

PLANO ESTADUAL PELO FIM DA TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS

2019 - 2022

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA ESTADUAL
DE CONTROLE DA TUBERCULOSE/SES-MG



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Governador do Estado de Minas Gerais

Romeu Zema Neto

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva

Chefia de Gabinete

Luiz Marcelo Cabral Tavares

Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde

Dario Brock Ramalho

Assessora de Comunicação Social

Vívian Tatiene Nunes Campos

Superintendente de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador

Jordana Costa Lima

Coordenadora do Programa Estadual de Controle da Tuberculose

Maíra de Assis Pena Veloso

Elaboração:

Cláudio José Augusto

Cynthia de Fátima Alves

Eleonora Assunção Morad Arantes

Janaína Passos de Paula

Ludmila Cristina do Carmo Tavares

Maíra de Assis Pena Veloso

Renata Guimarães Moreira Rocha

Stefano Barbosa Codenotti

VERSÃO PRELIMINAR, MARÇO DE 2019.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo Calmette-Guérin
BK	Bacilo de Koch
CGPNCT	Coordenação-Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIRA	Comissões Regionais Ampliadas
DECD	Divisão de Epidemiologia e Controle de Doenças
DIOM	Diretoria do Instituto Octávio Magalhães
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
GAL	Gerenciador de Ambiente Laboratorial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (do inglês, Human Immunodeficiency Virus)
ILTB	Infecção Latente de Tuberculose
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
MOT-TB	Monitoramento Oportuno do Tratamento da Tuberculose
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCT	Programa de Controle de Tuberculose
PECT	Programa Estadual de Controle da Tuberculose
PNCT	Programa Nacional de Controle da Tuberculose
PPL	População Privada de Liberdade
Rede-TB	Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose
SAPS	Superintendência de Atenção Primária à Saúde
SDBF	Serviço de Doenças Bacterianas e Fúngicas
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SITETB	Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose
SR	Sintomático Respiratório

SUS	Sistema Único de Saúde
SVEAST	Superintendência de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador
TB	Tuberculose
TB-HIV	Tuberculose associada ao HIV
TB-MDR	Tuberculose Multidrogarresistente
TDO	Tratamento Diretamente Observado
TRM-TB	Teste Rápido Molecular - Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

I – INTRODUÇÃO	7
II - PLANO NACIONAL	9
III – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL.....	11
IV – ANÁLISE SITUACIONAL DA TUBERCULOSE EM MINAS GERAIS	13
A- PAINEL DE INDICADORES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE:	13
B - CENÁRIOS DA TUBERCULOSE DOS MUNICÍPIOS MINEIROS SEDE DE REGIONAIS:	22
C – PRINCIPAIS FORTALEZAS E DESAFIOS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MINAS GERAIS	27
V – PLANOS REGIONAIS PELO FIM DA TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	29
VI – PLANO ESTADUAL PELO FIM DA TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	31
VII - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	35
VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
IX – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

I – INTRODUÇÃO

A Tuberculose (TB) é uma doença conhecida desde a antiguidade, mas que permanece sendo um sério problema de saúde pública mundial na atualidade. Os casos da doença estão associados à pobreza, à exclusão social e à marginalização de parte da população submetida a más condições de vida, como moradia precária, desnutrição e dificuldade de acesso aos serviços e bens públicos (BRASIL, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), um terço da população mundial está infectada pelo Bacilo Koch (BK), sendo a TB considerada uma emergência global desde 2006. Em 2016, estimou-se que no mundo, cerca de 10,4 milhões de pessoas desenvolveram TB e 490 mil na forma de TB multidrogarresistente (TB-MDR). Além disso, aproximadamente 1,8 milhão de pessoas morreram por TB, incluindo 400 mil pessoas vivendo com HIV. A TB é reconhecida pela OMS como a doença infecciosa de agente único que mais mata pessoas vivendo com HIV (WHO, 2017).

No ano de 2015, a OMS reclassificou a lista de países prioritários para tuberculose no mundo, definindo, para tanto, três listas para o período de 2016 a 2020, sendo elas referentes à: 1) tuberculose, 2) tuberculose multidrogarresistente e 3) coinfeção TB-HIV. Cada lista é composta por 30 países, sendo 20 com o maior número absoluto de casos e 10 com o maior coeficiente de incidência. O Brasil compõe duas delas, a de alta carga de TB e a de coinfeção TB-HIV, demonstrando a necessidade de uma atenção especial à doença no país (WHO, 2016).

Após as metas de desenvolvimento do milênio terem sido alcançadas por diversos países, incluindo o Brasil, em 2015 a OMS apresentou a “Estratégia pelo Fim da Tuberculose (*End TB Strategy*)” que traz a visão de “Um mundo livre da tuberculose: zero morte, adoecimento e sofrimento devido à tuberculose”, e tem como objetivo o “fim da epidemia global da doença”. O Brasil teve um papel de destaque na construção da estratégia, ao ser o principal proponente da mesma, e principalmente por sua experiência com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a Rede Brasileira de Pesquisas em TB (Rede-TB) (WHO, 2014).

No Brasil, por meio da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (CGPNCT) do Ministério da Saúde (MS), em consonância com a “Estratégia pelo Fim da Tuberculose” da OMS, foi lançado, no ano de 2017, o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose

como Problema de Saúde Pública. Esse plano apresenta como metas: redução do coeficiente de incidência da doença para menos de 10 casos e redução do coeficiente de mortalidade para menos de um 1 óbito a cada 100 mil habitantes até 2035 (BRASIL, 2017).

No ano de 2017, foram notificados 69.569 casos no Brasil, o coeficiente de incidência foi igual a 33,5 casos/100 mil hab. Do total de casos notificados, 77,8% foram testados para HIV, e 9,5% apresentaram resultado positivo para coinfeção. Com relação ao coeficiente de incidência, no período de 2008 a 2017, observou-se uma queda média anual de 1,6%, passando de 39,0 por 100 mil habitantes para 33,5 por 100 mil habitantes (BRASIL, 2018). Ainda no ano de 2017, foram diagnosticados e acompanhados no Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose (SITETB) 246 casos novos de monorresistência, 80 de polirresistência, 713 de multidrogarresistência ou resistência à Rifampicina e 2 casos de resistência extensiva (BRASIL, 2018).

Nesse cenário nacional, o Estado de Minas Gerais (MG) configura-se como o 5º estado com o maior número de casos no país, com o total de 4.022 casos de TB (casos novos e retratamentos) em 2017. Dos 853 municípios do estado, 538 tiveram pelo menos 1 caso de TB notificado entre os seus residentes, totalizado 3.591 casos novos de TB no estado em 2017. Observa-se que as unidades regionais de saúde de Belo Horizonte, Juiz de Fora, Montes Claros e Coronel Fabriciano apresentaram maior número de casos novos no referido ano, respondendo por 47,7% do total do estado.

No período de 2007 a 2017 em MG, o coeficiente de incidência apresentou uma queda, variando de 23,39 casos/100 mil hab. em 2007, para 16,91 casos/100 mil hab. em 2017. Apesar da queda, o coeficiente de incidência continua acima da meta estabelecida pelo Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública. O mesmo acontece com o coeficiente de mortalidade do Estado que em 2017 foi de 1,1 óbitos/100 mil hab., ficando abaixo do coeficiente do Brasil nesse mesmo ano, porém também acima da meta a ser atingida até 2035.

Por esse motivo, o Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais (PECT - MG), visando orientar as ações de vigilância, assistência e planejamento em saúde, elaborou o “Plano Estadual pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública em Minas Gerais”, que além de compartilhar a análise situacional e seus diversos cenários epidemiológicos, apresenta as ações estaduais para o enfrentamento da doença e alcance das metas pactuadas no Estado.

II - PLANO NACIONAL

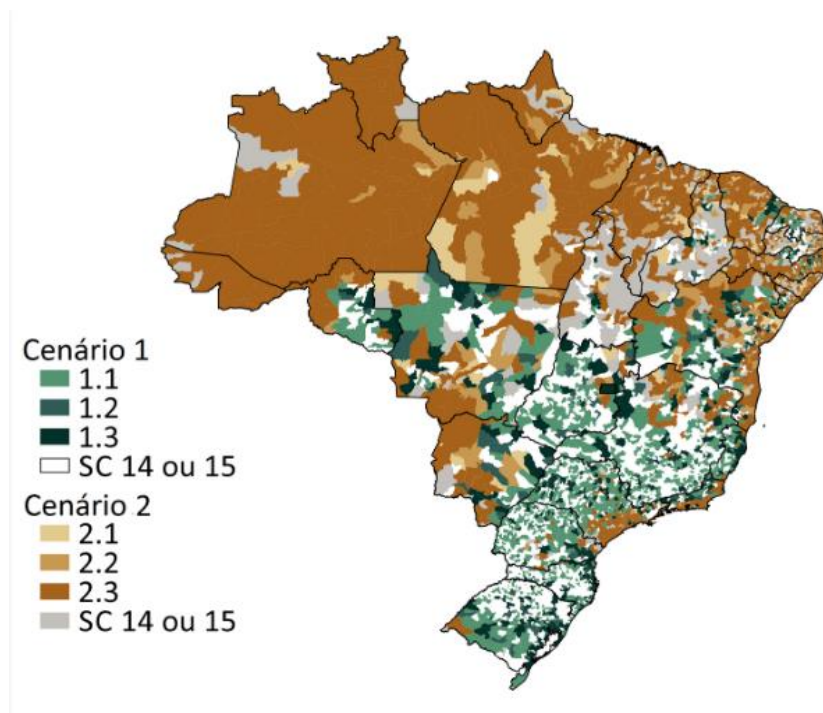
Com o objetivo de alcançar as metas definidas pela OMS para o fim da epidemia global da tuberculose, o Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), publica o Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, cujas duas grandes metas são: redução do coeficiente de incidência para menos de 10 casos/100 mil habitantes e do coeficiente de mortalidade por TB para menos de 1 óbito/100 mil habitantes, até o ano de 2035.

