

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

MARISTELA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAR AÇÕES DE
PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE NO
HOSPITAL GERAL DE AREIAS**

RECIFE

2012

MARISTELA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAR AÇÕES DE PREVENÇÃO E
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE NO HOSPITAL GERAL DE AREIAS**

Monografia apresentado 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, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Dr^a Mirian Domingos Cardoso

RECIFE

2012

Catlogação na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A345p Albuquerque, Maristela Oliveira de.
Plano de Intervenção para Implantar Ações de
Prevenção e Diagnóstico de Tuberculose no
Hospital Geral de Areias./ Maristela Oliveira de
Albuquerque. Recife: M. O. de Albuquerque, 2012.

35 p.

Monografia (Especialização em Gestão de
Sistemas e Serviços em Saúde) - Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, 2012.

Orientadora: Mirian Domingos Cardoso.

1. Tuberculose. 2. Serviços Hospitalares. 3.
Assistência Hospitalar. 4. Intervenção Médica
Precoce. 5. Humanização da Assistência. I.
Cardoso, Mirian Domingos. II. Título.

CDU 614.39

MARISTELA OLIVEIRA DE ALBUQUERQUE

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAR AÇÕES DE PREVENÇÃO E
DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE NO HOSPITAL GERAL DE AREIAS**

Monografia apresentado 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, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: ___ / ___ / _____

BANCA EXAMINADORA

Dr^a Mirian Domingos Cardoso
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Dr^a Ana Lucia Ribeiro de Vasconcelos
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

Deus me ama imensamente

Aos meus pais, **José Felix** e **Emerita Souza**, que estão sempre me apoiando, e fazendo-me crescer.

A meu marido **Luiz Otaviano**, que é meu amor desde criança, estava escrito nas estrelas.

Aos meus dois filhos, **Victor Hugo** e **Paulo Guilherme**, continuidade do amor. São os motivos que impulsionam o enfrentamento dos desafios.

Minha orientadora, **Mírian Domingos**, pela paciência e dedicação.

Aos **colegas do HGA**, onde atuo como Fonoaudióloga: Paulo Gualberto, Yoná Lira, Edilson Lopes, Maria Ozineide, Célia Nóbrega... Pela força.

Aos **colegas do Cravo Gama**, onde atuo como Enfermeira plantonista: Silvia Farias, Joana Diniz, Ana Cunha, Suzana... Pelo apoio.

Aos nossos escolhidos Coordenadores do curso, **Semente** e **Ive Monteiro**, pela paciência.

A **todos** e cada um em particular meus sinceros agradecimentos.

ALBUQUERQUE, Maristela, Oliveira. **Plano de Intervenção para Implantar Ações de Prevenção e Diagnóstico de Tuberculose no Hospital Geral de Areias**. 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2012.

Resumo

O Hospital Geral de Areias (HGA) é um hospital público ligado a rede estadual, que tem um serviço de atendimento geral de urgência e internamento, acolhendo a população de Recife e demais municípios de Pernambuco. Nos últimos anos esse serviço tem atendido casos de tuberculose (TB), entretanto, não existe uma rotina estabelecida de diagnóstico e para manejo clínico desses pacientes. Este plano de intervenção objetiva implantar, até março de 2013, ações de prevenção e de diagnóstico para pacientes sintomáticos respiratórios atendidos nesse hospital. Para isso, tem-se dentre as ações deste plano: Implantar busca de Sintomáticos Respiratórios entre a demanda do serviço; Implantar/implementar a realização da baciloscopia de escarro para diagnóstico de TB entre os Sintomáticos Respiratório detectados; Implantar a realização do teste tuberculínico; Implementar a vigilância de casos; Implantar o tratamento de tuberculose dos casos internados; Implementar ações de prevenção e biossegurança no hospital; Implementar o fluxo para os serviços de referência. As atividades, metas e os indicadores foram propostos para o monitoramento e avaliação deste plano de intervenção. A viabilidade deste plano de intervenção está garantida pelo estabelecimento de parcerias entre o HGA e as Gerências Estadual e Municipal do Programa de Controle da Tuberculose e, pela decisão e envolvimento da Gestão e Equipes de Saúde do HGA. Acredita-se, com esta iniciativa, contribuir para a melhoria dos indicadores dessa doença, em Recife e conseqüentemente, em Pernambuco.

Palavras Chaves: Tuberculose; Serviços Hospitalares; Assistência Hospitalar; Intervenção Médica Precoce; Humanização da Assistência.

ALBUQUERQUE, Maristela Oliveira. Plan of Intervention to Introduce Actions of Prevention and Diagnosis of Tuberculosis in the General Hospital of Areias. 2012. Monograph (Course of Specialization in Management of Systems and Health Services) – Center of Research Aggeu Magalhães. Foundation Oswaldo Cruz. Recife, 2012.

ABSTRACT

The General Hospital of Areias (HGA) is a public hospital of the state net, which has a general service of urgency and other hospital services, welcoming the population of Recife and of others local authorities of Pernambuco. In the last years this service has been attending cases of tuberculosis (TB); meantime, there is not an established routine for diagnosis and care for these patients. The objective of this Plan of intervention is to introduce, up to March of 2013, actions of prevention and of diagnosis for respiratory symptomatic patients that are attended in this hospital. For that, it has among the actions: To introduce search of Respiratory Symptomatic ones between the demand of the service; to Introduce / implement the realization of the “baciloscopia” of phlegm for diagnosis of TB between the Symptomatic Respiratory detected; to Introduce the realization of the tuberculin test; to Implement the vigilance of cases; to Introduce the treatment of tuberculosis of the interned cases; To implement actions of prevention and of “biossegurança” in the hospital; to implement the flow for the references services. The activities, target and the indicators were proposed for monitoring and to evaluate this plan of intervention. The viability of this plan of intervention is guaranteed by the partnerships establishment between the HGA and the Gerência Estadual and Municipal of the Tuberculosis Control Program, and, for the decision and involvement of the Management and Teams of Health of the HGA. It is believed, with this initiative, to contribute to the improvement of the indicators of this disease, in Recife and consequently, in Pernambuco.

