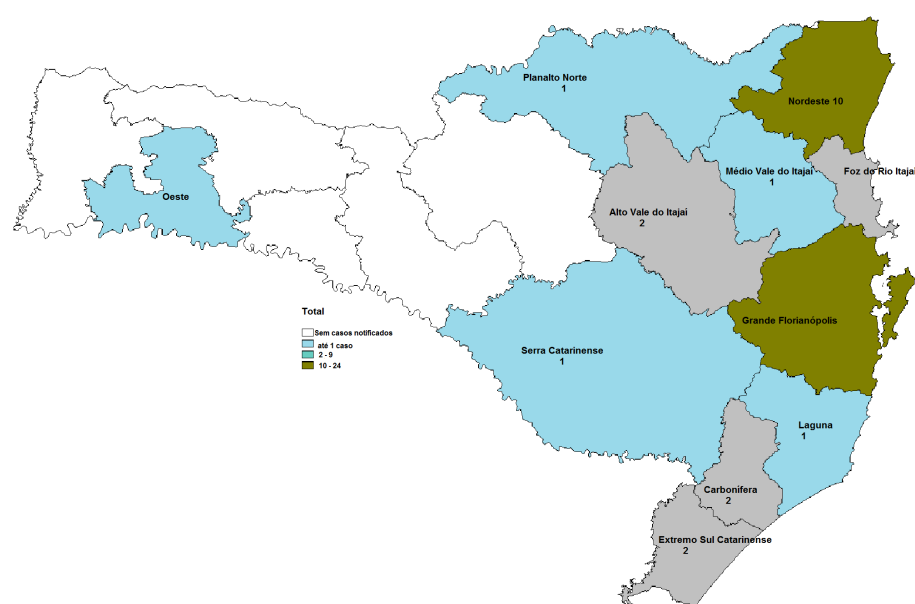
O decreto Presidencial nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PSR), e a criação do respectivo Comitê Intersetorial de acompanhamento e monitoramento desta política. A PSR é definida como grupo heterogêneo onde possuem em comum a pobreza extrema, o vínculo familiar fragilizado, muitos sem moradia e que utiliza os logradouros públicos espaço de moradia e sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite com tempo limitado ou moradia provisória.

As condições de vulnerabilidade que vivenciadas, são marcadas por uma gama de privações e fatores psicossociais que geram sofrimentos físicos e emocionais, o que aumenta os riscos maiores para a saúde desse grupo, representando um desafio a efetivação de políticas de saúde que deem conta dessa situação.

No Brasil, existem poucos dados disponíveis sobre a tuberculose na população em situação de rua que permitam traçar com clareza o seu perfil de adoecimento e/ou de suas representações sobre os processos de saúde e doença. Mas, por meio dos estudos realizados, bem como mediante depoimentos de pessoas vivendo em situação de rua e de técnicos que trabalham junto a elas, estima-se que se trate de um grave problema de saúde, sempre com elevada taxa de incidência e de abandono do tratamento.