O Plano Nacional, baseado na estratégia global, é composto por três grandes pilares, a partir dos quais foram identificados objetivos e estratégias para o enfrentamento da doença, a saber: 1- Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose; 2- Políticas arrojadas e sistemas de apoio; e 3- Intensificação da pesquisa e inovação.

Os cenários da tuberculose dos municípios brasileiros foram definidos para contemplar as especificidades territoriais e facilitar o planejamento dos estados e municípios. A divisão do país considera características socioeconômicas, além da situação epidemiológica e operacional da doença nos 5.570 municípios brasileiros e se constitui como importante ferramenta do diagnóstico situacional do país.

Nesse trabalho, o cenário 1 caracteriza-se por conter, dentro do grupo de municípios, indicadores socioeconômicos e operacionais melhores, e em geral é composto por locais que necessitam incorporar ou criar estratégias inovadoras no cuidado e aprimorar as questões relacionadas ao pilar 1. Já o cenário 2 é composto por municípios com indicadores socioeconômicos e operacionais menos favorecidos e são territórios que necessitam de incorporar ações básicas para o controle da tuberculose. Cada um dos cenários foi dividido em 04 subcenários, conforme a figura 1.

Figura 1: Municípios brasileiros segundo cenários socioeconômico, epidemiológico e operacional da tuberculose



Fonte: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.

III – PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PLANO ESTADUAL

O Estado de Minas Gerais possui, dentro da sua divisão administrativa, 28 unidades regionais de saúde e 853 municípios, os quais possuem características diversas e exigem estratégias diferenciadas para implantação de ações de controle da TB. Considerando essa especificidade e as diretrizes que compõem o SUS, fez-se necessário a proposição de um planejamento integrado e ascendente, tendo como base os territórios (Figura 2).

O PECT-MG elaborou o Plano Estadual utilizando metodologia participativa, por meio de oficinas, videoconferências e com a colaboração de vários atores. Além da descrição das ações da própria coordenação, o documento é composto por ações dos planos desenvolvidos pelas 28 unidades regionais de saúde do estado.

No processo de construção do plano, em um primeiro momento, foi realizada a análise situacional, levando em consideração os indicadores epidemiológicos e operacionais alcançados no estado nos últimos anos, os cenários municipais da TB descritos no Plano Nacional e a realização do levantamento das principais fortalezas e desafios para o controle da tuberculose em MG.

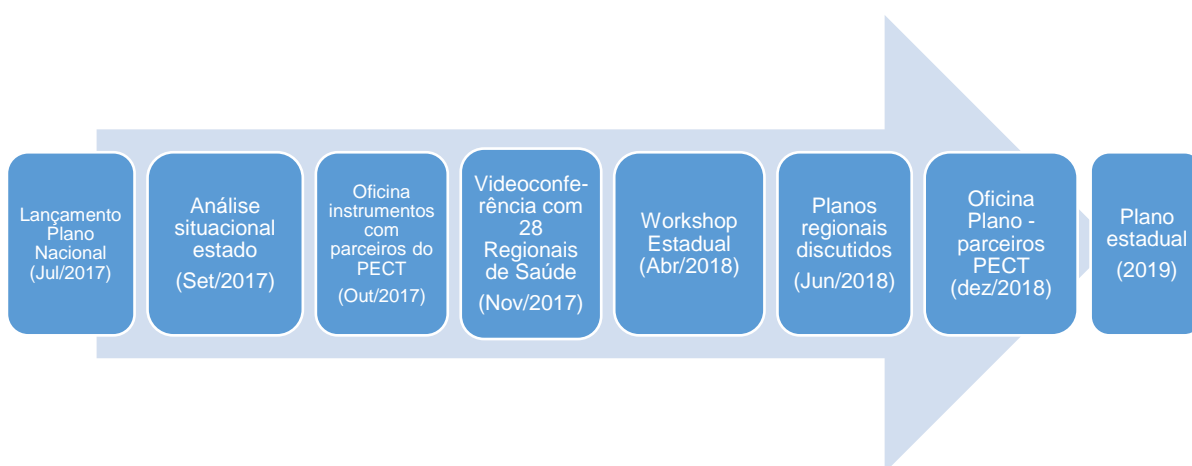
Logo após o diagnóstico, ocorreu em outubro de 2017, a primeira oficina ampliada para discussão do Plano Estadual, na qual participaram representantes da Organização Pan-Americana da Saúde, Programa Nacional e Estadual de Controle da Tuberculose, Rede Técnica Metropolitana, que é composta por referências técnicas de TB dos 8 municípios com maior número de casos de TB na região metropolitana de Belo Horizonte, além de profissionais de saúde dos hospitais de referência do estado e da Fundação Ezequiel Dias (FUNED). Nessa oficina, foram trabalhados e consolidados os instrumentos para orientar a construção do Plano Estadual e Regional baseados nos Pilares do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.

Com os instrumentos discutidos e definidos, o PECT-MG realizou videoconferências com todas as referências técnicas de TB das regionais de saúde do Estado. Nesse momento, foram apresentados o Plano Nacional e os instrumentos de planejamento que seriam utilizados. Essa discussão foi ampliada e reproduzida por todas as referências regionais em oficinas locais com a participação de diversos profissionais. O produto dessas oficinas foi a construção dos Planos Regionais, baseados nas diretrizes estaduais e nacionais para o

Controle da Tuberculose, no diagnóstico situacional da doença e nos cenários de cada território.

A discussão sobre os Planos Regionais foi aprofundada durante o I Workshop para o Controle da Tuberculose em Minas Gerais, realizado em abril de 2018, ocasião em que o Plano Nacional foi apresentado de forma detalhada e amplamente discutido com, aproximadamente, 200 profissionais de todo o estado. Durante o evento foram expostas ações que se destacaram nos planos regionais e aquelas a serem priorizadas pelo estado, considerando os desafios para o controle da tuberculose em Minas Gerais.

Figura 2: Resumo da metodologia de construção do plano estadual



Fonte: Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais.

IV – ANÁLISE SITUACIONAL DA TUBERCULOSE EM MINAS GERAIS

Durante o processo de planejamento, uma das etapas é a realização da análise da situação de saúde, com o objetivo de conhecer a magnitude do problema e identificar as fragilidades que precisam ser sanadas para o alcance das metas.

Na construção do Plano Estadual foram utilizadas diversas ferramentas que permitiram a identificação das ações necessárias para fortalecimento do controle da doença em MG e, conseqüentemente melhoria dos indicadores locais. Destaca-se a construção de painel de indicadores epidemiológicos e operacionais da doença no estado e por regional de saúde, o qual norteou os caminhos a serem seguidos no momento do planejamento.

Também foram utilizados nesta análise, os cenários da tuberculose propostos pelo Programa Nacional, revelando a situação da doença a partir de um contexto sócio econômico, que mostra as diferentes realidades dentro de um mesmo Estado.

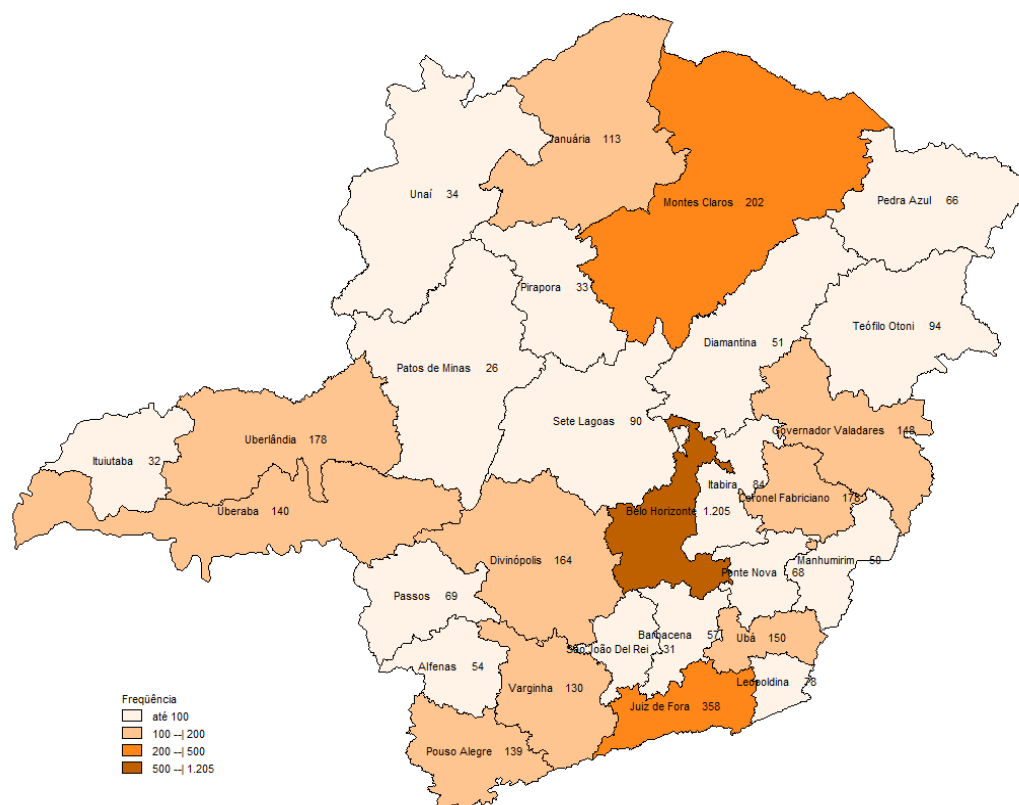
Adicionalmente, foi realizada a reflexão e o levantamento das fortalezas e desafios para o controle da tuberculose no estado, que também foram consideradas durante o planejamento.