Key Words: Tuberculosis; Hospital Services; Hospital Care; Early Medical Intervention; Humanization of Assistance.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	ANÁLISE SITUACIONAL.....	12
2.1	Caracterizando o Hospital Geral de Areias.....	12
2.2	O problema da Tuberculose no HGA.....	16
3	OBJETIVOS.....	18
3.1	Objetivo Geral.....	18
3.2	Objetivos Específicos.....	18
4	ATIVIDADES/ METAS.....	19
5	DIRETRIZES.....	24
6	ESTRATÉGIAS.....	25
7	INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	26
7.1	Indicadores Propostos para Monitorar o Plano	26
7.2	Indicadores Propostos para Avaliar o Plano	29
8	CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO.....	30
9	ORÇAMENTO.....	32
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

Tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças que afligem a humanidade, firmando-se como uma das principais causas de morbimortalidade, que atinge indistintamente as diversas faixas etárias e classes sociais (RUFFINO-NETTO, 2001).

Cerca de um terço da população mundial, está infectada com o *Mycobacterium tuberculosis (Mtb)*, ocorrendo em torno de oito milhões de casos novos e quase três milhões de mortes em sua decorrência, anualmente.

Estima-se que 95% dos casos e 98% das mortes causadas pela doença, ou seja, mais de 9,2 milhões de casos novos e 2,8 milhões de mortes, ocorram nos países em desenvolvimento, atingindo a todos os grupos sociais e étnicos. Nos países desenvolvidos a doença é mais freqüente entre as pessoas idosas, nas minorias étnicas e imigrantes estrangeiros (BRASIL, 2009).

Com o surgimento, em 1981, da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) observou-se tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento, um crescente número de casos notificados de TB, em pessoas infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), aumentando a morbimortalidade por TB em muitos países (BRASIL, 2011).

Diante deste quadro, em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou Tuberculose como situação de emergência mundial e criou o programa STOP TB, que estabeleceu três metas para o controle da doença: (1) Detectar 70% dos casos estimados; (2) Curar 85% dos casos notificados; (3) Reduzir o abandono do tratamento a menos de 5%. E, como estratégia de controle eficaz, recomendou aos países a adoção da estratégia DOTS – Directly Observed Therapy Short-Course composta de cinco pilares que a sustentam: (a) compromisso político com a implementação e sustentabilidade do Programa de Controle da Tuberculose; (b) detecção de casos, por meio da baciloscopia do escarro, entre Sintomáticos Respiratórios da demanda dos serviços de saúde; (c) tratamento padronizado, de curta duração, diretamente observado e monitorado quanto à sua evolução; (d) provisão regular de medicamentos tuberculostáticos; e (e) Sistema de Informação que permita avaliar o desempenho do programa (BRASIL, 2011).

Em 2010, o relatório da OMS revelou que haviam 8,8 milhões de casos novos de TB no mundo, com 1,45 milhões de mortes em sua decorrência, sendo que

destes 0,35 milhões de óbitos tinham comorbidade com o HIV. A OMS declarou, ainda, que em 2009 havia quase 10 milhões de crianças que estavam órfãos como um resultado de mortes parental causada pela TB (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Para impactar o problema, a tuberculose foi incluída entre os objetivos do milênio (Millennium Development Goals – MDGs) visando reduzir sua incidência e mortalidade à metade até o ano de 2015, e, eliminar a doença como problema de saúde pública até 2050 (taxa de incidência anual de menos de 1 caso por 1.000.000 de habitantes) ratificando que para conseguir esse impacto é necessário construir as parcerias entre os governos, as organizações da sociedade civil e toda a população (BRASIL, 2011).

No Brasil TB é um problema de saúde prioritário. O país juntamente com outros 22 países em desenvolvimento, albergam 80% dos casos mundiais da doença (BRASIL, 2011).

Estima-se que do total da população brasileira, mais de 50 milhões de pessoas estejam infectados pelo *Micobacterium tuberculosis (Mtb)*, com aproximadamente 80 mil casos novos e 4 a 5 mil óbitos anualmente, levando o país a reconhecê-la como “doença negligenciada” e declarar o seu controle como prioridade nacional (BRASIL, 2011).

Tuberculose representa a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira causa de morte em pacientes com AIDS, no Brasil. Em 2011 foram notificados 71 mil casos novos e 4,6 mil mortes em decorrência da doença, colocando-o na 17ª posição entre os 22 países com alta carga da doença (BRASIL, 2011).

Em Pernambuco TB é considerada um dos mais sérios problemas de saúde pública. Anualmente são diagnosticados mais de 4000 casos novos da doença, mantendo uma taxa de detecção média de 48,2 casos por cem mil habitantes, e configurando-se, em 2010, como a 4ª maior taxa de incidência do país, e a 2ª da Região Nordeste (BRASIL, 2011).

Recife, capital de Pernambuco, responde por 49% dos casos de tuberculose diagnosticados no Estado, tendo uma das mais altas prevalência, incidência e mortalidade por tuberculose do país. Por isso, essa capital brasileira é considerada pelo Ministério da Saúde como município prioritário para implementação das ações de controle desse agravo (BRASIL, 2000).

Embora, o Programa de Controle de Tuberculose (PCT) em Recife esteja descentralizado para todas as unidades básicas de saúde e algumas unidades de referência, observa-se que o diagnóstico inicial de muitos casos é realizado em hospitais gerais e de urgências, durante atendimento e/ou internamento para tratar complicações desta ou de outras doenças, tendo em alguns casos a morte como desfecho (SOUZA, M. G. G et al, 2012).

O Hospital Geral de Areias é uma unidade pública ligada à rede estadual de saúde, que tem um serviço de atendimento geral, de urgência/emergência e internamento, acolhendo a população de Recife e de outros municípios do Estado. Nos últimos anos esse serviço tem atendido casos de TB, entretanto, não existe uma rotina estabelecida para manejo clínico e assistência a esses pacientes.

Deste modo, este plano de intervenção, objetiva a implantação de ações de prevenção e diagnóstico de tuberculose nesse nosocômio.

2 ANÁLISE SITUACIONAL

2.1 Caracterizando o Hospital Geral de Areias

O Hospital Geral de Areias (HGA) foi inaugurado em 25 de julho de 1980, como Posto de Assistência Médica de Areias (PAM - 7 de Areias), do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Construído em terreno com área de 80.931 metros quadrados, na Av. Recife, nº 806, no bairro de Areias, Distrito Sanitário V (DS-V) de Recife, PE, abrangendo os bairros de Areias, Estância, Ipsep, Boa Viagem, Imbiribeira, Ibura e adjacências.