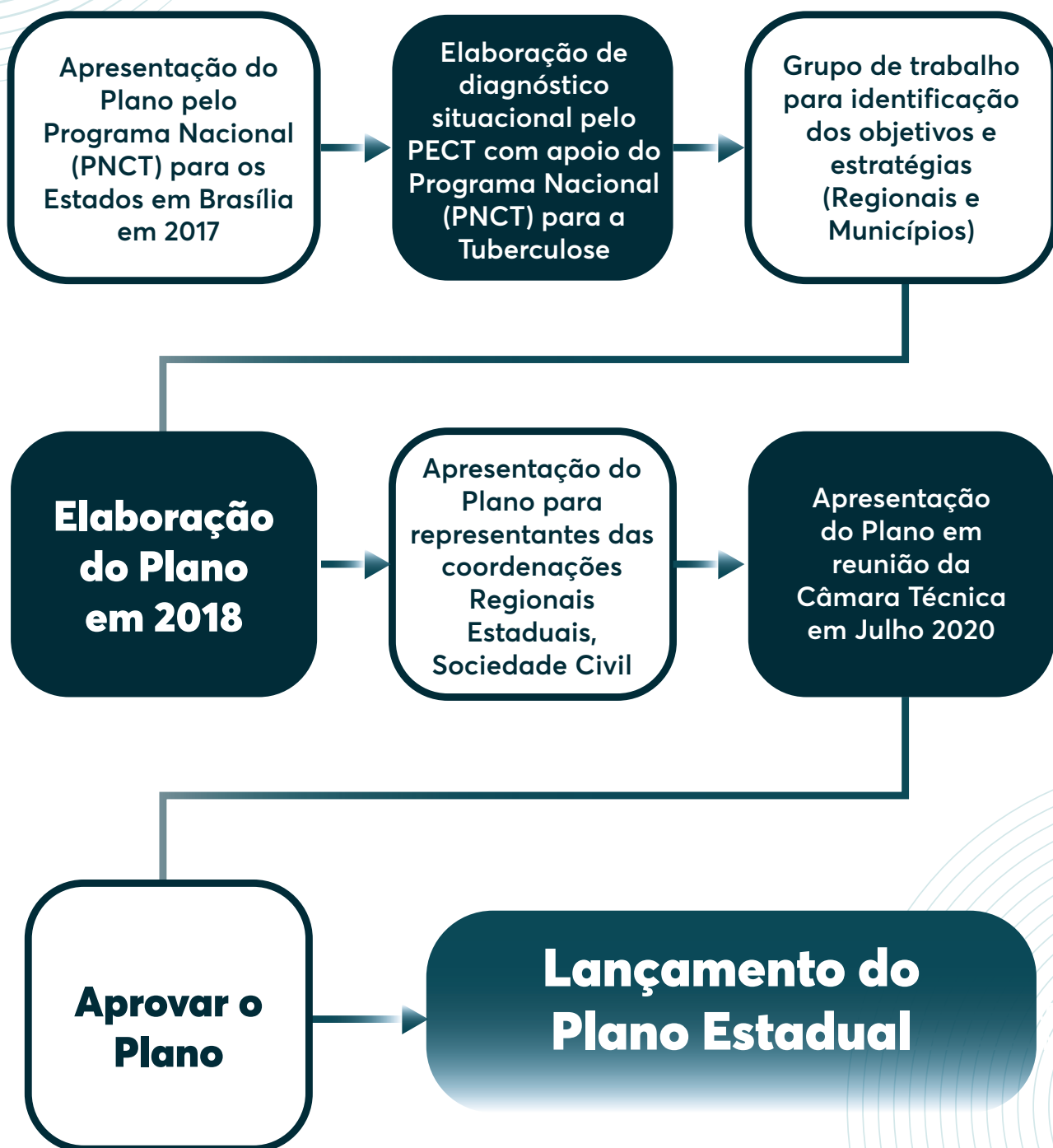
Essa população é considerada pelo Ministério da Saúde como um grupo de elevada vulnerabilidade (BRASIL, 2011). As chances para que esse grupo adoça por tuberculose é de 32 vezes do que a população em geral. No ano de 2018 foram notificados 54 casos de tuberculose PSR (figura 6).

Figura 6. Distribuição da Frequência dos Casos de Tuberculose na População em Situação de Rua Segundo 16 Regiões de Saúde. Santa Catarina, 2018.