A- PAINEL DE INDICADORES DO PROGRAMA DE CONTROLE DA TUBERCULOSE:

A situação dos indicadores relacionados à TB apresenta, dentro do próprio Estado, características diversas o que indica a necessidade de planejamentos específicos para cada região e municípios de MG.

O conhecimento da situação epidemiológica e operacional auxilia na compreensão do comportamento da doença em MG. A seguir, diversos indicadores mostram o contexto da doença no estado.

Figura 3: Distribuição do número de casos (novos e reingressos) de tuberculose segundo Unidade Regional de Saúde de residência no Estado de Minas Gerais, no ano de 2017.

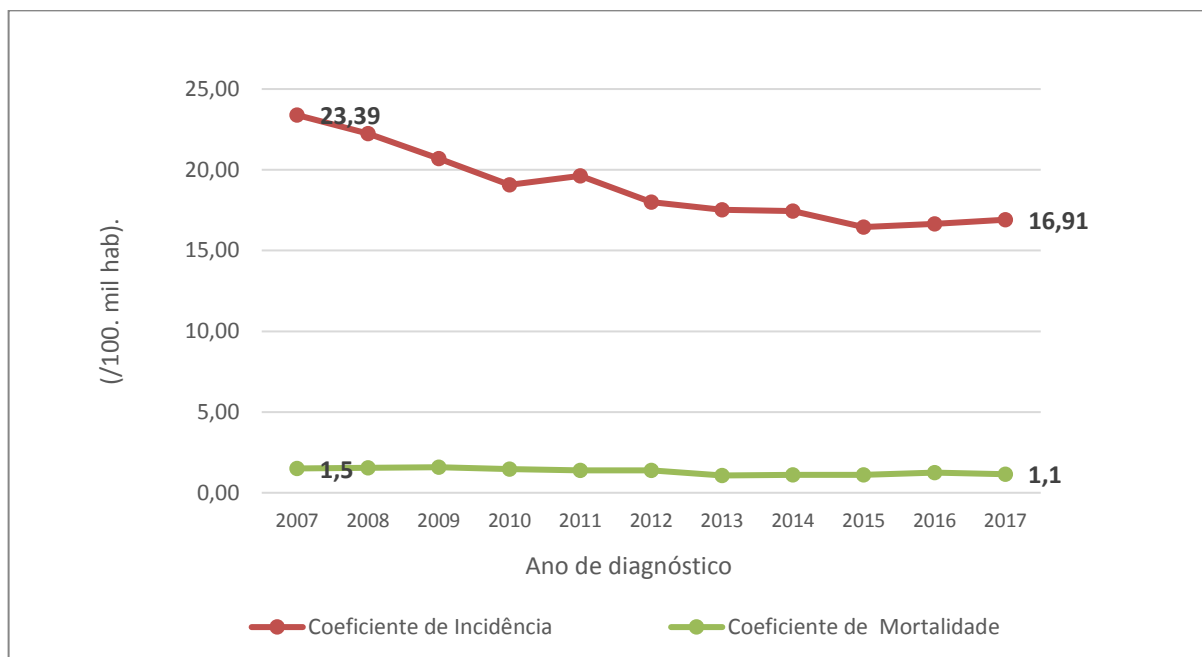


Fonte: PECT/SES/MG/SINAN NET.

Nota: dados retirados no dia 17/10/2018, sujeitos à alteração.

No Estado de Minas Gerais, no ano de 2017, foram diagnosticados 4.022 casos de TB (novos e reingressos), sendo que todas as 28 Regionais de Saúde notificaram casos da doença, destacando-se: Belo Horizonte (1.205), Juiz de Fora (358) e Montes Claros (202). Esses números nessas três regionais correspondem a aproximadamente metade (43,8%) dos casos diagnosticados no estado neste ano, seguidos do agrupamento das regionais de Coronel Fabriciano (178), Divinópolis (164), Governador Valadares (148), Januária (113), Pouso Alegre (139), Ubá (150), Uberaba (140), Uberlândia (178) e Varginha (130), responsáveis por 33,3% (Figura 3).

Figura 4: Coeficiente de incidência e mortalidade por tuberculose, no Estado de Minas Gerais, no período de 2007 a 2017.

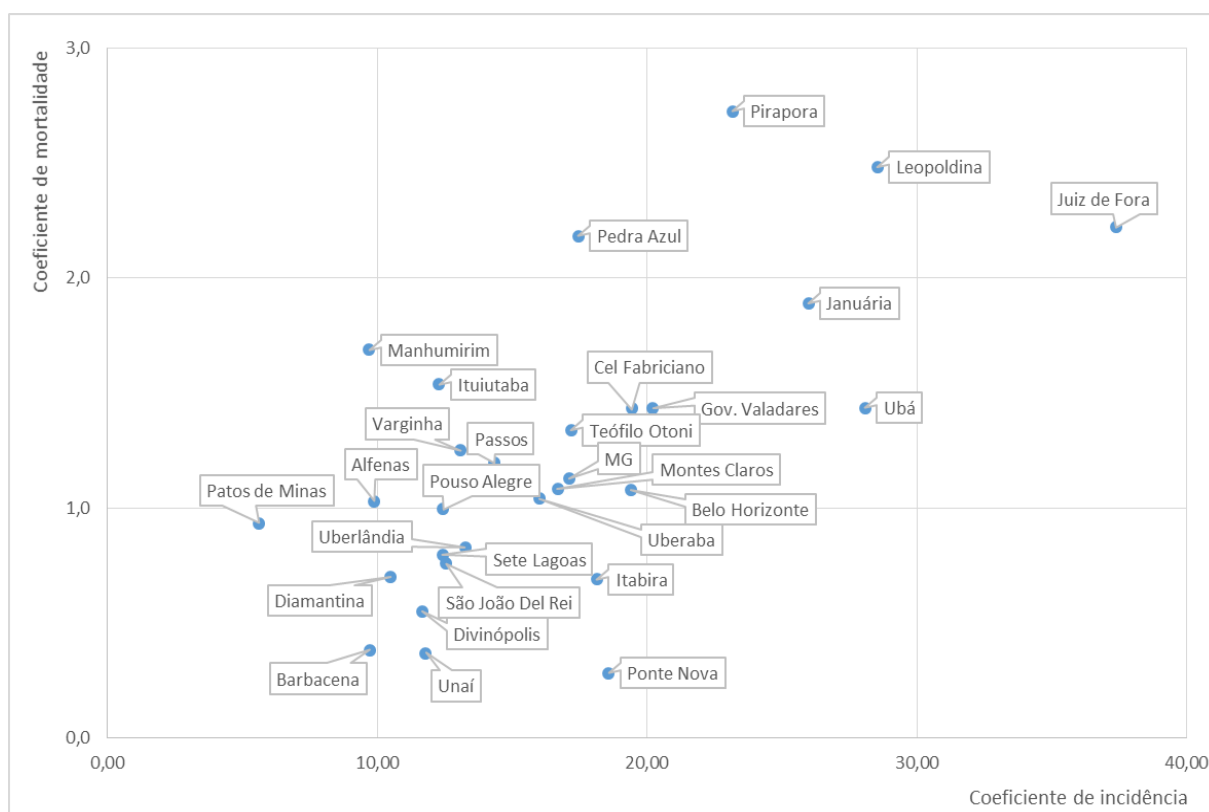


Fonte: PECT/SES/MG/SINAN NET.

Nota: dados retirados no dia 17/10/2018, sujeitos à alteração.

No período de 2007 a 2017, ocorreu uma redução de 27,7% do coeficiente de incidência da doença no período, passando de 23,39 casos novos por 100 mil habitantes para 16,91 casos novos por 100 mil habitantes. Embora haja redução, vale ressaltar que o Estado de MG ainda não alcançou a meta desse indicador descrita no Plano Nacional. Em relação ao coeficiente de mortalidade, no mesmo período ocorreu uma redução de 24%, passando de 1,5 óbito por 100 mil habitantes para 1,1 óbito por 100 mil hab. Esse indicador apresenta-se próximo à meta nacional preconizada, de menos de 1 óbito para cada 100 mil hab. (Figura 4).

Figura 5: Coeficiente de incidência e mortalidade por tuberculose por 100 mil habitantes, residentes nas Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais, no ano de 2017.



Fonte: PECT/SES/MG/SINAN NET.