Atualmente o Hospital dispõe de atendimento ao público em Ambulatório, Serviço de Emergência, Unidade Hospitalar e Unidade Buco-Maxilo-Facial (Hospital de Face), sendo considerado de médio porte.

No Ambulatório estão implantadas as seguintes clínicas: Clínica Médica; Pediatria; Ginecologia; Prevenção do Câncer Ginecológico; Pré-natal; Cardiologia; Psiquiatria; Gastroenterologia; Cirurgia Geral; Proctologia; Patologia Clínica; Radiologia; Odontologia Geral, Pediátrica e para Pacientes Especiais; Fonoaudiologia; Psicologia; Nutrição; Serviço Social; Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Conta-se, também, com um Laboratório de Análises Clínicas que atende ao Ambulatório e à Emergência.

No Ambulatório são ofertados os seguintes programas de integração com a comunidade:

- i.* Programa de Atendimento ao Idoso – PAI;
- ii.* Programa de Assistência ao Adolescente – PROSAD;
- iii.* Programa de Assistência Odontológica a Pacientes Especiais;
- iv.* Programa de Atendimento Odontológico ao Bebê;
- v.* Conselho Gestor (formado pela direção, servidores e líderes comunitários).
- vi.* Núcleo de Epidemiologia (NEPI/CCIH).

A Emergência atende a casos de Média Complexidade (MC) em Clínica Médica, Pediatria e Odontologia. No período de janeiro a agosto de 2012 foram realizados 48.621 atendimentos.

A Unidade Hospitalar é composta por 10 enfermarias. O número de leitos disponíveis, por especialidade, está mostrado na tabela 1. No momento o serviço de cirurgia geral encontra-se desativado.

Tabela 1 – Número de leitos disponíveis no Hospital Geral de Areias, por especialidade. Agosto, 2012.

Especialidade	Leitos
Clínica médica adulto	24
Pediatria	34
Buço maxilo Facial	08
Total	66

FONTES: SAME- HGA 2012

A Unidade Buco-Maxilo-Facial (Hospital da Face), localiza-se em um prédio extra e serve de referência estadual no atendimento a pacientes vítimas de traumas faciais e doenças congênitas da face. Dispõe de duas salas de cirurgia e funciona como campo de prática para o curso de Odontologia da Universidade de Pernambuco – UPE.

Os principais procedimentos, atividades e os respectivos quantitativos realizados no HGA, no período de janeiro a agosto de 2012, podem ser visualizados na tabela 2.

Tabela 2 – Principais atividades e procedimentos realizados no HGA. Janeiro a agosto de 2012.

Atividades / procedimentos	Quantitativo
Exames gerais ambulatoriais	57.111
Exames gerais da emergência adulto e pediátrica	53.756
Rx ambulatorial	11.840
Rx emergências adulto e pediátrica	12.742
Rx odontológico	1.223
Vacinas	14.468
Atendimento ambulatorial	29.788
Atendimento emergência adulto	12.742
Atendimento emergência pediátrica	27.754
Atendimento emergência odontológica	8.125
Internamento pediátrico	4.115
Internamento adulto Feminino	1.840
Internamento adulto Masculino	2.281

Fonte: SAME/SIH – HGA-2012

O número e distribuição dos recursos humanos do HGA estão mostrados, segundo suas especialidades, nas tabelas de 3, 4 e 5. Os profissionais do Hospital Pediátrico Maria Cravo Gama, unidade da rede de saúde da Prefeitura da Cidade do Recife, que estão ocupando espaço no HGA devido a seu prédio estar em reforma, também estão demonstrados nessas três tabelas.

Tabela 3 – Número de médicos lotados no HGA, segundo especialidade e vínculo empregatício. Agosto, 2012.

Especialidades Médicas	Vínculo					Total
	Secretaria estadual de Saúde		Outras Instituições			
	Estatutário	Contrato	Ministério da Saúde	Outros	Hospital Cravo Gama PCR	
Neurologista	3	**	**	**	**	3
Pediatra	26	1	8	**	19	54
Clinico	23	1	3	**	**	27
Dermatologista	2	**	**	**	**	2
Reumatologista	1	**	**	**	**	1
Do trabalho	1	**	**	**	**	1
Anestesista	3	**	**	**	**	3
Geriatra	**	**	1	**	**	1
Cirurgião geral	2	**	1	**	**	3
Ginecol/obstetra	5	**	1	1	**	7
Oftalmologista	2	**	**	**	**	2
Otorrino	1	**	**	**	**	1
Proctologista	2	**	**	**	**	2
Urologista	1	**	**	**	**	1
Radiologista	5	**	1	1	**	7
TOTAL	77	2	15	2	19	115

FONTE: Rh do HGA-2012

Tabela 4 – Número de profissionais de saúde, não médicos, lotados no HGA, segundo categoria profissional e vínculo empregatício. Agosto, 2012.

Especialidade	Vínculo					Total
	Secretaria estadual de Saúde		Outras Instituições			
	Estatutário	Contratado	Ministério da Saúde	Outros	Hospital Cravo Gama PCR	
Odontólogo	25	**	5	1	**	31
Farmacêutico	1	3	1	**	1	6
Farm. Bioquímico	3	**	1	**	**	4
Enfermeiro	16	1	3	**	18	38
Fisioterapeuta	4	**	2	**	1	7
Nutricionista	**	**	5	**	**	5
Fonoaudiólogo	1	**	**	**	**	1
Odontobucomaxilo	2	**	**	1	**	3
Terap. Ocupacional	1	**	**	**	**	1
Psicólogo	3	**	**	**	**	3
Assist. Social	**	1	1	**	3	5
Tec. Laboratório	1	1	1	**	**	3
Tec. Radiologia	2	**	**	**	**	2
Tec. Enfermagem	17	**	2	3	7	29
Aux. Enfermagem	119	**	17	1	60	197
Tec. Radiologia	5	3	1	**	**	9
Aux. Tec. Laboratório	1	1	2	**	**	4
Agente saúde	3	**	**	**	**	3
TOTAL	204	10	41	6	90	351

FONTE: Rh do HGA-2012

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais de saúde do HGA, segundo escolaridade e vínculo empregatício. Agosto, 2012.