Fonte: SINAN/DIVE/SUV/SES/SC/

5. ETAPAS DA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE SANTA CATARINA

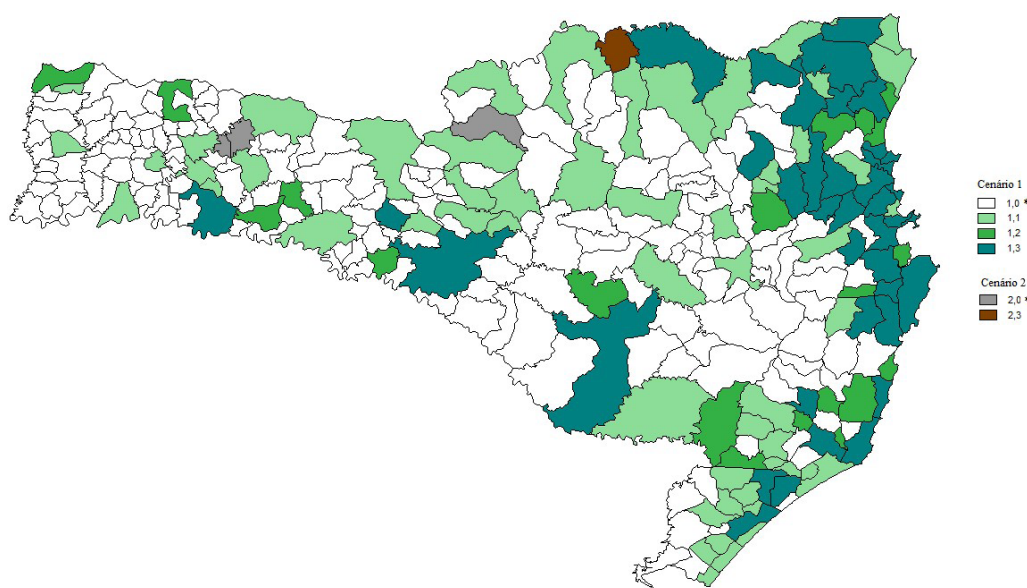


6. CLASSIFICAÇÃO DOS CENÁRIOS EM SANTA CATARINA

Para contemplar as diferenças locais na adoção de estratégias para o enfrentamento da tuberculose, foram definidos os cenários em Santa Catarina a serem trabalhados nos próximos anos e, que tivessem relação com a meta de redução da incidência da doença no Brasil. Cada cenário apresenta características que facilitam o planejamento nos municípios, além de auxiliar na identificação de prioridades para cada um desses locais.

Considerando o cenário atual de Santa Catarina, conforme a figura 7, os 295 municípios foram classificados em cenário 1 e 2 com subcenários (1.0, 1.1, 1.2 e 1.3, 2.0 e 2.3). Na classificação do Programa Nacional temos 174 no subcenário 1.0, 55 municípios no subcenário 1.1, 20 no subcenário 1.2, 40 municípios no subcenário 1.3, 4 municípios no subcenário 2.0 e 1 município no subcenário 2.3. Os municípios de Xanxerê, Xavantina e Xaxim foram classificados no subcenário 2.0 e Zortéa no subcenário 2.3. O município Pescaria Brava não teve avaliação nos anos 2014 e 2015, pois não apresentava código do IBGE implantado.

Figura 7. Cenários de Santa Catarina



Fonte: SINAN/GEVRA/DIVE/SUV/SES/SC; IBGE, 2018

7. PROGRAMA ESTADUAL NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

FORTALEZAS	DESAFIOS
Diagnóstico e Tratamento padronizado no SUS.	Sustentabilidade política e administrativa para o desenvolvimento das estratégias e atividades necessárias para o enfrentamento da tuberculose nas populações vulneráveis nas esferas estadual e municipal e pactuar o Plano em CIB.
Elevada cobertura de BCG em SC	Rotatividade de profissionais de saúde.
Ampliação da descentralização das ações de detecção na atenção primária.	Expandir o Tratamento Diretamente Observado (TDO).
Implantação da rede de Teste Rápido Molecular	Diminuir as notificações de casos pelos hospitais.
Criação de um Comitê no controle da tuberculose em 2012.	Articular e fortalecer parceria com o Ministério Público Estadual buscando apoio quanto às populações em situação de vulnerabilidades.
Parcerias intrasetoriais e intersetoriais: Programa IST/HIV/Hepatites Virais, Ministério Público Estadual, Comitê Estadual, Sistema Prisional, Consultório de Rua, DESEI (Indígenas), Hospital de referência (H. Nereu Ramos) e Hospital Santa Tereza. Atenção Primária à Saúde.	Intensificar a busca ativa dos sintomáticos respiratórios nos municípios (1% da população); diminuir o abandono de tratamento e aumentar a cura bacilífera.
Existência de uma Rede de Pesquisa entre Coordenação e Município de Joinville na Infecção Latente da Tuberculose com o medicamento Isoniazida (H)300 mg.	Ampliar o Teste Rápido Molecular para a Região Oeste.
Existência de Teleconsulta em casos clínicos de Tuberculose (2019) com parceria com o Telesaúde.	Implantar a Vigilância do Óbito da TB

8. PILARES E PRINCÍPIOS DAS ESTRATÉGIAS PELO FIM DA TUBERCULOSE

Pilar 1	Pilar 2	Pilar 3
Prevenção e cuidado integrado e centrado no paciente;	Políticas arrojadas e sistema de apoio;	Intensificação da pesquisa e inovação.

Princípios

Liderança e responsabilização de governo, com componentes de Monitoramento e Avaliação.

Forte coalisão com as organizações da sociedade civil e comunidades.

Proteção e promoção dos direitos humanos, da ética e da equidade.

Adaptação da estratégia e das metas pelos países, com colaboração global.

9. OBJETIVO

Estabelecer compromisso entre Estado e Municípios para implementar estratégias e definir responsabilidades para efetivo enfrentamento da tuberculose, afim de reduzir o abandono, aumentar o índice de cura e diminuir a incidência de novos casos na população geral e ou vulnerável, desta forma eliminando a doença como problema de saúde pública no estado de Santa Catarina.

9.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Pilar 1	Pilar 2	Pilar 3
Diagnosticar precocemente todas as formas de tuberculose, com oferta universal de cultura e teste de sensibilidade, incluindo o uso de testes rápido;	Fomentar ações para garantir a realização das atividades de cuidado e prevenção da doença com recursos adequados (humanos, infraestrutura e financeiros);	Estabelecer parcerias para fomentar a realização de pesquisas no País em temas de interesse para saúde pública;
Tratar de forma adequada e oportuna todos os casos diagnosticados de tuberculose visando à integralidade do cuidado;	Fortalecer a articulação intra e intersetorial para garantia dos direitos humanos e cidadania nas ações de controle da doença;	Promover a incorporação de iniciativas inovadoras para aprimorar o controle da tuberculose.
Intensificar as atividades colaborativas TB-HIV;	Fortalecer a participação da sociedade civil nas estratégias de enfrentamento da doença.	
Intensificar as ações de prevenção.		

10. FOCO E METAS DO PLANO ESTADUAL

- Estabelecer acordo de responsabilidade entre Estado e municípios para o cumprimento das estratégias para melhorar a efetividade das ações no enfrentamento da doença;
- Tratar os casos de tuberculose diagnosticados e curar $\geq 73\%$ em 2021, $\geq 74\%$ em 2022, $\geq 75\%$ em 2023, $\geq 76\%$ em 2024, $\geq 77\%$ em 2025; $\geq 78\%$ em 2026; $\geq 79\%$ em 2027; $\geq 80\%$ em 2028 e manter $\geq 80\%$ em 2029;
- Reduzir o abandono de tratamento em percentuais para $< 5\%$, conforme parâmetro nacional;
- Articular e mobilizar em parceria com Atenção Básica estratégias de busca do sintomático respiratório e tratamento diretamente observado (TDO) em todos os municípios do Estado.

11. RESPONSABILIDADES

Para o desenvolvimento das estratégias, dada a divisão de poderes entre as três esferas de governo e a autonomia de cada um deles, as iniciativas políticas tornam-se altamente interdependentes, o que exige a construção e a integração de parcerias entre os políticos federados (União, estados, Distrito Federal e municípios).