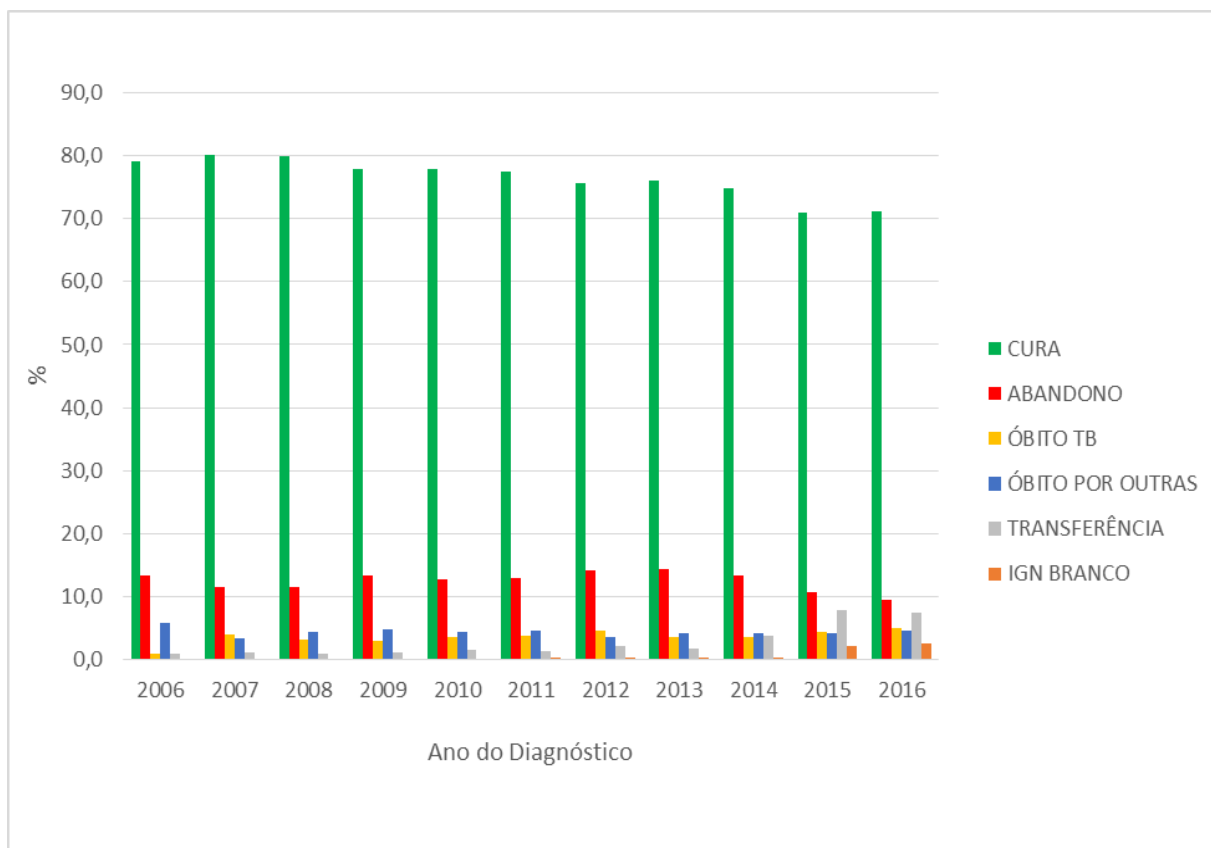
Nota: dados retirados no dia 17/10/2018, sujeitos à alteração.

Os coeficientes de incidência e de mortalidade apresentam diferentes resultados quando comparadas às 28 Regionais de Saúde (Figura 5).

As regionais de Alfenas, Barbacena e Patos de Minas estão dentro das metas estabelecidas no Plano Nacional e necessitam continuar com ações eficientes para manterem esses indicadores.

Em situação diferente, observa-se que algumas regionais, como: Diamantina, Divinópolis, Itabira, Pouso Alegre, Ponte Nova, São João Del Rei, Sete Lagoas, Uberlândia e Unai, já alcançaram a meta referente ao coeficiente de mortalidade, porém ainda necessitam de ações para reduzir a incidência da doença. Ao passo que as regionais de Belo Horizonte, Coronel Fabriciano, Governador Valadares, Ituiutaba, Januária, Juiz de Fora, Leopoldina, Manhumirim, Montes Claros, Passos, Pedra Azul, Pirapora, Teófilo Otoni, Ubatuba, Uberaba e Varginha, estão aquém das metas, necessitando de ações que possam melhorar o diagnóstico e tratamento oportunos e acompanhamento adequado da doença.

Figura 6: Percentual da situação de encerramento dos casos novos de tuberculose pulmonares com confirmação laboratorial, no Estado de Minas Gerais, no período de 2007 a 2016.

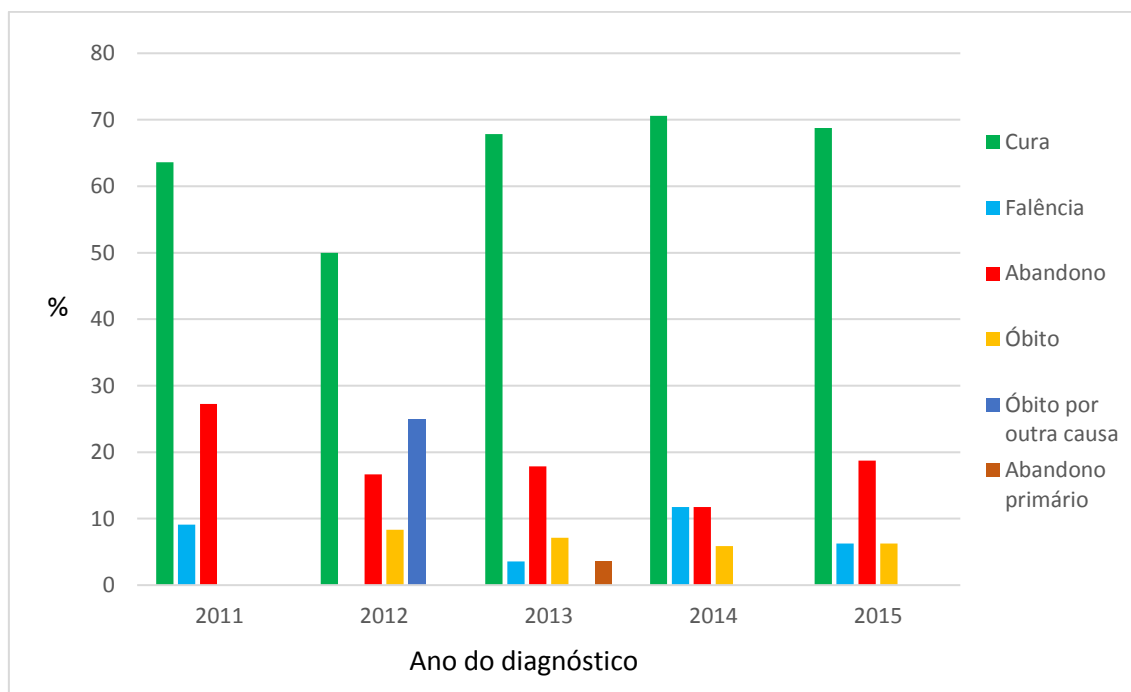


Fonte: PECT/SES/MG/SINAN NET.

Nota: dados retirados no dia 17/10/2018, sujeitos à alteração.

Podemos observar, ao longo dos anos, a ocorrência de queda do percentual de cura, de 80,2% em 2007, para 71,2% em 2015. No entanto, em 2015 e 2016, esse indicador manteve-se estável. Salienta-se que o percentual de abandono mantinha uma média de 13% até o ano de 2014 e, a partir de 2015, sofreu queda, tendo em 2015 chegado a 10,6% e, em 2016, alcançou 9,5% no estado. Vale ressaltar, que os parâmetros recomendados pelo PNCT/MS para esses dois indicadores, são de no mínimo 85% de cura e no máximo 5% de abandono, o que reforça a necessidade de investir em ações que garantam a adesão do paciente ao tratamento (Figura 6).

Figura 7: Percentual da situação de encerramento dos casos novos de tuberculose multidrogarresistente, no Estado de Minas Gerais, no período de 2011 a 2015.

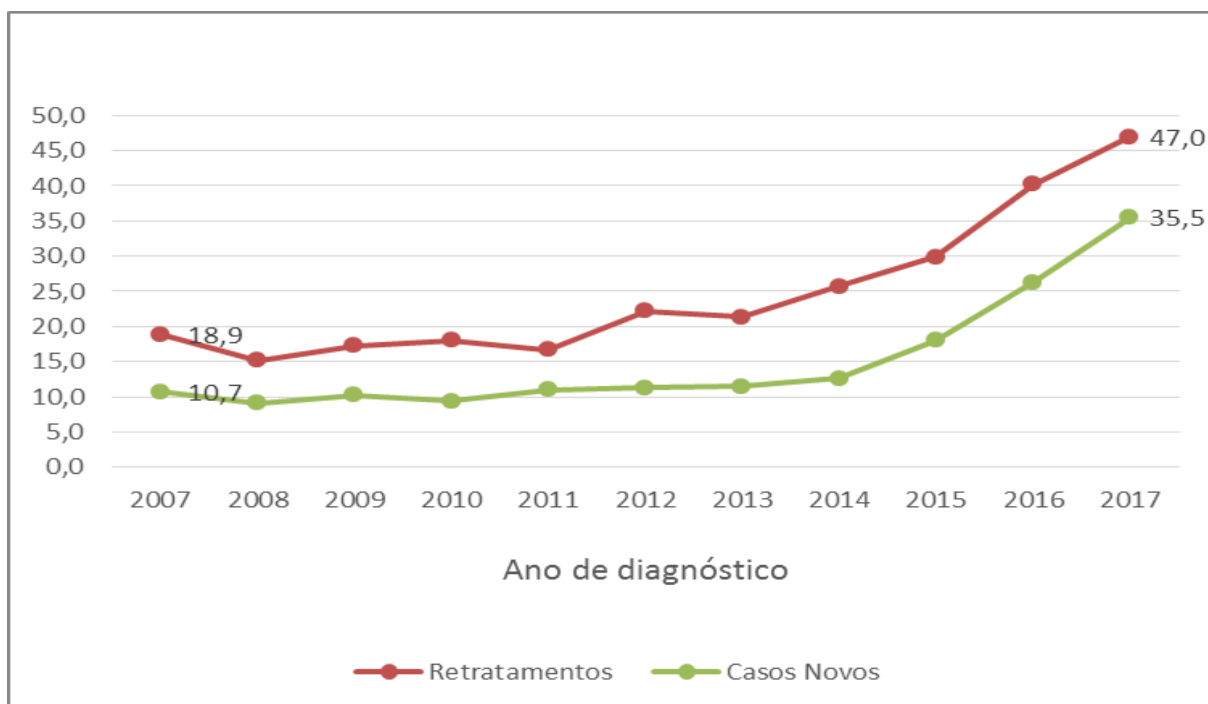


Fonte: PECT/SES/MG/SINAN NET.