Vínculo	Nível			TOTAL
	Elementar	Medio	Superior	
SE S	44	160	136	340
MS	**	76	34	110
Cedidos	**	5	4	9
Contrato	**	4	8	12
Cravo Gama	4	67	42	113
TOTAL	48	312	224	584

FONTES: Rh do HGA-2012

2.2 O Problema da Tuberculose no HGA

De 2008 a 2012 foram atendidos no HGA 207 casos suspeitos de tuberculose, dos quais 32 (15,5%) eram bacilíferos, conforme pode-se observar na tabela 6. Salienta-se aqui, que esses casos entraram no setor de emergência e/ou internamento, não por causa dessa suspeição, mas para tratar outra nosologia.

Apesar da suspeição de TB nesses indivíduos, não há registro de notificação e investigação, mesmo após a confirmação do caso, dificultado assim o acompanhamento do perfil da doença nessa unidade.

Quanto ao diagnóstico, não existe rotina de busca de Sintomáticos Respiratórios entre a demanda do serviço, e não obstante o hospital dispor de laboratório, a baciloscopia não é realizada no próprio hospital, sendo enviado para o Laboratório Central (LACEN) estadual, dificultando dessa forma o diagnóstico precoce e tratamento imediato, além de postergar medidas preventivas, e de biossegurança para os profissionais.

Tabela 6 - Número de baciloscopias e cultura para Tuberculose entre casos suspeitos de tuberculose atendidos pelo HGA no período de 2008 a 2012

Exame	Resultado		Total
	Positivo	Negativo	
Baciloscopia de escarro	32	139	171
Cultura	6	30	36
Total	38 (18,4%)	169 (81,6%)	207 (100%)

Fonte: Laboratório Central (LACEN-PE)-2012

Embora o serviço disponha de sala de vacinas, não se realiza teste tuberculínico, e quando o mesmo é solicitado, há necessidade do deslocamento do paciente, acompanhado de um profissional de saúde, para realizá-lo fora da instituição em dois momentos distintos (administração e leitura do teste), desperdiçando desta forma, tempo, recursos humanos e financeiros.

Quanto ao tratamento, o serviço não dispõe de medicação específica em sua farmácia para iniciá-lo oportunamente, sendo o paciente na maior parte das vezes transferido, ou é orientado para que após a alta por melhora do agravo que o levou ao internamento, procurar imediatamente outro serviço a fim de iniciar o tratamento de TB, o que demanda retardo para o início do tratamento específico.

No tocante a biossegurança, observa-se uma alta exposição principalmente dos profissionais de odontologia e enfermagem e dos funcionários do setor de serviços gerais, que por desconhecimento da problemática não utilizam equipamento de proteção. Por outro lado, não há nenhuma medida de isolamento respiratório do suspeito até que o diagnóstico definitivo do caso seja feito.

Atualmente há registro de um funcionário de serviços gerais com tuberculose multiresistente e dois funcionários (técnico de enfermagem e serviços gerais) com tuberculose pulmonar ativa.

Quanto à sensibilização e capacitação dos profissionais lotados no hospital, observa-se que a unidade não foi incluída pelos gestores municipal e estadual do PCT, nos treinamentos e atualizações sobre o agravo, dificultando assim o manejo da doença nesse serviço.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Implantar ações de prevenção e diagnóstico da Tuberculose no Hospital Geral de Areias.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 – Sensibilizar, capacitar os profissionais de saúde, para o diagnóstico oportuno e assistência adequada dos casos de TB atendidos na urgência/emergência ou internados;
- 3.2.2 – Implantar a busca de sintomáticos respiratórios (SR) entre a demanda do serviço;
- 3.2.3 – Implantar no laboratório do hospital a realização de baciloscopia de escarro para diagnóstico de TB entre os SR detectados;
- 3.2.4 – Implantar a realização do teste tuberculínico (TT);
- 3.2.5 – Implementar o Sistema de Informação de casos, estabelecendo a notificação e investigação dos casos de TB suspeitos, atendidos;
- 3.2.6 – Implantar o tratamento inicial dos casos de TB internados e seu encaminhamento formalizado para acompanhamento até a cura;
- 3.2.7 – Implementar ações de prevenção e biossegurança;
- 3.2.8 – Implementar o aconselhamento e realização do Teste Rápido (TR) anti-HIV nas pessoas com TB, diagnosticada ou suspeita.

4 ATIVIDADES/ METAS

3.2.1 Objetivo específico 1: Sensibilizar, capacitar os profissionais de saúde, para o diagnóstico oportuno e assistência adequada dos casos de TB atendidos na urgência/emergência ou internados.	
Atividades	Metas
<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar os funcionários de nível elementar e nível médio administrativos do hospital para o problema da TB; • Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde (Nível superior e técnico), para identificar os SR dentre os que procuram o ambulatório e urgência emergência do HGA; • Confeccionar banner explicativo sobre as etapas da coleta do exame de escarro; • Definir fluxo e rotinas para realização dos exames diagnósticos de TB (BAAR). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter realizado quatro oficinas de sensibilização para a problemática da TB com 70% dos funcionários de nível elementar e administrativos do HGA, até dez-2012; • Ter realizado quatro cursos de capacitação para 60% dos profissionais de cada plantão do setor de urgência/emergência, até dezembro de 2012; • Ter confeccionado seis banners até Dez 2012; • Ter realizado uma reunião para definir o fluxo e rotina para realização dos exames diagnósticos de TB (BAAR) até Nov-2012.
Objetivo específico 2: Implantar a busca de Sintomáticos Respiratórios entre a demanda do serviço.	
Atividades	Metas
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar rotina para busca de SR entre os usuários do ambulatório e da urgência/emergência do HGA; • Subsidiar informações para construção do escarródromo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter implantado rotina para busca de SR entre os usuários do ambulatório e da urgência/emergência do HGA até dez- 2012; • Ter providenciado o local exclusivo para coleta de escarro, até Mar-2012;