Cada esfera de gestão do SUS possui seus respectivos órgãos e diferente distribuição de competências, conforme apresentado no quadro de competências.

11.1. COMPETE A INSTÂNCIA ESTADUAL

- Gerenciar e executar supletivamente as ações de controle da TB;
- Programar, analisar, monitorar, gerir, supervisionar e assessorar tecnicamente as regionais de saúde e municípios referentes aos medicamentos estratégicos da tuberculose;
- Realizar articulação inter e intrassetoriais que possam fortalecer as ações de controle da tuberculose;
- Promover e participar das capacitações de recursos humanos na área de tuberculose, apoiando a integração entre instituições de ensino e o serviço.
- Executar as rotinas de vinculações;
- Assessorar as coordenadorias regionais na implantação e/ou implementação do Programa de Controle da TB nos municípios;
- Monitorar os indicadores epidemiológicos e acompanhar o cumprimento das metas estabelecidas nos instrumentos de gestão do SUS;
- Apoiar os programas municipais na identificação e na capacitação dos serviços de saúde sobre ações dos serviços de TB;
- Gerenciar e monitorar os casos de tratamentos especiais no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB);
- Fortalecer parceria com Lacen e participar do planejamento das ações de diagnóstico bacteriológico e controle de qualidade;
- Analisar e divulgar informações epidemiológicas por meios de boletins, informes e utilizá-los definindo prioridades, planejamento e monitoramento;
- Apoiar o desenvolvimento de pesquisas nos âmbitos estadual e municipal;
- Priorizar municípios para o controle da TB, segundo critérios epidemiológicos e operacionais;
- Elaborar material educativo e informativo;
- Realizar visita de monitoramento das ações de controle da TB aos municípios prioritários;
- Estimular a organização e a participação da sociedade civil no controle da tuberculose.

11.2. COMPETE A INSTÂNCIA MUNICIPAL

- Executar as ações para o controle da tuberculose (in loco) e supervisionar/monitorar no nível central do município;
- Realizar articulações inter e intrasetoriais que possam fortalecer as ações de controle da tuberculose;
- Monitorar os indicadores epidemiológicos, bem como acompanhar o cumprimento de metas propostas nos instrumentos de gestão do SUS;
- Coordenar a busca ativa de sintomáticos respiratórios no município, bem como supervisionar e, participar da investigação e do controle dos contatos de pessoas com tuberculose na comunidade;
- Notificar no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) os casos de tuberculose, bem como acompanhá-lo, por meio do sistema de informação, durante todo o tratamento, com a geração de boletins de acompanhamento mensal;
- Analisar e divulgar informações epidemiológicas por meio de boletins e informes e utilizá-las para fins de definição de prioridades, planejamento, monitoramento, avaliação, bem como para o fortalecimento da transparência ativa e do controle social;
- Realizar visitas de monitoramento das ações de controle da tuberculose aos serviços de saúde;
- Assegurar a realização dos exames diagnósticos, conforme preconizado nas normas. Participar da operacionalização do tratamento diretamente observado no município e acompanhar as medidas de controle preventivas e profiláticas;
- Providenciar, junto ao órgão regional ou estadual, os medicamentos para o tratamento da tuberculose e distribuí-los às respectivas unidades de saúde;
- Articular-se com as unidades executoras, com a equipe da Estratégia Saúde da Família e/ou o agente comunitário e com os segmentos organizados da comunidade, visando aperfeiçoar as ações de controle da tuberculose em todas as suas fases, inclusive com a participação da sociedade civil na promoção à saúde e no controle social das ações realizadas pelos três níveis de governo;
- Estimular a organização e a participação da sociedade civil;
- Elaborar e distribuir materiais educativos;
- Identificar e organizar a rede de laboratórios locais e suas referências municipais, regionais e estaduais.

12. AÇÕES ESTRATÉGICAS

PILAR 1

Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose

Objetivo específicos 1

Diagnosticar precocemente todas as formas de tuberculose, com oferta universal de cultura e teste de sensibilidade, incluindo o uso de testes rápido;

Tratar de forma adequada e oportuna todos os casos diagnosticados de tuberculose visando à integralidade do cuidado;

Intensificar as atividades colaborativas TB-HIV;

Intensificar as ações de prevenção.

Ações	Subcenários
<p>Capacitar Profissionais da Saúde no Manejo Clínico da Tuberculose;</p> <p>Ampliar o acesso aos métodos diagnósticos com o teste rápido molecular, baciloscopia, cultura, teste de sensibilidade, entre outros;</p> <p>Promover ações que garantam o acesso ao diagnóstico oportuno da tuberculose sensível e resistente, tendo em vista o início oportuno do tratamento;</p> <p>Intensificar a busca ativa de casos, consideradas as particularidades das populações mais vulneráveis nos territórios viabilizando o acesso ao diagnóstico;</p> <p>Intensificar a busca ativa dos Sintomáticos respiratórios e avaliação de contatos;</p> <p>Integrar ações de vigilância epidemiológica e assistência;</p> <p>Adotar estratégias, para acompanhamento do tratamento, capazes de reduzir os desfechos desfavoráveis;</p> <p>Desenvolver ações que favoreçam a adesão ao tratamento da tuberculose, como o tratamento diretamente observado e outras;</p> <p>Promover ações que viabilizem o tratamento adequado das populações mais vulneráveis, especialmente pessoas vivendo com HIV e população privada de liberdade, indígenas e população em situação de rua;</p> <p>Implantar a vigilância do óbito;</p> <p>Oferecer testagem para HIV a todas as pessoas com tuberculose;</p> <p>Diagnosticar e tratar a infecção latente da tuberculose em pessoas vivendo com HIV/AIDS;</p> <p>Manter altas e homogêneas coberturas vacinais de BCG.</p>	<p>1.0, 1.1, 1.2, 1.3, 2.0 e 2.3.</p>

PILAR 2

Políticas arrojadas e sistema de apoio

Objetivo específicos 2

Apoiar ações para garantir a realização das atividades de cuidado e prevenção da doença com recursos adequados (humanos, infraestrutura e financeiros);

Fortalecer a articulação intra e intersetorial para garantia dos direitos humanos e cidadania nas ações de controle da doença;

Fortalecer a participação da sociedade civil nas estratégias de enfrentamento da doença;

Melhorar a qualidade dos sistemas informatizados de registro de casos para tomada de decisão mais oportunas.

Ações	Subcenários
<p>Inserir ações de controle da tuberculose nos Planos Plurianuais;</p> <p>Pautar a tuberculose nas instâncias de pactuação e controle social;</p> <p>Implementar ações de comunicação, advocacy e mobilização social para ampliar a visibilidade da doença;</p> <p>Utilizar ferramenta informatizada para monitoramento do estoque de medicamentos de primeira linha;</p> <p>Propor políticas que promovam controle de infecção como estratégia de prevenção da doença;</p> <p>Pautar a tuberculose nas seguintes agendas de trabalho: Assistência Social, Educação, Justiça, Direitos Humanos, entre outros;</p> <p>Implementar as recomendações das políticas vigentes de articulação intra e intersetorial;</p> <p>Propor a elaboração de legislações que contribuam para proteção social da pessoa com tuberculose;</p> <p>Pautar a tuberculose nos meios de comunicação disponíveis;</p> <p>Estabelecer espaços de articulação entre gestão e sociedade civil para o controle da tuberculose através do Comitê Estadual;</p> <p>Fomentar ações comunitárias de mobilização social para o enfrentamento da doença;</p> <p>Apoiar as ações de comunicação, advocacy e mobilização social desenvolvidas pela sociedade civil;</p> <p>Incluir a participação da sociedade civil na elaboração de campanhas de comunicação de tuberculose e no monitoramento e na avaliação das ações de enfrentamento da tuberculose nas três esferas de gestão;</p> <p>Integrar os sistemas de informação para atender às necessidades da vigilância da tuberculose;</p> <p>Fortalecer a utilização dos sistemas de informação para registro dos casos.</p>	<p>1.0, 1.1, 1.2, 1.3, 2.0 e 2.3.</p>

Cronograma 2021 a 2029.