Nota: dados retirados no dia 17/10/2018, sujeitos à alteração.

Analisando-se a tuberculose multirresistente, na série histórica de 2011 a 2015, observa-se uma ocorrência média de 16 casos ao ano. A média do percentual de cura encontra-se em 64,16%, e a do abandono em 18,45%, indicando a necessidade de ações multiprofissionais que garantam a adesão do paciente ao tratamento até a sua finalização. Ações que devem ser desenvolvidas, em conjunto, entre atenção primária e serviços de referência secundário e terciário, com monitoramento adequado por parte da vigilância epidemiológica.

Figura 8: Percentual de realização de cultura de escarro entre os casos novos e de retratamentos (recidiva e reingresso após abandono) de tuberculose, no Estado de Minas Gerais, no período de 2007 a 2017.



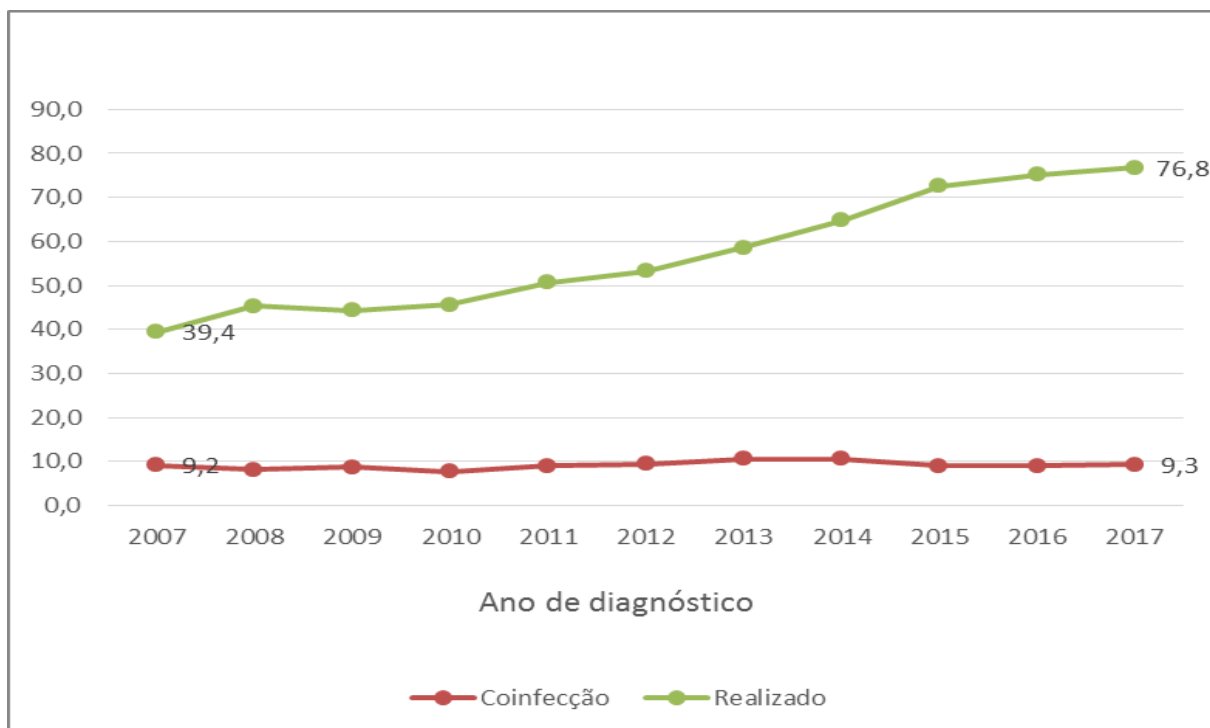
Fonte: PECT/SES/MG/SINAN NET.

Nota: dados retirados no dia 17/10/2018, sujeitos à alteração.

Na série histórica de 11 anos descrita na Figura 7, observa-se aumento da realização do exame de cultura de escarro nos casos novos e retratamentos. A descentralização do exame de cultura para os 5 Laboratórios Macrorregionais e o estabelecimento de critérios e fluxos relacionados ao diagnóstico laboratorial da TB em Minas Gerais, por meio da Nota Técnica Conjunta - SDBF/DECD/DIOM/FUNED e PECT/SVEAST/SES-MG – 001/2016 contribuíram para a melhoria desse indicador.

Mesmo com o aumento do percentual de realização de cultura, os valores ainda seguem abaixo do estabelecido pelo MS e necessitam de ações para fortalecimento da Rede Laboratorial no estado.

Figura 9: Proporção de casos novos de tuberculose segundo realização do teste para HIV e coinfeção TB/HIV, no Estado de Minas Gerais, no período de 2007 a 2017.



Fonte: PECT/SES/MG/SINAN NET.

Nota: dados retirados no dia 17/10/2018, sujeitos à alteração.

A realização da testagem para HIV apresenta aumento relevante ano a ano, alcançando percentual de 76,8% em 2017 (Figura 8) e mesmo com o aumento da realização da testagem, a coinfeção manteve-se entre 9,2 e 9,3% nos últimos 11 anos. Uma das ações que colaborou para manter este indicador em ascensão foi a implantação do teste rápido para HIV nas unidades básicas de saúde em 2016 no estado.

A situação epidemiológica da doença no Estado apresenta importantes diferenças entre as 28 Regionais de Saúde. Destaca-se que em relação a identificação e avaliação do sintomático respiratório, em 2017, as regionais de Barbacena, Pedra Azul e Sete Lagoas tiveram os maiores percentuais de captação, chegando a 1% da população. No entanto, algumas regionais não chegam a 0,5% de identificação de Sintomático Respiratório (SR) da população estimada. No que se refere ao percentual de cura dos casos novos pulmonares com confirmação laboratorial, observa-se que, em 2016, algumas regionais alcançaram a meta recomendada pelo MS ($\geq 85\%$) e, em outras, esse indicador não chega a 50% (Quadro 1).

Quadro 1: Indicadores epidemiológicos de tuberculose por Unidade Regional de Saúde, no Estado de Minas Gerais, no ano de 2017.

Regional de Saúde de Residência	Coef. Incidência (2017)	Coef. Mortalidade (2017)	Sintomáticos Respiratórios avaliados em relação a população (2017)	Percentual de Casos de TB notificados no SINAN como Pós-Óbito (2017)	Proporção de realização de Cultura de Escarro entre os Casos de Retratamento de TB (2017)	Proporção de testagem para HIV entre os Casos Novos de TB (2017)	Proporção de Casos Novos de TB Pulmonar que realizaram o TDO (2017)	Proporção de Contatos Examinados de Casos Novos de TB Pulmonar com confirmação laboratorial (2017)	Proporção de Cura de Casos Novos de TB Pulmonar com confirmação laboratorial (2016)	Proporção de Abandono de tratamento de Casos Novos de TB Pulmonar com confirmação laboratorial (2016)
Alfenas	9,9	1,0	0,4	1,8	28,6	75,0	53,7	85,9	65,8	7,9
Barbacena	9,7	0,4	1,1	0,0	40,0	84,3	41,3	84,5	61,9	4,8
Belo Horizonte	19,4	1,1	0,3	0,2	41,8	78,3	37,6	92,8	68,3	11,1
Coronel Fabriciano	19,4	1,4	0,6	0,0	55,6	65,6	47,7	79,9	71,4	6,1
Diamantina	10,5	0,7	0,7	0,0	0,0	64,4	46,2	79,4	60,0	0,0
Divinópolis	11,7	0,5	0,2	0,0	28,6	60,4	34,6	79,8	71,4	6,5
Governador Valadares	20,2	1,4	0,4	0,6	84,6	60,3	78,2	77,2	82,3	6,3
Itabira	18,2	0,7	0,5	0,0	83,3	81,0	37,8	89,1	74,3	5,7
Ituiutaba	12,3	1,5	0,4	0,0	37,5	66,7	36,8	73,7	68,8	31,3
Januária	25,9	1,9	0,4	0,0	25,0	62,7	54,2	83,4	83,1	4,6
Juiz de Fora	37,4	2,2	0,5	0,0	75,0	85,8	22,7	57,0	64,7	16,3
Leopoldina	28,5	2,5	0,4	0,0	55,6	89,9	70,4	77,3	93,3	0,0
Manhumirim	9,7	1,7	0,5	0,0	50,0	87,0	60,0	93,5	77,5	12,5
Montes Claros	16,7	1,1	0,1	0,9	65,2	58,9	51,8	81,8	65,0	6,8
Passos	14,4	1,2	0,4	0,0	12,5	95,0	47,2	92,3	76,7	6,7
Patos de Minas	5,6	0,9	0,8	0,0	50,0	79,2	83,3	100,0	88,2	0,0
Pedra Azul	17,5	2,2	1,1	0,0	0,0	71,4	75,9	78,9	76,5	7,8
Pirapora	23,2	2,7	0,6	0,0	100,0	52,9	44,8	71,4	44,4	0,0
Ponte Nova	18,6	0,3	0,6	0,0	33,3	83,3	43,3	82,5	80,0	4,4
Pouso Alegre	12,4	1,0	0,5	0,0	25,0	73,6	63,9	94,5	77,9	4,4
São João Del Rei	12,5	0,8	0,5	0,0	0,0*	78,8	16,0	52,4	46,2	7,7
Sete Lagoas	12,4	0,8	1,0	0,0	29,4	87,2	34,4	89,7	66,1	3,6
Teófilo Otoni	17,2	1,3	0,7	0,0	62,5	65,6	75,6	85,1	69,8	9,5
Ubá	28,1	1,4	0,6	0,0	85,7	84,7	86,7	96,1	72,7	14,5
Uberaba	16,0	1,0	0,3	1,4	68,8	78,9	52,0	82,4	68,7	14,9
Uberlândia	13,3	0,8	0,6	0,0	33,3	92,4	59,7	99,1	74,7	12,6
Unai	11,8	0,4	0,1	0,0	0,0	87,5	10,7	92,5	90,9	9,1
Varginha	13,1	1,3	0,2	0,7	30,8	80,9	48,5	81,4	77,2	7,0
Minas Gerais	16,9	1,1	0,5	0,2	47,2	76,4	47,3	84,0	71,2	9,5