Continuação

<ul style="list-style-type: none"> • Implantar a utilização do Livro de registro de SR nos ambulatórios e setores de urgência/emergência e internamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter implantado o Livro de Registro de SR em todos os setores envolvidos até dez- 2012; • Realizar monitoramento mensal do Livro de registro de SR até dezembro de 2012.
<p>Objetivo específico 3: Implantar no laboratório do HGA a realização da baciloscopia de escarro para diagnóstico de TB entre os sintomáticos respiratórios detectados.</p>	
<p>Atividades</p>	<p>Metas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar baciloscopia de escarro no laboratório do HGA; • Garantir os insumos necessários à realização de exames de diagnóstico (BAAR). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter implantado a realização de baciloscopia de escarro no laboratório do HGA possibilitando acesso ao exame durante as 24 horas, até novembro de 2012; • Realizar esse exame em 100% dos SR identificados no ambulatório e na urgência/ emergência do HGA até dez-2012; • Ter garantido provisão mensal de 100% dos insumos necessários à realização de exames de diagnóstico (BAAR) até dezembro de 2012.
<p>Objetivo específico 4: Implantar no HGA a realização do Teste Tuberculínico (TT).</p>	
<p>Atividades</p>	<p>Metas</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar o teste tuberculínico (TT) no HGA; <p>Capacitar os profissionais do PNI e laboratório para realização da administração e leitura do TT;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prover 100% dos insumos necessários para manuseio do TT, até mar-2013; • Ter capacitado 50% dos profissionais do PNI na administração e leitura do TT até mar-2013;

Continuação

<ul style="list-style-type: none"> Definir rotina e fluxo para realização do TT no HGA. 	<ul style="list-style-type: none"> Ter realizado uma reunião com os representantes do PNI do HGA para definir rotinas e fluxos para realização do teste tuberculínico até mar-2012.
<p>Objetivo específico 5: Implementar o Sistema de Informação (SI) de casos, estabelecendo a notificação e investigação dos casos de TB suspeitos, atendidos no HGA.</p>	
<p>Atividades</p>	<p>Metas</p>
<ul style="list-style-type: none"> Implementar o Sistema de Informação de tuberculose enfatizando a necessidade da notificação/investigação e confirmação dos casos de TB no HGA; Implantar a notificação compulsória dos casos diagnosticados (ficha de notificação). 	<ul style="list-style-type: none"> Ter capacitado 50% dos profissionais do NEPI-HGA sobre instrumentos de notificação/investigação dos casos de tuberculose até dez de 2012; Ter implantado até dezembro de 2012, a notificação de 100% dos casos diagnosticados no SINAN-NET.
<p>Objetivo específico 6: Implantar o tratamento inicial dos casos internados bem como seu encaminhamento formalizado, para acompanhamento até a cura.</p>	
<p>Atividades.</p>	<p>Metas</p>
<ul style="list-style-type: none"> Elaborar normas referentes ao Isolamento Respiratório; Capacitar às equipes do internamento para o manejo clínico adequado dos pacientes com Tb; Garantir os tuberculostáticos necessários para iniciar o tratamento dos pacientes internados; 	<ul style="list-style-type: none"> Ter elaborado normas de isolamento respiratório até dezembro de 2012; Promover quatro oficinas de capacitação em tuberculose para profissionais médicos e de enfermagem do internamento; Prover 100% da medicação necessária para 15 dias de tratamento até dez.2012;

Continuação

<ul style="list-style-type: none"> • Garantir o início do tratamento para 15 dias dos casos de TB diagnosticado no HGA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prover junto com o setor de farmácia tuberculostáticos para 100% dos pacientes internados até Nov 2012.
Objetivo específico 7: Implementar ações de prevenção e biossegurança no HGA.	
Atividades	Metas
<ul style="list-style-type: none"> • Implantar medidas de Biossegurança e adequação de ambientes para promover o isolamento respiratório; • Garantir EPI; • Treinar os trabalhadores quanto ao uso dos EPIs e em Biossegurança; • Instituir rotinas para o manejo clínico da TB com o paciente na emergência e na enfermaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar três reuniões até dezembro de 2012 com setores envolvidos; • Prover os setores de insumos necessários até Nov.2012; • Realizar dois treinamentos em biossegurança e uso de EPIs para os funcionários, até dezembro de 2012; • Capacitar 60% dos profissionais médicos para o manejo clínico da TB, até Nov- 2012.
Objetivo específico 8: Implementar o aconselhamento/realização do Teste Rápido (TR) anti-HIV nas pessoas com TB diagnosticadas no HGA.	
Atividades	Metas
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar o teste rápido para HIV; • Elaborar rotina e fluxo de referencia e contra referencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter implementado a oferta TR anti-HIV para 100% dos pacientes com TB, detectados nas urgências e internamentos até dezembro de 2012; • Realizar uma reunião para elaborar fluxos, até dez. 2012.
<ul style="list-style-type: none"> • Atualizar todos os contatos com as Coordenações Municipais de controle deste agravo; 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a lista de contatos com as Coordenações Municipais atualizada, a partir de Nov 2012;

Continuação

<ul style="list-style-type: none"> • Atualizar os contatos com Unidades de Saúde da Família (USF) do Município de Recife. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter a lista de contatos com as USFs de Recife atualizada, a partir de Nov. 2012.
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a vigilância do caso 30 dias após o encaminhamento; • Implantar instrumentos de monitoramento; • Monitorar e notificar a existência de casos entre os trabalhadores do HGA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Otimizar a vigilância do caso até 30 dias após o encaminhamento, a partir de jan. 2013; • Ter implantado instrumentos de monitoramento específicos, a partir de jan. 2013; • Notificar 100% dos casos diagnosticados entre os trabalhadores do HGA a partir de nov. 2012.

Fonte: aluna, 2012

5 DIRETRIZES

- Demonstrar para os Gestores Estadual, Municipal e os Gestores do HGA (Diretoria geral e dos setores envolvidos na implantação deste plano) a importância do HGA participar do plano de controle da TB de Recife e Pernambuco;
- Demonstrar aos representantes dos profissionais dos setores envolvidos a importância da implantação do plano;
- Definir o cronograma de capacitação para os profissionais de saúde (nos três níveis de instrução) e administração do HGA;
- Estabelecer ações permanentes para o controle deste agravo no HGA;
- Definir o cronograma de execução a partir do recebimento dos recursos solicitados;
- Definir data para oficializar o início das ações de diagnóstico e atenção às pessoas com TB, suspeito ou confirmado, no HGA.