PILAR 3
Intensificação da pesquisa e inovação

Objetivo específicos 3

Apoiar e estabelecer parcerias para fomentar a realização de pesquisas em temas de interesse para saúde pública;

Apoiar a incorporação de iniciativas inovadoras para aprimorar o controle da tuberculose.

Ações	Subcenários
<p>Fortalecer a integração dos programas de controle da tuberculose com instituições acadêmicas e sociedade civil;</p> <p>Participar da implementação da agenda prioritária de pesquisas de tuberculose em todas as esferas de governo;</p> <p>Incentivar a divulgação dos resultados das pesquisas desenvolvidas;</p> <p>Incentivar a utilização dos resultados das pesquisas no enfrentamento da tuberculose;</p> <p>Estimular a troca e a implantação de experiências exitosas das ações de controle entre os programas de controle da tuberculose;</p> <p>Apoiar, de forma oportuna, novos medicamentos aos esquemas de tratamento da doença ativa e infecção latente (ILT).</p>	<p>1.0, 1.1, 1.2, 1.3, 2.0 e 2.3.</p>

Cronograma 2021 a 2029.

13. INDICADORES DO PLANO

INDICADOR	CONSTRUÇÃO	UTILIDADE	PARÂMETRO
Proporção de sintomáticos respiratórios (SR) examinados dentre os estimados	Nº de SR examinados em determinado período/Nº de SR esperados em determinado período X 100	Estima 1% da população de SR por ano	Verde: > 70% Laranja: 51 a 60% Vermelho: < 50%
Proporção de casos de tuberculose testados para o HIV	Nº de casos de TB notificados com teste HIV realizado em determinado período	Reflete o quantitativo dos casos testados para HIV. Espera-se que 100% sejam testados	Verde: > 85% Laranja: 70 a 80% Vermelho: < 60%
Proporção de coinfeção TB/HIV	Nº de casos de tuberculose notificados com teste HIV realizado em determinado período/Nº de casos de TB notificado em determinado período X 100	Reflete o quantitativo dos casos de TB que foram testados para HIV. Espera-se que 100% dos casos de tuberculose sejam testados para HIV	Verde: ≥ 5% Laranja: 6 a 9% Vermelho: < 10%
Proporção de casos tuberculose curados	Nº de caso encerrado por cura X 100	Expressa a efetividade do tratamento, visando a redução da transmissão	Verde: ≥ 85% Laranja: 51 a 69% Vermelho: < 69%
Proporção de casos de tuberculose que abandonaram o tratamento	Nº de casos de TB notificados encerrado por abandono/ Nº casos de TB notificados X 100	Expressa a efetividade do tratamento, visando um melhor prognóstico do tratamento, assim reduzindo a resistência aos medicamentos	Verde: ≥ 5% Laranja: < 6% Vermelho: < 7%

14. MONITORAMENTO DE INDICADORES E METAS

INDICADOR	Fonte de Dados	Linha de Base (2019)	METAS 2021	METAS 2022	METAS 2023	METAS 2024	METAS 2025
Proporção de Sintomático Respiratório Examinandos nas populações vulneráveis	SINAN	58%	0%	65%	70%	75%	75%
Proporção de Casos de TB Testados para HIV	SINAN	≥86,8%	≥89%	≥90%	≥92%	95%	95%
Proporção de casos de tuberculose que realizaram TODO	SINAN	60%	65%	70%	75%	80%	85%
Proporção de Coinfecção TB/HIV	SINAN	14%	15%	12%	10%	8%	8%
Proporção de casos de abandono em Tuberculose	SINAN	8%	7%	6%	5%	5%	5%
Proporção de cura	SINAN	72%	72%	73%	75%	76%	80%

15. MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES

O objetivo deste item é promover o acompanhamento da implantação e fomento do Plano Estadual, recomenda-se o uso de rotinas de monitoramento e avaliação. Através destas tabulações, pode-se priorizar ações que necessitam de ajustes ou manter as ações que estão trazendo retornos positivos que poderiam ser compartilhadas em todas as esferas de gestão.

Essas atividades podem ser realizadas por método indireto e direto. O primeiro consistirá no acompanhamento da elaboração dos planos de trabalho, assim como indicadores epidemiológicos e operacionais.

O monitoramento direto tem como atividades as visitas técnicas, entre outros, oportunizando um momento para orientação e motivação dos profissionais, visando o aperfeiçoamento de habilidades e aprendizagem.

Durante a execução do plano, o Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PECT) propõe indicadores chaves com mais impacto, resultados expressivos e de processos a serem utilizados para verificação do desenvolvimento das ações. Sugere-se aos municípios a utilização dos mesmos indicadores, ou parte deles, para monitoramento, além do acompanhamento dos indicadores, deverão ser identificados, nos três níveis de gestão, locais para visitas de monitoramento e acompanhamento das ações.

16. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alcançar as metas preconizadas pelo Plano Estadual, sendo menos de 10 casos por 100 mil habitantes, redução no número de óbitos e os gastos catastróficos pelas famílias afetadas são os objetivos lançados no plano. Consolidar avanços, principalmente no que diz respeito ao diagnóstico da tuberculose e o aprimoramento da eficiência na rede de Atenção Primária à Saúde é fundamental para o sucesso do plano.

Em contrapartida, para que haja aceleração necessária no controle da doença, será preciso contar com inovações nas ações, instrumentos e parceiros. Atividades colaborativas, fomento à pesquisa e a implantação de novas estratégias serão de grande importância para alcançar as metas, além do monitoramento e avaliação permanentes. Soluções inovadoras virão, não somente a partir do fomento às pesquisas de todas as áreas do conhecimento que envolve o controle da tuberculose, como do desenvolvimento de saberes locais identificados através de parcerias com a sociedade civil e pesquisas operacionais.

Com este plano, o estado de Santa Catarina afirma seu compromisso com o desafio global de acabar com a tuberculose como problema de saúde pública e oferece aos programas municipais diretrizes e recomendações para a definição de suas estratégias locais, para juntos podermos vencer este desafio.

17. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde, Volume 45, nº2, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_2_2014>.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Disponível em: Acesso em 14 ago. 2017 <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio/741secretaria-svs/vigilancia-de-a-a-z/tuberculose?start=8>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Brasil Livre da Tuberculose: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Recomendações para o manejo da coinfeção TB-HIV em serviços de atenção especializada a pessoas vivendo com HIV/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FURTADO, Juvêncio José Duailibe. Prefácio. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. Manual Boas Práticas de Adesão HIV/AIDS. Prefácio. São Paulo, 2005. p. 5-6.

Melo TEMP. Políticas públicas e determinantes sociais da saúde: definição dos Municípios prioritários para o controle da tuberculose entre os povos indígenas no Brasil [monografia]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2012. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Experiências de monitoramento e avaliação no controle da tuberculose no Brasil. Brasília, 2013. Disponível em:<<https://drive.google.com/file/d/0B0CE2wqdEaR-VWxENktCVkRzVUE/edit>>.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Instrução Operacional conjunta SNAS/ MDS e SVS/MS nº 1 de setembro de 2014. Disponível em: <<https://drive.google.com/file/d/0B0CE2wqdEaR-RFhFMkpSVUZXMW8/view>>.

Ministério do Desenvolvimento Social. Secretaria Nacional de Assistência Social; Tuberculose. 2. Política Nacional de Controle da Tuberculose. 3. Políticas públicas em Saúde. I. Título. Ministério da Saúde. Resolução nº 444, de 6 de julho de 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2011/res0444_06_07_2011.html>. Acesso em: 17 abr. 2017.