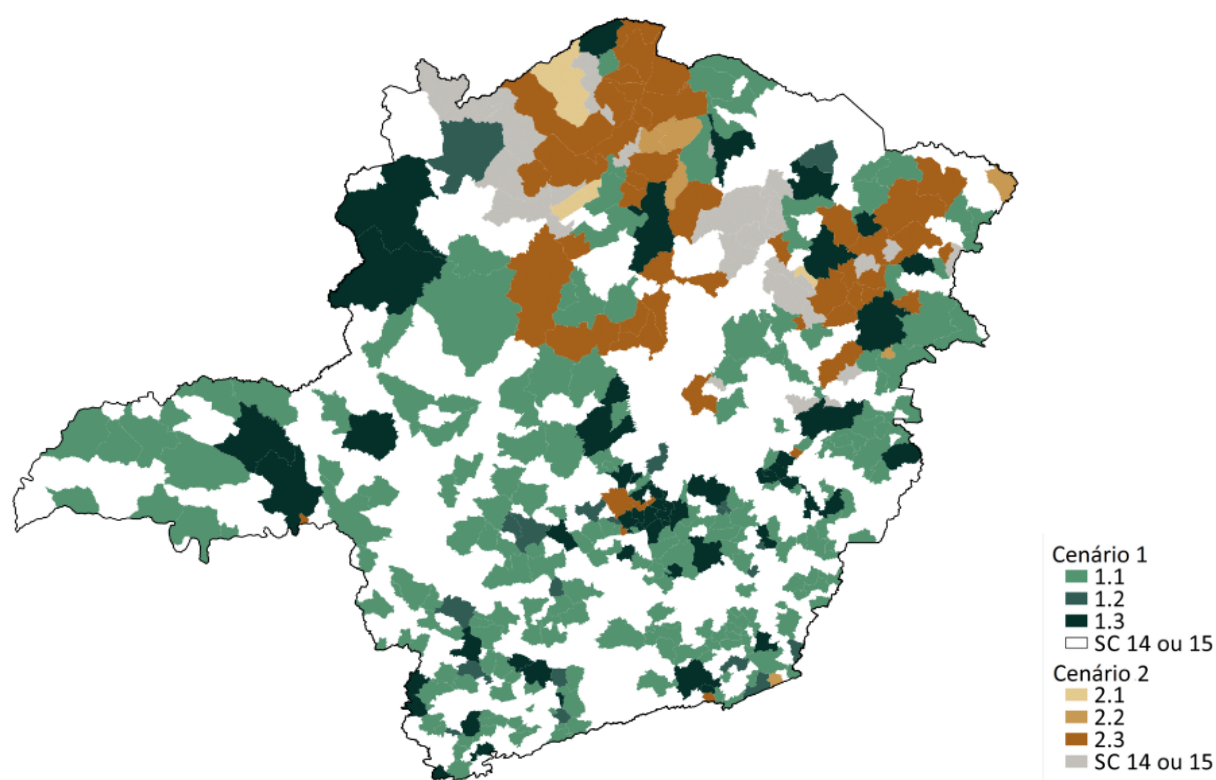
Fonte: PECT/SES/MG/SINAN NET e Planilha de consolidação dos dados dos SR.

Nota: dados retirados no dia 17/10/2018, sujeitos à alteração.

B - CENÁRIOS DA TUBERCULOSE DOS MUNICÍPIOS MINEIROS SEDE DE REGIONAIS:

A definição dos cenários descritos no plano nacional auxilia o planejamento de estados e municípios. Minas Gerais apresenta municípios em todos os cenários para TB, situação que demonstra também as diferenças sociais e econômicas existentes no estado e a necessidade de ações de controle da doença específicas para cada realidade. As regiões Norte e Nordeste do estado apresentam características predominantes do cenário 2 e as demais, do cenário 1 (Figura 9).

Figura 10: Distribuição dos municípios mineiros segundo cenários da tuberculose.



Fonte: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.

O cenário 1 está presente em 91% dos municípios do Estado, sendo 25% dos municípios (213) no subcenário 1.1. No cenário 2, 5,0% dos municípios (43) se concentram no subcenário 2.3. O mapa com os cenários de Minas Gerais também mostra o elevado número de locais que não diagnosticaram tuberculose em 2014 e 2015 (cenários 1.0 e 2.0), chegando a mais de 60% dos municípios do estado. Essa situação pode indicar a necessidade de ações específicas para busca ativa de casos de tuberculose nesses municípios, ou, ainda, a necessidade de organização da rede de diagnóstico local (Quadro 2).

Quadro 2: Distribuição do quantitativo de municípios por cenários no estado de Minas Gerais, no ano de 2017

Cenários	Municípios	%
1.0*	488	57,2
1.1	213	25,0
1.2	20	2,3
1.3	53	6,2
2.0*	26	3,0
2.1	4	0,5
2.2	6	0,7
2.3	43	5,0
Total	853	

Fonte: Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais, baseado nos cenários do Plano Nacional.

*Subcenários com municípios que não apresentaram casos notificados em 2014 ou 2015.

Segundo consta no Plano Nacional, os municípios no Cenário 1, caracterizado por indicadores socioeconômicos e operacionais melhores, devem trabalhar com o aprimoramento das ações descritas no pilar 1 e incorporar estratégias inovadoras no cuidado (Quadro 3).

Quadro 3 - 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 TB 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: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.

Já para os municípios no Cenário 2, que apresentam condições socioeconômicas e operacionais menos favorecidas, são importantes o desenvolvimento de ações básicas de controle da doença para ampliar a sensibilidade dos serviços e aumentar a detecção de casos, bem como fortalecer a utilização dos sistemas de informação (Quadro 4).

Quadro 4 - 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 endemia 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, os presídios –, é possível obter bons indicadores operacionais da doença.

Fonte: Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.

Após a estratificação dos cenários por município sede das Regionais de Saúde, verificou-se que dos 28 municípios sede, 27 possuem características incluídas no cenário 1 e apenas 1 município no cenário 2. A maioria dos municípios (92%) estão nos subcenários 1.1 e 1.3. (Quadro 5).

Quadro 5: Cenários dos municípios sede das Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais

Cenário 1.0	Cenário 1.1	Cenário 1.3	Cenário 2.3
Diamantina	Pedra Azul, Pirapora, Manhumirim, Ponte Nova, Ubá, Leopoldina, Patos de Minas, Ituiutaba, Barbacena, São Joao Del Rei e Passos.	Unaí, Montes Claros, Juiz de Fora, Teófilo Otoni, Governador Valadares, Coronel Fabriciano, Itabira, Uberaba, Uberlândia, Sete Lagoas, Divinópolis, Belo Horizonte, Alfenas, Varginha e Pouso Alegre.	Januária

Fonte: Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais, baseado nos cenários do Plano Nacional.

As características dos subcenários 1.1 e 1.3 apontam a necessidade da realização de articulações intra e intersetoriais para o desenvolvimento de ações direcionadas às populações vulneráveis, principalmente para garantia do acesso oportuno a rede de saúde. Conforme descrito no quadro 06, essas populações apresentam maior risco de adoecimento por TB quando comparada à população em geral.

Quadro 6: Distribuição do risco relativo ao adoecimento por tuberculose nas populações vulneráveis, Brasil, 2017

População Vulnerável	Risco relativo
Privados de Liberdade	29x
População de Rua	32x
Povos indígenas	03x
Pessoas que vivem com o HIV/aids	28x
Profissionais de Saúde	não relativizado

Fonte: Programa Nacional de Controle da Tuberculose/Ministério da Saúde.

C – PRINCIPAIS FORTALEZAS E DESAFIOS PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE EM MINAS GERAIS

Os esforços realizados pelo Programa Estadual e pelos Municipais de Controle da Tuberculose nos últimos anos, viabilizaram o alcance de relevantes avanços para o enfrentamento da doença em Minas Gerais. Entretanto, muitos desafios ainda precisam ser superados, necessitando de um esforço conjunto de toda a rede SUS no Estado (Quadro 7).

Quadro 7: Fortalezas e Desafios do Programa Estadual de Controle da Tuberculose em Minas Gerais

FORTALEZAS	<ul style="list-style-type: none">● Descentralização das ações do Programa de Controle da Tuberculose para a atenção primária;● Envolvimento da atenção primária no que se refere à realização da gestão de casos dos pacientes em situações complexas (aqueles inseridos no SITETB), em articulação com a rede de atenção secundária e terciária;● Desenvolvimento de estratégias para análise e monitoramento oportuno dos dados referentes aos pacientes em tratamento da tuberculose;● Estabelecimento de parcerias intra e intersetoriais voltadas às populações vulneráveis;● Fomento a incorporação de novos membros da sociedade civil no Comitê Mineiro para o Controle Social da Tuberculose;● Ampliação e pactuação da rede de TRM-TB no estado por meio de deliberação da CIB;● Implantação da Vigilância da Infecção Latente da Tuberculose (ILTb) em regiões selecionadas do estado;● Desenvolvimento do Plano Estadual e monitoramento dos 28 Planos Regionais pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública;● Apoio da Rede Técnica Metropolitana de Belo Horizonte para o controle da tuberculose no Estado;● Inserção de indicadores da tuberculose em instrumentos de pactuação da esfera estadual.
-------------------	--

Fonte: Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais.

