

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

JOSILENE GALVÃO DE SOUZA PIMENTEL

**IMPLEMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV  
NOS PACIENTES COM TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE  
IGARASSU - PE**

RECIFE  
2012

JOSILENE GALVÃO DE SOUZA PIMENTEL

**IMPLEMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV NOS PACIENTES COM  
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE IGARASSU-PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Magda Maruza Melo de Barros Oliveira

RECIFE

2012

**Catologação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

P644i Pimentel, Josilene Galvão de Souza.

Implementação do Diagnóstico de Infecção pelo HIV nos Pacientes com Tuberculose no Município de Igarassu - PE. / Josilene Galvão de Souza Pimentel - Recife: J. G. S. Pimentel, 2012.

26 p.

Monografia (Curso de Especialização de Sistema e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientadora: Magda Maruza Melo de Barros Oliveira.

1. Tuberculose. 2. HIV. 3. Diagnóstico Diferencial. 4. Coinfecção. I. Oliveira, Magda Maruza Melo de Barros. II. Título.

---

CDU 614.39

JOSILENE GALVÃO DE SOUZA PIMENTEL

**IMPLEMENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE INFECÇÃO PELO HIV NOS PACIENTES COM  
TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE IGARASSU-PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dr<sup>a</sup> Magda Maruza Melo de Barros Oliveira  
Hospital Correia Picanço

---

Dr<sup>a</sup> Eduarda Ângela Pessoa Cesse  
CPqAM/Fiocruz/PE

Ao Meu Pai (*in memoriam*) pelo incentivo incondicional, por acreditar no meu potencial e ao meu lado vibrar a cada nova vitória.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelas bênçãos dispensadas ao longo de toda minha vida, em especial durante este curso, onde me serviu de fonte de Fé e Esperança me fazendo permanecer firme quando as adversidades da vida me sugeriam desistir.

Ao meu amado esposo e companheiro, por cada palavra de conforto e por cada ato generoso de comigo partilhar os encantos e desencantos deste meu caminho.

A minha família querida, pelo amor a mim dedicado, em especial pelas palavras de esperança e pelas orações por minha plena recuperação.

Aos funcionários do Centro de Referência em Saúde Pública de Igarassu, por compreenderem a minha ausência e conduzirem com brilhantismo os trabalhos.

A secretária de saúde, Dra Shirley Correia, pela indicação e anuência para que eu pudesse participar deste curso.

Aos meus colegas de sala, pela solidariedade e manifestos de preocupação, em um momento tão especial de minha vida.

A Nancy e Semente, pela gentileza e dedicação durante todo o curso.

A minha querida Luciana Langlois, por preocupar-se com minha saúde e por contribuir diretamente para a construção deste plano.

A minha orientadora, Dra. Magda Maruza, que gentilmente me acolheu como sua orientanda, contribuindo para o meu crescimento acadêmico.

PIMENTEL, Josilene Galvão de Souza. **Implementação do Diagnóstico de Infecção pelo HIV nos Pacientes com Tuberculose no Município de Igarassu – PE.** 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

## RESUMO

Em 1993 a Tuberculose foi declarada mundialmente como uma emergência em saúde pública, desde então uma série de ações, planos e investimentos foram lançados objetivando seu controle. Obedecendo as diretrizes mundiais o Brasil também desenvolveu ações e definiu políticas públicas no intuito de controlar esta doença. Apesar de todos os esforços, a tuberculose mata anualmente cerca de 4,5 mil pessoas no Brasil. Com o advento da epidemia de AIDS, a tuberculose passou a ser uma das principais causas de morbidade e mortalidade em PVHIV. A elevação da taxa de coinfeção TB/HIV é hoje um grande desafio que impede a redução da incidência destes agravos no Brasil e no mundo. Embora a testagem para HIV em pacientes com TB seja definido como obrigatoriedade pelo Ministério da Saúde pouco mais de 70% dos pacientes realizam esta testagem, e destes apenas cerca de 50% recebem o resultado durante o tratamento para tuberculose. Essa realidade não é diferente no município de Igarassu, sendo assim, o presente projeto apresenta um Plano de Intervenção para Implementação do Diagnóstico de Infecção pelo HIV nos Pacientes com Tuberculose no Município de Igarassu – PE, através de ações que promovam a descentralização da testagem para HIV em pacientes com TB, além de ações de sensibilização e formação para profissionais e sociedade civil sobre os riscos da associação da tuberculose com o HIV.

**Palavras Chaves:** Tuberculose, HIV, Diagnóstico Diferencial, Coinfeção.

PIMENTEL, Josilene, Galvão de Souza. . Monograph Implementation of the Diagnosis of HIV Infection in Patients with Tuberculosis in the city of Igarassu - PE (Specialization in Management Systems and Health Services) – Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2012.

## **ABSTRACT**

In 1993, the Tuberculosis was declared world-wide emergency in public health, since then a series of action, plans and investments had been launched objectifying control it. Obeying to the world-wide lines of direction Brazil also it developed action and it defined public politics in intention to control this illness. Although all the efforts, the TB still kill today about 4,5 thousand people per year in all Brazil. With the advent of the AIDS epidemic, the tuberculosis it started to be one of the main causes of morbidity and mortality in PVHIV positive. The rise of the tax of co - infection TB/HIV is today a great challenge that hinders the reduction of the incidence of these grievance in Brazil and the world. Although the testing for HIV in patients with TB is defined as required for the Health department little more than 70% of the patients carries through this testing and from these only about 50% they receive the result during the treatment for tuberculosis. This reality is not different in the Igarassu City, thus, this project presents a Plan of Intervention for Implementation of the Diagnosis of Infection for the HIV in the Patients with Tuberculosis in the Igarassu City – FOOT, through actions that promote the decentralization of the testing for HIV in patients with TB, beyond action of awareness and formation for professionals and civil society on the risks of the association of the tuberculosis with the HIV.

Keywords: Tuberculosis, HIV, Differential Diagnosis, Coinfection.



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	09
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	13
2.1	Objetivo Geral .....	13
2.2	Objetivos Específicos .....	13
<b>3</b>	<b>DIRETRIZES</b> .....	14
3.1	Política .....	14
3.2	Financeira .....	14
3.3	Operacional .....	14
<b>4</b>	<b>METAS</b> .....	15
<b>5</b>	<b>ESTRATÉGIAS</b> .....	16
<b>6</b>	<b>PLANO OPERATIVO</b> .....	17
6.1	Período do Estudo .....	17
6.2	Área de Estudo .....	17
6.3	População de Referência .....	17
6.4	Etapas de Desenvolvimento do Projeto .....	17
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO</b> .....	20
<b>8</b>	<b>ORÇAMENTO</b> .....	21
8.1	Recursos Humanos Disponíveis .....	21
8.2	Recursos Materiais Disponíveis .....	21
8.3	Recursos Materiais Necessários .....	22
<b>9</b>	<b>VIABILIDADE DA PROPOSTA</b> .....	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	24

## 1 INTRODUÇÃO

Transcorridas quase duas décadas desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a tuberculose (TB) como uma emergência no mundo, esta doença continua a ser um grave problema de saúde pública. Estimativas da OMS pressupõem que dois bilhões de pessoas estão infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis*, entre as quais, 8 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano (BRASIL, 2011).

Equivocadamente considerada controlada nos anos 1980, especialmente nos países desenvolvidos (Rufino Netto, 2002) a TB é a maior causa de morbidade e mortalidade entre as doenças infecto-contagiosas no mundo. Nos países desenvolvidos atinge principalmente pessoas idosas, minorias étnicas e imigrantes estrangeiros. Já nos países em desenvolvimento afeta predominantemente a população privada de liberdade, moradores de rua, os mais pobres, os menos escolarizados, homens, pessoas vivendo com HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e indivíduos economicamente ativos (BRASIL, 2011).

Após iniciativas do Grupo dos países mais desenvolvidos economicamente do mundo e Rússia (G8), além das Nações Unidas, foi criado em 2002 o Fundo Global de Combate à AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), Tuberculose e Malária, tendo como objetivo mobilizar recursos internacionais para apoiar a resposta dos países no controle destas doenças. Cinco anos após a iniciativa mais de US\$ 5 bilhões de dólares foram investidos, destes recursos 17% foi destinado a tuberculose (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Diante da gravidade da situação da TB no mundo, o Brasil lançou em 1994 um Plano Emergencial como estratégia de combate a este agravo. Com um quadro de persistência do agravo no país, no ano de 1998 o Conselho Nacional de Saúde (CNS) do MS destacou a tuberculose como um problema prioritário de saúde no Brasil, estabelecendo então o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (RUFFINO-NETTO, 1999). Ainda em 1999, o MS tornou oficial a recomendação da estratégia do Tratamento Supervisionado (*Directly Observed Treatment Strategy* – DOTS), no Brasil denominado TS-DOTS. Porém, em função das modificações sofridas pelo setor de saúde nesse período, houve dificuldades para sua implantação (SANTOS, 2007).

Apesar de todos os esforços e da implantação de políticas públicas voltadas ao controle deste agravo, o Brasil se mantém entre os 22 países identificados pela OMS por concentrarem 80% da carga mundial de tuberculose. A partir de 2003 a TB foi colocada na agenda de prioridades das políticas públicas do Brasil. Neste período o MS pactuou o fortalecimento da estratégia de Tratamento Supervisionado com todas as esferas governamentais, como principal instrumento para atingir as metas internacionais de 70% de detecção de casos bacilíferos e 85% de cura dos pacientes tratados (SANTOS, 2007). No ano de 2005 uma avaliação da OMS englobando estes países, indicou que a taxa de cura da doença no Brasil era a nona pior do mundo (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).

Entende-se por bacilífero os indivíduos que apresentam baciloscopia de escarro positiva (BRASIL, 2011).

Em 2009, foram notificados 72 mil casos novos de TB, correspondendo a um coeficiente de incidência de 38/100.000 habitantes. Destes, 41 mil foram bacilíferos. Esses indicadores colocam o Brasil na 19ª posição em relação ao número de casos de TB e na 104ª posição em relação ao coeficiente de incidência (WHO, 2009).

Anualmente, ainda morrem no Brasil 4,5 mil pessoas por tuberculose, apesar dessa ser uma doença curável e evitável. A maioria dos óbitos ocorrem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares. Em 2008, a TB foi a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte dos pacientes com AIDS (BRASIL, 2011).

Desde 2001 as ações do Programa de Controle da Tuberculose (PCT) são de competência da atenção básica, sendo executadas em serviços, na USF (Unidade de Saúde da Família) e em ambulatórios tradicionais com equipes especializadas. Em 2006, a TB passou a ser uma ação estratégica do Plano Nacional de Atenção Básica, com indicadores para serem monitorados e avaliados (SCATENA et al., 2008).

Atualmente o Plano de Ação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), aprovado em 2004, fundamenta-se na descentralização e horizontalização das ações de Vigilância, prevenção e controle. Especialmente no âmbito dos cuidados primários de saúde, atenção às populações vulneráveis, com ênfase no combate a coinfeção TB/HIV. (SANTOS, 2007).

Mesmos com todos os recursos tecnológicos capazes de promover seu controle, ainda não há perspectivas de obter, em um futuro próximo, sua eliminação como problema de saúde pública, ao menos que novas vacinas ou medicamentos sejam desenvolvidos. Além disso, a associação da tuberculose com a infecção pelo HIV e a emergência e propagação de cepas resistentes surgem como desafios adicionais em escala mundial (BRASIL, 2011).

O Brasil notifica aproximadamente 90 mil casos de TB e mais de 34 mil casos de AIDS por ano (BRASIL, 2011). Com exceção da candidíase oral, a TB é a doença oportunista mais frequente em Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). Estudos mostram que essa é uma das principais causas de óbito nessa população. (SANTO et al., 2003).

Nunn et al (2005) afirma que a elevação das taxas de co-infecção pelo HIV e pelo bacilo da TB determina desafios que impedem a redução da incidência de ambas as infecções. Uma vez que, o aumento da prevalência global do HIV teve sérias implicações para os programas de controle da TB, especialmente nos municípios com alta prevalência dessa doença.

O tratamento para tuberculose conta com uma rede pública que se estruturou e descentralizou ao longo das últimas décadas, e com uma política de controle fortemente atrelada à atenção básica. Já a assistência à AIDS é relativamente recente e seu controle é centralizado nos níveis secundários e terciários de atenção a saúde. A interação entre estas duas doenças e o impacto negativo de uma sobre a outra, pode gerar resultados muito aquém das metas estabelecidas. Na tuberculose, os esforços não garantirão o sucesso se não forem considerados o peso e a interferência do HIV sobre sua incidência (JAMAL; MOHERDAUI, 2007).

No Brasil é comum ocorrer a descoberta da soropositividade para HIV durante o diagnóstico de tuberculose. Estima-se que cerca de 70% dos pacientes que realizam a testagem para HIV, apenas cerca de 50% recebem o resultado durante o tratamento para a tuberculose (BRASIL, 2011). Sendo assim, em áreas de alta prevalência de HIV, a TB não pode ser prevenida e efetivamente tratada sem prevenção e o tratamento da infecção pelo HIV. É preciso prevenir o aparecimento da doença em PVHIV já infectadas pelo bacilo da TB (JAMAL; MOHERDAUI, 2007).

Na tentativa de implementar as ações de controle da tuberculose em âmbito nacional, além de conclamar a sociedade civil e todas as esferas de gestão, o

Ministério da Saúde através do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) elencou em 1996, 230 municípios prioritário levando em consideração, especialmente, a incidência da doença. Em Pernambuco, foram identificados 15 municípios, dentre os quais se encontra o município de Igarassu.

O Município de Igarassu vem desenvolvendo ações que efetivem o controle da TB, mas, ainda há um longo caminho a percorrer. Nos últimos cinco anos, através de ações estratégicas e da descentralização do serviço, a taxa de cura foi elevada e reduziu-se consideravelmente o percentual de abandono. Intensificou-se a busca dos Sintomáticos Respiratórios (SR), através da realização de diversas ações de promoção e educação em Saúde. Com a implantação de um Centro de Referência Especializado, houve a descentralização e aumento da oferta das baciloscopias. Entretanto atualmente, o grande desafio enfrentado pelo município é a testagem para HIV nos pacientes diagnosticados com tuberculose, seja na realização da testagem rápida para HIV, seja, na alimentação dos resultados desses exames no sistema de informação Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Entre os anos de 2008 e 2010, Igarassu notificou 139 casos de TB, destes, 50 realizaram o teste rápido para HIV, o que correspondeu a 36%. Entre os casos notificados, 45 pacientes não realizaram a testagem para HIV, representando 32,4% do total. Os outros 31,6% compreendem os pacientes que aparecem no sistema de informação na situação “em andamento”, ou seja, realizaram o teste mais as informações referentes aos resultados não chegaram ao banco de dados do SINAN.

Diante do exposto, questiona-se: Como ampliar a realização de testes para HIV nos pacientes com TB atendidos no município de Igarassu e como assegurar o encaminhamento destes pacientes ao Serviço de Atendimento Especializado (SAE)?

É com o intuito de responder a estas questões e aplicar os resultados na rotina dos serviços que elaboramos o presente projeto de intervenção. Para tal, levamos em consideração a viabilidade política e financeira do projeto, pois sabemos que, as problemáticas aqui levantadas perpassam por questões operacionais e pela vontade política dos gestores municipais. As ações aqui propostas são relevantes e podem se adequar a realidade do nosso município, firmando-se como prática de saúde, contribuindo assim para melhorar os indicadores e a saúde dos municípios.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Implementar a testagem para HIV nos pacientes notificados para tuberculose no município de Igarassu, com impacto direto na morbimortalidade relacionada a coinfecção .

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar o número de testagem para HIV em pacientes que realizam tratamento para tuberculose;
2. Descentralizar a testagem rápida para HIV para as Unidades de Saúde da Família do município com maior incidência de TB;
3. Alimentar o banco do SINAN NET, em tempo hábil, com os resultados das testagem para HIV realizadas pelos pacientes com TB;
4. Realizar ações educativas para sensibilizar os médicos e enfermeiros sobre a importância da testagem para HIV e sua associação com a TB;
5. Realizar ações educativas buscando sensibilizar a comunidade civil sobre a importância da testagem para HIV e dos riscos da coinfecção;
6. Encaminhar os pacientes infectados pelo HIV ao SAE.

### **3 DIRETRIZES**

#### **3.1 – Política**

Considerando que a Tuberculose foi declarada uma emergência mundial pela OMS desde 1993 e o novo protocolo do PNCT estabelecido Ministério da Saúde em 2011, onde reconhece os riscos da co infecção TB/HIV e as ações que efetivem seu controle.

Considerando ainda, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) esta intervenção apresenta viabilidade política já que além da legislação vigente conta também com a anuência dos gestores municipais.

#### **3.2 – Financeira**

A execução deste plano demanda poucos recursos financeiros, uma vez que a maioria das ações por ele propostas surgem de parcerias estabelecidas entre as Coordenações do Programa Municipal de Controle da Tuberculose (PMCT) e o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA).

#### **3.3 – Operacional**

O PMCT e o CTA fazem parte da Vigilância em Saúde do Município de Igarassu. Por serem localizados na mesma rua a implementação das rotinas de trabalho destes serviços que visem identificar com a maior brevidade possível os pacientes de tuberculose com resultado positivo para HIV, diminuindo assim a morbimortalidade, torna-se uma ação prática, de fácil operacionalização.

#### **4 METAS**

- a) Ofertar a testagem rápida para HIV a 100% dos pacientes com tuberculose no Município de Igarassu;
- b) Descentralizar a testagem rápida para HIV, que é realizada apenas no CTA, para 05 (cinco) Unidades de Saúde da Família, localizadas em áreas de maior incidência de tuberculose, até dezembro de 2012;
- c) Digitar 100% dos resultados das testagens para HIV realizadas pelos pacientes no SINAN NET
- d) Realizar, no mínimo, duas oficinas com médicos e enfermeiros sobre a importância da testagem para HIV e sua associação com a TB por ano;
- e) Realizar 06 (seis) ações educativas junto à sociedade civil sobre a importância da testagem para HIV e os riscos da coinfeção com tuberculose a cada ano;
- f) Encaminhar 100% dos pacientes com TB e infectados pelo HIV ao SAE.



## 5 ESTRATÉGIAS

A principal estratégia adotada por esta intervenção será a descentralização da oferta da testagem rápida para HIV através do CTA Itinerante. O CTA Itinerante consiste no processo de levar os técnicos do CTA para realizarem a testagem rápida para HIV e o aconselhamento pré e pós-teste às USF's. Esse processo dar-se-á da seguinte forma: Inicialmente elencar-se-á cinco USF localizadas em regiões estratégicas, considerando-se as áreas de maior incidência da TB no município. Definidas as unidades, será estabelecido o calendário das ações. Cada USF receberá mensalmente a visita da equipe do CTA Itinerante, em datas e horários agendados previamente, totalizando cinco visitas mensais. Esta ação será possibilitada pela parceria firmada entre a Coordenação Municipal do PCT, que disponibilizará o veículo e o CTA – Igarassu, que disponibilizará a equipe de profissionais e os testes rápidos.

Além disso, serão realizadas atividades educativas junto à comunidade civil e os profissionais de saúde objetivando informar e sensibilizar sobre a importância da testagem para HIV e dos riscos da associação TB-HIV, tais como: Palestras em Associações, Bares, Escolas e Igrejas; Campanhas, Capacitação para os profissionais e Panfletagem em centros urbanos.

Outra estratégia importante é a elaboração e implantação de uma planilha de testagem para HIV, com nome do paciente, número da notificação no SINAN NET, USF de origem e data de realização da testagem para HIV, onde, através dela serão monitorados os pacientes com TB que realizaram ou não esta testagem. Os dados serão encaminhados ao SINAN NET.

## **6 PLANO OPERATIVO**

### **6.1 Período do Estudo**

O processo de implementação do diagnóstico de infecção pelo HIV nos pacientes com Tuberculose no município de Igarassu ocorrerá até dezembro de 2012. No entanto as ações aqui propostas devem se tornar uma prática na rotina de saúde do município.

### **6.2 – Área de Estudo**

O estudo será realizado no município de Igarassu – PE. Localizado na região metropolitana do Recife o município possui cerca de 102 mil habitantes distribuídos ao longo dos 306km<sup>2</sup> de área territorial. A rede municipal de saúde atualmente é composta por: 26 USF's, 6 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 1 Policlínica, 1 Unidade Hospitalar, 1 Centro de Referência em Saúde Pública, 1 Clínica de Fisioterapia e 1 CTA. Além de 1 UPA e 1 Hospital Psiquiátrico que são da rede Estadual de Saúde

### **6.3 – População de Referência**

Adultos e crianças que iniciarem tratamento para tuberculose no município de Igarassu.

### **6.4 – Etapas de Desenvolvimento do Projeto**

Etapa 1 – Apresentação do Projeto de Intervenção à Secretária de Saúde de Igarassu:

- a) Agendar uma reunião com a Secretária de saúde de Igarassu, para apresentar este projeto de intervenção, com objetivo de análise e aprovação.

Etapa 2 – Definição das USF's que receberão o CTA Itinerante:

- a) Retirar do SINAN NET as fichas de notificação de todos os casos de tuberculose notificados entre 2009 e 2011;

- b) Agendar reunião com a Gerência de Vigilância Epidemiológica para que com os dados do SINAN NET em mãos, possamos mapear as áreas com maior número de casos de TB no período de 2009 a 2011. Sendo as 5 (cinco) primeiras elencadas para receber o CTA Itinerante.

Etapa 3 – Realização de uma oficina para médicos e enfermeiros para destacar a importância da testagem para HIV e os riscos da associação TB/HIV:

- a) Realizar a oficina com duração de 4h, onde deverão participar pelo menos um profissional, médico ou enfermeiro, de cada USF e do Centro de Referência em Saúde Pública. Inicialmente serão apresentados os dados epidemiológicos sobre a tuberculose no Mundo, no Brasil, em Pernambuco e em Igarassu. Seguidos de dados e informações sobre os riscos da associação TB/HIV, destacando a obrigatoriedade de ofertamos o teste rápido para HIV e sua importância para os pacientes com TB. Logo em seguida será apresentada a proposta da oficina e os participantes serão divididos em 8 grupos distintos, cada grupo receberá 1 texto. Os participantes de cada equipe deverão ler e discutir o texto. Os grupos deverão apresentar os problemas identificados em cada texto e as medidas necessárias para solucioná-los. Durante a oficina será realizado um intervalo de 15 minutos. E ao término da mesma, deverá ser aplicada uma avaliação do encontro.

Etapa 4 – Realização de testagem rápida para HIV nas Unidades de saúde elencadas.

- a) Enviar a todas as unidades de saúde do município um cronograma contendo dia e horário em que o CTA Itinerante estará nas unidades de saúde selecionadas. As ações ocorreram no horário da tarde das 14 as 16 horas.
- b) Transportar a equipe do CTA e da Coordenação de TB, nos dias e horários agendados, as USF's. Esta equipe será composta de um Biomédico, uma enfermeira e uma técnica em enfermagem.
- c) Realizar, ao chegar na unidade, o aconselhamento coletivo, que ocorrerá na sala de espera da unidade. Neste momento o profissional do CTA esclarece aos pacientes como é feito o teste rápido para HIV, fala da garantia do sigilo e especialmente da importância de sua realização para o paciente com TB. Os

pacientes que optarem por realizar a testagem, preencherão junto com os profissionais os formulários necessários. O aconselhamento pós teste e a entrega dos resultados serão realizados individualmente, na sala da enfermagem, pelo biomédico ou pela enfermeira.

## 7 CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO

ATIVIDADES	Primeiro Semestre 2012				Segundo Semestre 2012					
	mar	abr	Mai	Jun	Jul	Ago	set	Out	Nov	dez
1. Elaborar Plano de Intervenção	x	x	x							
2. Mapear áreas com maior incidência de TB			x	x						
3. Elencar as USF's que receberão o CTA Itinerante						x				
4. Realizar reunião com as equipes da coordenação de TB e do CTA						x		x		x
5. Realizar oficina de sensibilização com médicos e enfermeiros das USF's, para destacar a importância da testagem para HIV e os riscos da associação TB-HIV							x		x	
6. Realizar testagem para HIV nas unidades de saúde elencadas como estratégicas							x	x	x	x
7. Promover ações educativas junto a sociedade civil buscando divulgar a importância da testagem para HIV e os riscos da coinfeção.							x	x	x	x

## 8 ORÇAMENTO DETALHADO

### 8.1 Recursos Humanos Disponíveis

- a) Equipe da Coordenação Municipal do PCT
  - 01 Coordenadora;
  - 01 Enfermeira;
  - 01 Auxiliar administrativo.
  
- b) Equipe do CTA.
  - 01 Biomédico;
  - 01 Técnico em Enfermagem

### 8.2 Recursos Materiais Disponíveis

- a) Veículo para transportar a equipe que realizará o teste rápido, o aconselhamento pré e pós teste e as ações educativas nas USF's e Comunidade;
- b) Caixa amplificador com microfone;
- c) Retroprojeter;
- d) Álbum Seriado;
- e) Toucas em tule coloridas;
- f) Máquina fotográfica digital;
- g) Teste rápido para HIV;
- h) Caixa térmica;
- i) Baterias;
- j) Computador;
- k) Impressora.

### 8.3 Recursos Materiais Necessários

QUANTIDADE	ITEM	VALOR UNITÁRIO _R\$	VALOR TOTAL _R\$
03	Resmas de papel ofício	14,50	43,50
01	Caixa de caneta esferográfica	25,00	25,00
02	Tonner para impressora	95,00	190,00
01	Caixa de lápis	7,50	7,50
01	Caixa de borracha	5,00	5,00
55	Pastas de papelão	0,50	27,50
01	Caixa de lápis marca texto	14,40	14,40
06	Lápis marcador permanente	1,20	7,20
10	Folha de papel 40kg	0,50	5,00
02	Álcool à 70%	30,00	60,00
06	Rolos de Algodão	12,00	72,00
30	Caixas de luvas látex	13,50	405,00
01	Cofee brack para 60 pessoas	300,00	300,00
10	Faixa em TNT, tamanho 3,5 x 0,7m	15,00	150,00
02	Faixa em lona plástica, tamanho 2 x 0,70	24,50	49,00
30000	Panflete educativo	0,05	1.500,00
<b>TOTAL GERAL</b>			<b>R\$ 2.861,10</b>

## **9 VIABILIDADE DA PROPOSTA**

Este projeto conta com a anuência da Secretária de Saúde do Município de Igarassu, da Coordenação Municipal do PCT e do CTA. Considerando que grande parte dos recursos necessários para execução deste projeto já estão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e que, o aumento da oferta de teste rápido para HIV nos pacientes com tuberculose é de extrema importância e de baixo custo operacional, este projeto é plenamente viável e de relevância para a saúde pública no município de Igarassu.



## REFERÊNCIAS

BARREIRA, D; GRANJEIRO A. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, n. 41, supl. 1, p. 4-8, 2007.

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

JAMAL, L. F; MOHERDAUI F. Tuberculose e Infecção pelo HIV no Brasil: Magnitude do Problema e estratégias para o controle. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 104-110, 2007.

MARUZA, M; XIMENEES R. A. A; LACERDA, H. L. Desfecho do tratamento e confirmação laboratorial em pacientes com HIV/AIDS no Recife, Pernambuco, Brasil. **J. Bras. Pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 394-403, jun. 2008.

MOREIRA, C. M. M; ZADONADE, E; LACERDA, T; MACIEL, E. L. N. Sintomáticos respiratórios nas unidades de atenção primária no município de Vitória. Espírito Santo. Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, 2010.a

NUNN, P; WILLIAMS, B; FLOYD, K; DYE, C; ELZINGA, G; RAVIGLIONE, M. Tuberculosis control in the era of HIV. **Nat Rev Immunol.** 2005, p 819-826.

OLIVEIRA, M. M. M. B. **Tuberculose em indivíduos infectados pelo HIV em Pernambuco**. 2011. 192f. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) – Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco. Recife.

RUFFINO-NETTO, A. Modelos matemáticos em tuberculose. In: MORRONE, N; FIUZA, M. A. **Tuberculose**. São Paulo: Atheneu, 1999.

RUFFINO-NETTO, A. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 129-33, 2001.

RUFFINO-NETTO A. Tuberculose: A calamidade negligenciada. **Ver. Soc. Bras. Med. Trop**, [S.l.] , v. 35, n. 1, p. 51-8, jan./ fev. 2002.

SANTO, A. H; PINHEIRO, C. E; JORDANI, M. S. Causas Múltiplas de Morte Relacionadas à Tuberculose no Estado de São Paulo. 1998. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 714-721. 2003.

SANTOS, J. Resposta Brasileira ao Controle da Tuberculose. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, Supl. 1, p. 89-94, set., 2007.

SANTOS, M. L. S. G, et al. A dimensão epidemiológica da coinfeção TB/HIV. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 5, set./out., 2009.

SANTOS-FILHO, E. T; GOMES, Z. M. L. Estratégias de controle da tuberculose do Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 1, p. 111-116, 2007.

SCATENA, L. M. et al. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, mai./jun., 2009.

SILVA, H. O; GONÇALVES, M. L. C. Coinfeção tuberculose e HIV nas capitais Brasileiras: Observações a partir dos dados do sistema de informação de agravos de notificação. **Rev. Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 22, n. 3, p. 172-178, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing**. Geneva: WHO, 2009.