6 ESTRATÉGIAS

Para a viabilização deste plano serão utilizadas as seguintes estratégias:

- Apresentar este plano em reunião com a Diretoria do HGA;
- Promover reunião com a equipe de intervenção;
- Pactuar entre os atores envolvidos na execução do plano, os registros, análise periódica e sistemática das atividades com o objetivo de acompanhar o progresso das metas;
- Promover reunião informativa ao Conselho Gestor do HGA;
- Buscar parcerias junto a Coordenação Estadual e Municipal;
- Estimular a formação da comissão de TB intra-hospitalar;
- Incluir o critério de definição de caso suspeito de Tb no protocolo de Classificação de Risco a ser implantado.

7 INDICADORES DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

7.1 Indicadores Propostos para Monitorar o Plano:

INDICADOR	PRODUTO ESPERADO	MÉTODO DE CÁLCULO	TEMPO	FONTE	RESPONS.
Coeficiente de detecção de TB entre os sintomáticos respiratórios (SR) atendidos na emergência do HGA.	Nº de casos de TB entre SR atendidos na emergência do HGA no semestre considerado do ano em curso.	Nº de SR confirmados como casos de TB na emergência do HGA, no trimestre considerado do ano em curso / Total de SR atendidos na emergência do HGA, no semestre considerado do ano em curso x 10 ⁰ .	Cada seis meses	SINAN / HGA	NEPI
Percentual de casos de TB diagnosticados por baciloscopia na emergência do HGA.	Proporção de casos de TB confirmados por baciloscopia entre os casos confirmados de TB atendidos na emergência do HGA no trimestre considerado do ano em curso.	Nº de casos de TB confirmados por baciloscopia na emergência do HGA no trimestre considerado do ano em curso / Total de casos confirmados de TB atendidos na emergência do HGA, no trimestre considerado do ano em curso x 100.	Cada três meses	SINAN / HGA	NEPI
Percentual de SR diagnosticados casos de TB por baciloscopia na emergência do HGA.	Proporção de SR atendidos na emergência do HGA com baciloscopia positiva entre o Total de SR atendido na emergência do HGA que realizaram a baciloscopia, no trimestre considerado do ano em curso.	Nº de SR atendidos na emergência do HGA com resultado positivo a baciloscopia no trimestre considerado do ano em curso / Total de SR atendidos na emergência do HGA que realizou a baciloscopia no trimestre considerado do ano em curso x 100.	Cada três meses	GAL	Laboratorio
Taxa de internação hospitalar por TB no HGA	Nº de pessoas internadas com TB dentre os internados no HGA, no semestre considerado do ano em curso.	Nº de internações por TB no HGA, no trimestre considerado do ano em curso / Total de internações no HGA, no trimestre considerado do ano em curso x 10 ⁰ .	Cada seis meses	SIH / HGA	SAME

7.1 Indicadores Propostos para Monitorar o Plano (continuação)

INDICADOR	PRODUTO ESPERADO	MÉTODO DE CÁLCULO	TEMPO	FONTE	RESPONS.
Proporção de casos de TB com tratamento iniciado no HGA.	Proporção de casos de TB com tratamento iniciado no HGA dentre o total de casos de TB diagnosticados no HGA, no trimestre considerado do ano em curso.	Nº de casos de TB que iniciaram o tratamento no HGA no trimestre considerado do ano em curso / Total de casos de TB diagnosticados no HGA, no trimestre considerado do ano em curso X 100.	Cada três meses	SINAN / HGA	NEPI
Proporção de casos de TB com tratamento iniciado imediatamente após a internação no HGA.	Proporção de casos de TB com tratamento iniciado imediatamente após a internação no HGA, dentre o Total de casos de TB internados no HGA, no trimestre considerado do ano em curso.	Nº de casos de TB que iniciaram o tratamento imediatamente após a internação no HGA, no trimestre considerado do ano em curso / Total de casos de TB internados no HGA, no trimestre considerado do ano em curso X 100.	Cada três meses	SINAN / HGA	NEPI
Percentual de casos de TB pulmonar encaminhados pelo HGA que deram continuidade ao tratamento em outro serviço (UR ou UBS)	Proporção de casos de TB pulmonar realizando tratamento em outro serviço dentre os encaminhados pelo HGA para seguimento em outro serviço, no trimestre considerado do ano em curso.	Nº de casos de TB pulmonar encaminhados pelo HGA, realizando tratamento em outro serviço, no trimestre considerado do ano em curso / Total de casos de TB pulmonar encaminhados pelo HGA para seguimento em outro serviço x 100.	Cada três meses	SINAN / HGA	NEPI
Coeficiente de mortalidade por tuberculose no HGA.	Nº de óbitos por tuberculose (todas as formas) na população atendida no HGA, no ano em curso.	Nº de óbitos por TB (todas as formas) no HGA, no ano em curso / População atendida no HGA, no ano em curso x 10 ⁰ .	Anual	SIM	NEPI
Coeficiente de Mortalidade por tuberculose na emergência do HGA	Nº de óbitos por tuberculose entre os atendidos na emergência do HGA, no ano considerado.	Nº de óbitos por tuberculose na emergência do HGA, no ano considerado / População atendida na emergência do HGA, no ano considerado x 10 ⁰ .	Anual	SIM	NEPI

7.1 Indicadores Propostos para Monitorar o Plano (continuação)

INDICADOR	PRODUTO ESPERADO	MÉTODO DE CÁLCULO	TEMPO	FONTE	RESPONS.
Mortalidade proporcional, TB e demais causas, no HGA.	Proporção de óbitos por tuberculose entre o Total de óbitos ocorridos no HGA, no ano considerado.	Nº de óbitos por tuberculose ocorridos no HGA, no ano considerado / Total de óbitos ocorridos no HGA, no ano considerado x 100.	Anual	SIM	NEPI
Cobertura de casos de TB notificados/ investigados pelo NEPI do HGA	Proporção de casos de TB notificados e investigados no HGA, no trimestre considerado do ano em curso.	Nº de casos de TB notificados e investigados no HGA, no trimestre considerado do ano em curso / Total de casos de TB notificados e investigados no HGA, no trimestre considerado do ano em curso X 100.	Cada três meses	SINAN / HGA	NEPI
Coefficiente de coinfeção pelo HIV em casos de TB diagnosticados no HGA	Número de casos de TB com coinfeção pelo HIV entre os casos de TB diagnosticados no HGA.	Nº de casos de TB com coinfeção pelo HIV, diagnosticados no HGA, no trimestre considerado do ano em curso / Total de casos de TB diagnosticados no HGA, que realizaram o teste para HIV, no trimestre considerado do ano em curso X 100.	Cada três meses	SINAN / HGA	NEPI
Proporção de casos de TB atendidos no HGA que recusaram realizar o teste para o HIV.	Proporção de casos de TB que recusaram realizar o teste para o HIV dentre os casos de TB atendidos no HGA.	Nº de casos de TB atendidos no HGA que recusaram realizar o teste para o HIV, no trimestre considerado do ano em curso / Total de casos de TB atendidos no HGA, no trimestre considerado do ano em curso x 100.	Cada três meses	SINAN / HGA	NEPI
Cobertura de teste tuberculínico (TT) em funcionários do HGA	Proporção de funcionários do HGA que realizaram o TT dentre o Total de trabalhadores do HGA, no ano considerado.	Nº de funcionários do HGA que realizaram o TT, no ano considerado / Total de trabalhadores do HGA, no ano considerado x 100.	Anual	PNI / HGA	PNI / HGA

Fonte: autora, 2012

Outros indicadores de monitoramento:

- Numero de capacitações realizadas – Fonte: lista de frequência;
- N° de profissionais capacitados – Fonte: lista de frequência;
- N° de funcionários treinados e motivados – Fonte: lista de frequência;
- Busca Ativa de sintomáticos respiratórios na emergência, implantada – Fonte: registro no livro de SR;
- Local e Fluxo para coleta do escarro dos SR, definidos;
- Instrumentos para solicitação e emissão de resultados de exames (baciloscopia, teste tuberculínico, e etc.), definidos;
- N° de reuniões sobre TB realizadas na comunidade (usuários do ambulatório) – Fonte: livro ata;

7.2 Indicadores Propostos para Avaliar o Plano:

- Triagem dos pacientes: Vem sendo realizada conforme o planejado? Quem e Como vem sendo realizada? Se não realizada, qual o motivo?
- Procura de Sintomáticos Respiratórios (SR): É feita busca ativa dos SR na rotina da urgência/emergência? Quem realiza essa tarefa? Como ela é registrada? Se não realizada, qual o motivo?
- Baciloscopia dos sintomáticos: Vem sendo realizada a baciloscopia nos SR atendidos na urgência/emergência? Onde é coletada a baciloscopia? É colhida no mesmo dia? Se não realizada, qual o motivo?
Se feita, verificar a demora entre a identificação do SR e a coleta do escarro para exame. Quanto tempo demora entre a coleta e o envio ao laboratório? Quanto tempo demora entre a data de envio do exame e o recebimento do resultado? Informar se o laboratório faz parte do HGA ou se é conveniado.
- Quanto tempo demora entre a admissão/diagnóstico do caso de TB e o início do tratamento? Tempo decorrido (em dias).
- A Unidade realiza teste para o HIV, com aconselhamento pré e pós-teste, para todos os doentes de tuberculose? Se não realizada, qual o motivo?
- Quantos pacientes com TB são tratados, em média, no HGA?

8 CRONOGRAMA DA INTERVENÇÃO

CRONOGRAMA 2012- 2013														
Componente 1 - Prevenção		Ano 2012/mês				Ano 2013/mês								
		09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Atividades	Implantar a identificação de SR na rotina da urgência/ emergência do HGA	X	X	X	X									
	Fazer campanhas educativas sobre TB, e mobilização social, no HGA	X	X	X	X	X	X							
	Divulgar em todos os setores do hospital banners ou cartazes alusivos	X												
Componente 2 – Assistência		Ano 2012/mês				Ano 2013/mês								
		09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Atividades	Adequar um local na unidade de saúde para coleta de escarro, segundo as normas de biossegurança.	X												
	Fornecer materiais de consumo (60 potes/mês)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Estabelecer um fluxo de envio das amostras ao laboratório.	X												

Continua

Cronograma da Intervenção (Continuação)

CRONOGRAMA 2012- 2013														
Componente 3 - Desenvolvimento Humano e Institucional		Ano 2012/mês				Ano 2013/mês								
		09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Atividades	Realizar quatro capacitações para auxiliares e técnicos de enfermagem sobre TB, com ênfase em busca ativa de SR.	X	X	X	X									
	Realizar duas oficinas de sensibilização para os responsáveis pelos setores de vigilantes, auxiliares de limpeza e administrativos, sobre TB, com ênfase em prevenção.	X		X										
	Realizar quatro capacitações para 60% dos profissionais, de cada plantão de urgência/emergência, sobre TB, com ênfase em busca ativa de SR.	X	X	X	X									
	Capacitar 100% das equipes de enfermagem e laboratório das unidades de internamento e emergência para orientação da coleta de escarro	X	X	X	X									
Componente 4 - Planejamento, Monitoramento e Avaliação.		Ano 2012/mês				Ano 2013/mês								
		09	10	11	12	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Atividades	Elaborar planilhas com os indicadores propostos	X	X											
	Criar /adaptar um instrumento de supervisão		X	X										
	Realizar reunião semestral com responsáveis técnicos do NEPI				X						X			
	Realizar monitoramento de 100% dos internamentos com este agravo					X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fonte: aluna, 2012

9 ORÇAMENTO

Em pesquisa na rede de laboratório foi identificado o preço médio dos principais materiais de consumo para a realização do exame de baciloscopia por mês. Conforme mostra o **Quadro 1**.

Salienta-se que a Diretoria do LACEN (Laboratório Central) informa que fornecerá todo o material por um período de tempo e estipulou um prazo para que os hospitais da Região Metropolitana façam suas próprias baciloscopias não mais recebendo material para essa realização.

MATERIAL/EQUIPAMENTO	QUANTIDADE	VALOR unitário em R\$
CONSUMO MENSAL		
Álcool 70% p/ coloração 1000 ml	01 unidade	4,70
Álcool 70% p/ esfregaço 1000 ml	01 unidade	4,70
Álcool 70% p/ leitura 1000 ml	01 unidade	4,70
Álcool etílico comercial 1000 ml	01 unidade	4,70
Algodão hidrófilo 500 gramas	02 pacotes	17,92
Azul de metileno a 0,3% 1000 ml	01 unidade	28,00
Saco plástico autoclavavel	02 pacotes	2,20
Solução de fenol 5% p/ esfregaço 1000 ml	01 unidade	23,00
Solução descorante álcool acida 3% 1000 ml	01 unidade	32,00
Caixa de papelão p/ perfuro cortante	03 unidades	3,00
Cx de fósforo ou isqueiro	01 unidades	1,50
Desinfetantes 1000 ml	02 tubos	5,00
Detergente neutro 1000 ml	01 unidade	6,50
Etiquetas pequenas	100 unidades	7,00
Fita crepe	03 unidades	3,00
Frasco de vidro âmbar 200 ml	02 unidades	61,20
Fucsina fenicada a 0,3% 1000 ml	01 unidade	15,96
Gazes	03 pacotes	36,00
Lamina de vidro fosca microscopia, borda fosca Cx C/ 50	03 caixas	8,70
Mascara N95	01 caixas	112,00
Óculos de proteção	03 unidades	17,10
Óleo de imersão p/ leitura 300 ml	03 tubos	26,80
Palito de madeira (tipo churrasco)	03 pacotes	3,50
Papel absorvente	01 pacote	10,40
Papel filtro 15 cm	02 pacotes	15,50
Total Material de Consumo Mensal		539,08
MATERIAL PERMANENTE		
Pinça anatômica 12 cm, ponta arredondada e serrilhada interna.	04 unidades	24,00
Bico de bunsen	01 unidade	84,60
Recipiente inox com tampa p/ as gazes 1000 ml	02 unidades	22,38
Recipiente de vidro com tampa p/ as laminas	03 unidades	29,70
Bandejas de metal	02 unidades	50,40
Cronometro	01 unidade	10,80
Haste de metal com extremidade isolante térmico	02 unidades	3,00
Bancada com cuba de inox	02 unidades	118,00

Estante p/ tubos	02 unidades	1,50
Suporte p/ corar as lâminas	02 unidades	9,00
Torneira c/ ponto de água corrente	01 unidade	7,00
Funil de vidro haste curta	02 unidades	5,60
Total Material de Consumo		374,88
VALOR TOTAL GERAL MENSAL		913,96

Quadro 1- Relação de matérias/quantidade/preços
Fonte: Aluna, 2012.

Em pesquisa no **SIGTAP** (Sistema de Gerenciamento da Tabela Unificada de Procedimentos- MS), identificamos os valores das baciloscopias de diagnóstico e de controle, bem como o código do procedimento, conforme mostra o **Quadro 2**.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR
559	BACILOSCOPIA DIAGNÓSTICA	R\$ 4,50
561	BACILOSCOPIA DE ACOMPANHAMENTO	R\$ 4,20
557	TRATAMENTO SUPERVISIONADO COM ALTA POR CURA	R\$ 100,00
	RX DE TÓRAX AP/P	R\$ 9,50

Quadro 2- Relação de procedimento/ código e valor pago pelo SUS
Procedimentos para tuberculose- SIGTAP- 2011/MS

Portaria n.º 3.739, de 16 de outubro de 1998 do 206-e, de 28/10/98

CID: A.01022113 PPD (TUBERCULOSE)

Em seus Artigos, entre outros o Art. 4º - Criou os seguintes códigos na Tabela SIA/SUS e os valores:

Já no Art. 5º - Determinar que o procedimento 557 somente poderá ser apresentado para cobrança, 1(uma) vez, por paciente cadastrado no programa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BISAGLIA, Joana Buarque et al. Atualização terapêutica em tuberculose: principais efeitos adversos dos fármacos. **Bol. Pneumol. Sanit.** Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 53-59, 2003. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-460X2003000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de maio de 2010.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Centro de Referência Professor Hélio Fraga. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. **Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço.** Rio de Janeiro: EAD/ENSP/FIOCRUZ, 2008.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Situação Epidemiológica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31115>. Acesso em: 20 de maio de 2010

COTIAS, Paulo Marcelo T. Procedimentos em biossegurança na tuberculose. **Bol. Pneumol. Sanit,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 65-67, 2001.

GALESI, Vera Maria Neder; ALMEIDA, Margarida Maria Mattos Brito de; GONCALVES, Marcelo Luiz Carvalho. Transmissão nosocomial da tuberculose: diminuindo o risco. **Bol. Pneumol. Sanit,** Rio de Janeiro. 2001, v.9, n.2, p. 21-26. 2001.

HIJJAR, Miguel Aiub. Controle da tuberculose no Brasil: a estratégia do Plano Emergencial. **Bol. Pneumol. Sanit,** Rio de Janeiro. v. 5, n. 1, p. 98-99, 1997.

GALESI, Vera Maria Neder; ALMEIDA, Margarida Maria Mattos Brito de. Indicadores de morbimortalidade hospitalar de tuberculose no Município de São Paulo. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.10, n. 1, p. 48-55, mar, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2007000100006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 de maio de 2010.

MONTEIRO, Mário Francisco Giani. A carga da doença associada com algumas causas de internação hospitalar realizada pelo SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília, v.13, n.1 p. 7-14, 2004. Disponível em:

<http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-49742004000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 de maio de 2010.

PAIVA, Arthur Maia et al. Tratamento supervisionado no controle da tuberculose em Ribeirão Preto: novo modo de agir em saúde. **Bol. Pneumol. Sanit**, Rio de Janeiro, [online]. v.7, n.1 p.43-50, 1999. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-460X1999000100004&lng=pt&nrm=.pf>. Acesso em: 20 de maio de 2010.

RUFFINO-NETTO, Antonio. Programa de Controle da Tuberculose no Brasil: situação atual e novas perspectivas. **Informe Epidemiológico do SUS**. Brasília, v. 10, n. 3, p. 129-38, 2001.

SANTOS, Josinei. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl.1, p. 89-94, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. II Congresso Brasileiro de Tuberculose. Diretrizes brasileiras para tuberculose 2004. **J Bras Pneumol**. São Paulo, v. 30, Supl 1, p. 4-56, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Report, 2008: **Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing**. Geneva, 2008.

XAVIER, Maria Isabel; BARRETO, Mauricio Lima. Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: O perfil na década de 1990. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 23, n. 2, p. 445-453, 2007.