DESAFIOS

- **Melhoria dos indicadores de desfecho do tratamento da tuberculose;**
- **Descentralização do exame de cultura para laboratórios municipais;**
- **Qualificação da descentralização das ações de controle da tuberculose para a atenção primária;**
- **Expansão e qualificação do tratamento diretamente observado (TDO): ênfase no fortalecimento do vínculo do profissional com o paciente;**
- **Redefinição da rede assistencial da tuberculose, com a proposição de ampliação do território de abrangência das Unidades de Referências Secundárias;**
- **Ampliação das articulações intra e intersetoriais;**
- **Manutenção da Rede de TRM-TB;**
- **Expansão da vigilância da ILTB com implantação do sistema para todo o estado;**
- **Fortalecimento da articulação entre gestão e sociedade civil;**
- **Fortalecimento do programa de controle da tuberculose nas Regionais de Saúde do estado;**
- **Organização da logística de encaminhamento de amostras de exames dos municípios para os laboratórios macrorregionais da FUNED.**

Fonte: Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais.

V – PLANOS REGIONAIS PELO FIM DA TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A fim de buscar ações que viessem de encontro aos desafios enfrentados pelo PECT-MG e que contemplasse as especificidades das 28 Regionais de Saúde, foi proposta a construção dos Planos Regionais pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública, baseado no Plano Nacional e nas diretrizes estaduais.

Assim, o Plano Regional é composto por cinco ações comuns a todas as Regionais de Saúde, e que foram pré-definidas a partir das prioridades estaduais e em consonância com diretrizes nacionais, e de diversas ações específicas, definidas pelas regionais em conjunto com os municípios, que contemplam especificidades locais considerando a análise da situação de saúde.

Em relação às ações comuns à todas as regionais, ressalta-se que a primeira delas foi o monitoramento em relação ao exame de cultura do escarro para diagnóstico da tuberculose, por meio da análise do Sistema de Gerenciamento de Amostra Laboratorial (GAL) e Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). A finalidade de tal atividade é ampliar o percentual de exames realizados, além de possibilitar a melhoria da qualidade dos dados de ambos sistemas de informação.

Outra atividade proposta foi a análise e consolidação dos dados referentes aos Sintomáticos Respiratórios dos municípios e seu envio mensal para o PECT-MG, com a finalidade de ampliar a identificação e avaliação dos sintomáticos respiratórios, para o diagnóstico precoce dos casos de tuberculose.

A terceira atividade elencada foi a realização do Monitoramento Oportuno do Tratamento da Tuberculose (MOT-TB), por meio de ferramenta construída pelo Programa Estadual e enviada mensalmente às Regionais de Saúde. O instrumento lista os pacientes em tratamento por município, e que possuem pendências relativas a exames e realização de TDO. Além disso, permite também identificar casos nas populações vulneráveis. O objetivo dessa ação é reforçar a vigilância de importantes pontos de cuidado durante o tratamento da tuberculose, além de qualificar as informações do SINAN-TB.

A penúltima ação proposta, realizada pelos municípios, foi o monitoramento da Gestão de Casos Especiais dos pacientes em condições complexas e inseridos no SITETB. Com essa, atividade pretende-se envolver a atenção primária no acompanhamento desses casos, em especial, no que se refere à realização do tratamento diretamente observado e articulação com a rede de atenção secundária e terciária que realiza o acompanhamento clínico.

Por fim, a quinta atividade proposta em todos os planos regionais foi apoiar e incentivar os municípios prioritários de jurisdição das Regionais de Saúde para a elaboração dos Planos Municipais pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública.

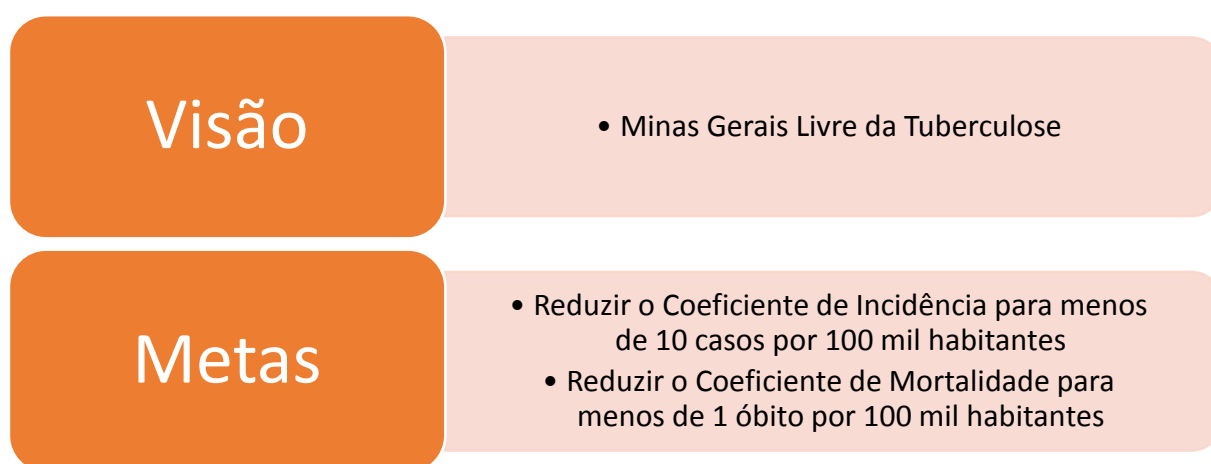
Além das ações elencadas acima, os Planos Regionais são compostos por ações específicas, que contemplam as diferentes realidades locais de cada uma das 28 Regionais de Saúde e de seus municípios.

Dentre as principais atividades encontradas nos planos, destacamos: 1) a divulgação dos indicadores epidemiológicos e a pactuação de estratégias de controle da doença nas reuniões de CIR, CIRA e Conselhos Municipais de Saúde; 2) a análise dos diversos sistemas: SIM, SINAN, GAL e SITETB, para qualificar as informações e ações de vigilância; 3) a implantação de grupos de trabalho intrasetoriais entre as áreas técnicas da epidemiologia, TB, IST/aids e atenção primária à saúde, para discussão e proposição de ações conjuntas; 4) o apoio aos municípios no que se refere as ações de educação continuada para qualificar a descentralização das ações do PCT para a atenção primária; 5) a articulação com instituições de ensino e pesquisa para sensibilização da comunidade acadêmica quanto à importância do tema tuberculose.

A adoção do planejamento ascendente e integrado permitiu ao PECT-MG desenvolver seu planejamento estadual baseado nas prioridades regionais e municipais, nas diretrizes estaduais e nas estratégias constantes no Plano Nacional. A definição de ações sincronizadas e que contemplasse as especificidades de cada Regional de Saúde, favoreceu a integração dos processos de trabalho e dos programas de maneira funcional para que houvesse complementaridade e organicidade no desenvolvimento das estratégias estabelecidas.

VI – PLANO ESTADUAL PELO FIM DA TUBERCULOSE COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

A definição das ações do Plano Estadual foi baseada nas discussões de todos os pilares, objetivos e estratégias descritas no Plano Nacional e das prioridades estabelecidas nos Planos de Ação Regionais, e tem como principais metas a redução do coeficiente de incidência para menos de 10 casos por 100 mil habitantes e de mortalidade por tuberculose para menos de 1 óbito por 100 mil habitantes, no estado de Minas Gerais, até o ano de 2035.



Em relação ao Pilar 1, que visa a prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose, foram elencadas no Plano Estadual ações relacionadas ao fortalecimento da descentralização das ações de controle da tuberculose para a atenção primária e da organização da rede de diagnóstico laboratorial no estado. Definidas também ações que visam fortalecer o acesso e acompanhamentos adequados das populações mais vulneráveis ao adoecimento por tuberculose (Quadro 8).

Quadro 8: Ações elencadas no Pilar 1: prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose, Minas Gerais, 2019-2022.

Pilar 1 - Prevenção e cuidado integrado centrados na pessoa com tuberculose
Ações
Pactuar rede laboratorial para diagnóstico e acompanhamento da tuberculose
Contribuir com a descentralização do exame de cultura do escarro para outros laboratórios no estado
Monitorar a rede de TRM-TB, conforme pactuado na Resolução CIB-SUS/MG Nº 2.802 de 13 de novembro de 2018
Monitorar os dados referentes a identificação dos Sintomáticos Respiratórios por município
Promover ações de educação continuada direcionadas aos profissionais de saúde da atenção primária
Organizar a rede assistencial para tuberculose no estado, com definição de fluxos de referência e contra referência entre as APS e unidades de atenção secundária e terciária
Incentivar a realização, pela atenção primária, da gestão de casos complexos de tuberculose inseridos no SITETB
Realizar o monitoramento periódico e oportuno de indicadores prioritários do programa
Fortalecer a gestão dos programas regionais e municipais de controle da tuberculose
Discutir estratégias relacionadas ao diagnóstico, tratamento e acompanhamentos adequados com profissionais que atuam com as populações vulneráveis
Realizar a vigilância da Infecção latente da tuberculose (ILTb) de forma padronizada no estado
Incentivar a realização da vigilância do óbito com proposição de medidas para redução do número de mortes por tuberculose
Estimular a participação do profissional farmacêutico nas estratégias de adesão ao tratamento na atenção primária
Monitorar e propor estratégias para ampliação das coberturas vacinais de BCG

Fonte: Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais.

No Pilar 2, políticas arrojadas e sistemas de apoio, foram delineadas ações para ampliar a articulação intra e intersetorial, direcionadas principalmente às populações vulneráveis e ao fortalecimento da sociedade civil e também a inserção do tema tuberculose nas instâncias de pactuação e controle social.

Quadro 9: Ações elencadas no Pilar 2: políticas arrojadas e sistemas de apoio, Minas Gerais, 2019-2022.

Pilar 2 - Políticas arrojadas e sistema de apoio
Ações
Manter indicadores relacionados ao Programa de Controle da Tuberculose em instrumentos de pactuação da esfera estadual
Fortalecer as políticas públicas relacionadas a tuberculose por meio da proposição de pautas nas instâncias de pactuação e controle social
Monitorar as Regionais de Saúde, quanto à execução das atividades propostas no Plano de Ação Regional
Apoiar tecnicamente os municípios prioritários na operacionalização das estratégias relacionadas ao PCT
Propor ações articuladas TB/HIV com a Coordenação Estadual de IST/aids
Articular com o setor de Comunicação Social ações de comunicação e mobilização social
Apoiar a Superintendência de Assistência Farmacêutica em relação a programação e o monitoramento adequado dos medicamentos anti-TB
Solicitar apoio da Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) para qualificação da descentralização do PCT para a atenção primária
Articular com a Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social ações integradas direcionadas a população em situação de rua
Fortalecer a atuação do Comitê Mineiro para o Controle Social da Tuberculose
Incentivar a participação das organizações da sociedade civil junto ao Comitê Mineiro para o Controle Social da Tuberculose
Realizar a qualificação das informações inseridas nos diversos sistemas informatizados: GAL – Gerenciamento de Ambiente Laboratorial, Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação, SITETB – Sistema de Informação de Tratamentos Especiais de Tuberculose e SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade

Fonte: Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais.

Por fim, sobre o Pilar 03, pesquisa e inovação, foram dadas ênfase às ações que visam fortalecer a integração do programa de controle da tuberculose com as instituições de ensino e pesquisa, e também a promoção de eventos que permitam a troca de experiências exitosas no estado (Quadro 10).

Quadro 10: Ações elencadas no Pilar 3: pesquisa e inovação, Minas Gerais, 2019-2022.

Pilar 3 – Intensificação da Pesquisa e Inovação
Ações
Estabelecer, em parceria com as universidades, agenda de pesquisa sobre temas relevantes para o programa estadual
Realizar periodicamente reuniões da Rede Técnica Metropolitana de Belo Horizonte, com representantes de diversos segmentos
Realizar anualmente Encontro Estadual do Programa de Controle da Tuberculose com gestores, profissionais de saúde, referências técnicas de TB, universidade e sociedade civil
Incentivar a apresentação e divulgação de experiências exitosas em TB nas Regionais de Saúde e municípios
Estimular o desenvolvimento de rotinas inovadoras e apoio às pesquisas em tuberculose no estado

Fonte: Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais.

As ações elencadas em cada um dos pilares serão acompanhadas por meio de instrumento padronizado contendo o plano de trabalho do Programa Estadual e dos 28 Programas Regionais de Controle da Tuberculose.

VII - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O Plano Estadual pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública em Minas Gerais traz metas de redução do coeficiente de incidência e mortalidade até o ano de 2035. Para isso, conforme modelo proposto pelo Plano Nacional, serão definidas fases para avaliação e construção de novo documento norteador das ações de controle da tuberculose no estado.

A fase inicial, contemplada nesse documento, define ações com previsão de execução para o período de 2019 – 2022. Ao final desse ciclo os indicadores do programa serão analisados e verificados o alcance das metas estabelecidas para cada um deles, o que permitirá avaliar a efetividade da implantação da 1º fase do plano no estado de Minas Gerais (Quadro 11).

O processo de monitoramento das ações do Plano Estadual, durante a 1º fase, será realizado anualmente com a discussão e reavaliação das atividades propostas para orientar a tomada de decisão e qualificar o processo de gestão para o ano seguinte.

Em relação aos Planos Regionais e Municipais, o Programa Estadual investe no monitoramento e na avaliação das ações e dos principais indicadores epidemiológicos do programa de todas as 28 Regionais de Saúde e dos municípios prioritários, de forma direta e indireta.

O monitoramento direto consiste na realização de visitas de monitoramento e avaliação às Regionais de Saúde e municípios prioritários. Para definição dos locais a serem visitados a cada ano, o estado considera a análise situacional da doença. As visitas têm por objetivo propor e monitorar ações para aumentar a efetividade dos resultados epidemiológicos e realizar discussões ampliadas com as áreas envolvidas no controle da tuberculose nos territórios.

De forma indireta, o Programa Estadual pretende monitorar, principalmente, três aspectos: o primeiro relacionado à execução das ações definidas nos planos locais, o segundo ao monitoramento oportuno dos tratamentos e o terceiro a análise dos indicadores epidemiológicos e operacionais. Para monitoramento das ações e dos indicadores, o Estado utiliza a estratégia de videoconferências bimestrais, programadas no início de cada ano, com a participação de todas as Regionais de Saúde.

A estratégia de Monitoramento Oportuno do Tratamento da Tuberculose (MOT-TB) tem por objetivo a identificação de pendências relacionadas a alguns campos da ficha de notificação, bem como de inconsistência nos registros do sistema de informação. O envio da planilha com o MOT-TB às Regionais de Saúde é realizado mensalmente pelo Programa Estadual. A atualização dos registros segue o fluxo do sistema de informação Sinan.

Quadro 11 – Indicadores e metas do Plano Estadual, Minas Gerais, 2019 - 2022

Tipo	Indicador	Período Monitoramento	Instrumento de Pactuação	Metas Plano Estadual 2022
Impacto	Coeficiente de incidência de tuberculose todas as formas	Anual	Plano nacional	< 10 casos*
	Coeficiente de mortalidade por tuberculose	Anual	Plano nacional	< 1 óbito*
Resultado	Proporção de realização de cultura de escarro entre os casos de retratamento de tuberculose	Quadrimestral	Plano nacional	>= 70%
	Proporção de testagem para HIV entre os casos novos de tuberculose	Quadrimestral	Plano nacional	>= 85%
	Proporção de casos novos de tuberculose pulmonar que realizaram o tratamento diretamente observado	Quadrimestral	Plano nacional	>= 55%
	Proporção de abandono de tratamento de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Quadrimestral	Plano nacional	<= 8%
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Quadrimestral	Plano nacional	>= 78%
	Proporção de cura de casos novos de tuberculose multidrogarresistente	Quadrimestral	Plano nacional	>= 70%
	Proporção de contatos examinados dos casos novos de tuberculose pulmonar com confirmação laboratorial	Quadrimestral	PQAVS	>= 88%
	Proporção de Sintomáticos Respiratórios (SR) identificados e examinados no total estimado	Quadrimestral	PROMAVS	0,7% da população

Fonte: Programa Estadual de Controle da Tuberculose de Minas Gerais.

* Metas definidas para o ano de 2035.

VIII – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pretensão de alcançar as metas constantes neste plano, em uma doença de grande magnitude, como a tuberculose, pressupõe grandes desafios para o Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Minas Gerais, quando comparado a outros estados, apresenta coeficiente de incidência relativamente baixo, entretanto, é um dos estados que mais notifica casos de tuberculose no país. Assim, o alcance das metas e a redução do número de casos em Minas Gerais, refletirá em importante incremento na meta estabelecida nacionalmente.

Como forma de superar estes desafios e conseqüente sucesso deste plano, serão necessários incrementos e adaptações nos processos de trabalho, como por exemplo: fortalecimento da prevenção, do diagnóstico, do tratamento e do acompanhamento dos casos; instituição de estratégias inovadoras para a garantia do acesso oportuno e adesão ao tratamento, principalmente das populações mais vulneráveis ao adoecimento por tuberculose; e a fortificação da atenção primária à saúde.

Além de ações inerentes às diversas áreas da saúde, estímulos ao estabelecimento de parcerias intersetoriais, fortalecimento da sociedade civil com atuação próxima aos programas de controle de tuberculose e qualificação dos sistemas de informação serão dirigidos a todas as regiões do estado. Complementarmente, a parceria 'programa e academia' auxiliará na compreensão do contexto local e discussão de agendas de pesquisa, as quais contribuirão potencialmente com possíveis intervenções capazes de melhorar a situação da doença no estado.

O monitoramento e avaliação contínuos das estratégias e ações do programa, dos indicadores epidemiológicos, bem como das metas estabelecidas, constituem importantes ferramentas no processo de implementação do plano estadual, moldando de forma dinâmica o seu andamento e colaborando para tomadas de decisão mais assertivas.

O plano estadual traz, em seu contexto, a expectativa de fortalecer o planejamento e o monitoramento das ações de controle da tuberculose em todos os níveis de gestão do estado de Minas Gerais. Destacando, para tanto, que o fim da tuberculose como problema de saúde pública necessita que ações inovadoras sejam pensadas no sentido de promover a saúde, a equidade, a garantia do acesso dos pacientes aos serviços, visando não apenas o seu atendimento e o seu bem-estar, mas, em sentido mais amplo, a consolidação do conceito de saúde.

IX – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. v. 45, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_epidemiologico_numero_2_2014.pdf

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. v. 47, nº 13, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/24/2016-009-Tuberculose-001.pdf>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_livre_tuberculose_plano_nacional.pdf

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico**. v. 48, nº 40, 2018a. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/05/2017-030.pdf>

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Implantação do Plano Nacional pelo Fim da Tuberculose como Problema de Saúde Pública no Brasil: primeiros passos rumo ao alcance das metas**. **Boletim Epidemiológico**. v. 49, n. 11, p. 1–18, mar. 2018b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/05/2018-041.pdf>

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015**. [A67/11] Secretariat World Health Assembly, 2014. Disponível em: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_11-en.pdf

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2016**. [s.l.] Geneva: WHO, 2016.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global tuberculosis report 2017**. [s.l.] Geneva: WHO, 2017.

Coordenação do Programa Estadual de Controle da Tuberculose
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais