

Gonçalves Pereira, Karine; Juncks, Nardele Maria

Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose do Estado de Santa Catarina: uma proposta metodológica
Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, vol. 4, núm. 4, 2013, pp. 15-21

Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265330423005>



*Saúde & Transformação Social / Health & Social
Change,*

ISSN (Versão eletrônica): 2178-7085

rodrigomoretti@ccs.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil



Pesquisa, Teoria e Metodologia

Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose do Estado de Santa Catarina: uma proposta metodológica

Evaluation of Santa Catarina State Tuberculosis Control Program: a methodological proposal

Karine Gonçalves Pereira¹
Nardele Maria Juncks²

¹Professora Substituta, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC – Brasil

²Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, Florianópolis, SC – Brasil

RESUMO - Considerada prioridade nas políticas públicas do Brasil há duas décadas, a TB permanece como um grave problema de saúde pública nos dias atuais. No estado de SC, alguns municípios apresentam taxas iguais e/ou superiores à do Brasil, como é o caso de Florianópolis, onde a situação da coinfeção TB-HIV é muito grave, exigindo uma atenção especial do Programa. **OBJETIVO:** Desenvolver um modelo de avaliação normativa para o Programa de Controle da Tuberculose da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. **MÉTODO:** Proposta metodológica fundamentada na hermenêutica crítica orientada pela Quarta Geração de Avaliadores, ou Pesquisa Avaliativa Participativa Pluralista (stakeholder-based evaluation). Utilizou-se a técnica de comitê tradicional para a realização das oficinas de consenso contando com a participação dos técnicos do PCT/SC, DST/HIV/Aids SC, LACEN, AB e PCT de alguns municípios catarinenses, além de dados coletados em documentos e no SINAN. **RESULTADOS:** Modelo lógico com os componentes: Planejamento e Administração, Atenção à Saúde (Prevenção, Diagnóstico e Assistência), Informação Estratégica (Vigilância Epidemiológica, Monitoramento e Avaliação e Pesquisa), Desenvolvimento Humano e Institucional, Comunicação e Mobilização Social. No modelo teórico considerou-se as interfaces com o SINAN estadual, LACEN, AB, Programa Estadual DST/HIV/Aids, Hospital Nereu Ramos, DIAF, Secretaria de Desenvolvimento Regional e Secretaria de Segurança Pública. Tanto os modelos, lógico e teórico, a matriz de avaliação e os padrões de julgamento foram pactuados com a SES. **CONCLUSÕES:** A metodologia proposta permitiu que os atores envolvidos no serviço participassem na construção do modelo de avaliação proposto e que estes possam, futuramente, utilizar dos resultados desta avaliação para a melhoria de suas práticas e da qualidade dos serviços prestados, além de ter estabelecido relações de cooperação profícuas tanto para os serviços quanto para a Universidade.

Palavras-chave: Tuberculose; Avaliação em Saúde; Metodologia.

ABSTRACT - Tuberculosis (TB) has been considered priority in public policies for two decades in Brazil remaining a serious public health problem. In Santa Catarina state, some cities have equal rates and / or higher than those of Brazil. For example, the city of Florianópolis, where the situation of TB-HIV co-infection is very serious, requires special attention of the TB Program. **OBJECTIVE:** To develop a normative evaluation model for Tuberculosis Control Programme of Santa Catarina State. **METHOD:** Methodological proposal based on critical hermeneutics guided by the Fourth Generation of Appraisers, or Evaluation Research Participatory Pluralism (stakeholder-based evaluation). We intend to apply the traditional committee technique for the consensus workshops, which will be conducted with members of PCT / SC, STD / HIV / AIDS SC, LACEN AB PCT from different cities of Santa Catarina. Additionally, data will be collected from documents and SINAN. **RESULTS:** To develop a logical model with the following components: Planning and Administration, Health Care (Prevention, Diagnosis, and Service), Strategic Information (Surveillance, Monitoring and Evaluation and Research), Human and Institutional Development, Communication and Social Mobilization. To create a theoretical model to evaluate the relationship with Santa Catarina SINAN, LACEN, AB, State Program STD/HIV/AIDS, Hospital Nereu Ramos, DIAF, Department of Regional Development and Public Security Bureau. We also expect the agreement with SES related to the logical and theoretical model, the evaluation matrix and the opinions collected from the stakeholders. **FINAL CONSIDERATIONS:** We believe that the research proposed here will allow actors who are involved in the TB programs to participate in the construction of evaluation model. Consequently, that may help the future utilization of the results of this evaluation for the improvement of their practices and the quality of the services, as well as to help to establish to develop constructive partnerships between health services and the academia.

Keywords: Tuberculosis; Health Evaluation; Methodology.

1. INTRODUÇÃO

A tuberculose (TB) é uma das doenças infectocontagiosas mais antigas a que se tem notícia. Considerada prioridade nas políticas públicas do Brasil há duas décadas, a TB permanece como um grave

problema de saúde pública nos dias atuais, desde que foi declarada situação de emergência pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1993¹.

A TB compõe o grupo das doenças consideradas negligenciadas pela OMS, juntamente com a hanseníase, dengue, malária e outras doenças². É considerada negligenciada do ponto de vista econômico por atingir populações mais pobres que não oferecem retorno lucrativo para que a indústria farmacêutica invista no desenvolvimento de novos medicamentos³ e do ponto de vista social, por representar um forte entrave para o desenvolvimento mundial à medida que contribui para a manutenção do quadro de desigualdade em que mais de um bilhão de pessoas no mundo estão infectadas com uma ou mais dessas doenças, com maior concentração em países em processo de desenvolvimento².

Considerada como um importante problema de saúde pública no Brasil e em outros 21 países em desenvolvimento, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), dois bilhões de pessoas, ou seja, um terço da população mundial está infectada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, sob o risco de desenvolver tuberculose. Anualmente são registrados cerca de 5,4 milhões de novos casos e 1,5 milhões de mortes⁴. Nos países desenvolvidos, a maior incidência ocorre nos grupos: idosos, portadores de HIV/Aids, minorias étnicas e imigrantes oriundos de países de alta prevalência da TB⁵. Já nos países em desenvolvimento, o predomínio é na população com idade entre 15 e 54 anos (economicamente ativa), sendo os homens o dobro do número de mulheres infectadas, pessoas privadas de liberdade (detentos), em situação de rua (moradores de rua), pessoas mais pobres e menos escolarizadas⁴.

As metas internacionais estabelecidas pela OMS e pactuadas pelo governo brasileiro são de descobrir 70% dos casos de TB estimados, no entanto, a meta de cura de 85% dos casos ainda é um desafio⁶. Estima-se que, no Brasil, mais de 64 milhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo da TB⁵. Anualmente são notificados aproximadamente 84 mil casos, destes, 69 mil são casos novos e cerca de 4 a 5 mil pessoas morrem em decorrência da doença⁶. Em 2011 a TB foi a quarta causa de morte por doenças infecciosas e a primeira em pacientes com Aids⁷. A maioria dos óbitos por TB ocorre em regiões metropolitanas e em unidades hospitalares, pois é onde se concentram os casos de TB¹.

Em 2006, a TB se consolida numa das seis prioridades acordadas no Pacto pela Saúde no Brasil, onde o compromisso entre os gestores do SUS, em torno das prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, é formalizado⁸.

Autor correspondente

Karine Gonçalves Pereira

Universidade Federal de Santa Catarina.

CEP: 88040-970 - Florianópolis, SC – Brasil

Telefone: (48) 37219388

Email: kakafarmaceutica@hotmail.com

Artigo encaminhado 03/06/2013

Aceito para publicação em 05/11/2013

Segundo dados do PNCT, para fortalecer a descentralização das ações de atenção ao paciente e alcançar as metas pactuadas para o controle da TB, foram priorizados 181 municípios brasileiros, de acordo com critérios essencialmente epidemiológicos e demográficos, e, onde estão concentrados 63% dos casos de TB do país^{7,9}.

Os investimentos do governo federal destinados ao programa aumentaram 14 vezes nos últimos nove anos, de US\$ 5,2 milhões em 2002 para US\$ 74 milhões em 2011⁷.

O PNCT definiu como prioritária as populações em situação de rua, a carcerária, os indígenas e as pessoas que vivem com HIV/Aids. Em 2010, entre os casos novos de TB notificados, cerca de 10% era de pessoas infectadas pelo HIV, a chamada coinfeção. O maior percentual de coinfectados está na região Sul (18,6% das pessoas com TB tem o vírus), quase duas vezes superior à média nacional⁷.

O estado de Santa Catarina, embora apresente uma situação mais favorável que os outros estados quanto à incidência e mortalidade por TB, integra o grupo de municípios prioritários, com 5 municípios: Criciúma, Florianópolis, Itajaí, Joinville e São José, decorrente de uma situação particular quanto à coinfeção TB-HIV, com aumento de 19%, em 2006, para 21%, em 2010 (considerado alto quando comparado ao índice nacional de 9,0%). Com o surgimento da epidemia de AIDS, associada principalmente ao uso de drogas ilícitas, a coinfeção TB/HIV acentuou a gravidade do problema da TB no estado. Esta associação tem acarretado maiores taxas de abandono ao tratamento e de resistência aos fármacos específicos, o que poderá agravar a doença na população geral à médio prazo^{9,10}. Outro fator relevante a ser considerado no estado é a alta incidência de TB nas unidades prisionais 1.000/100.000 hab¹¹. As consequências são: tratamento difícil e prolongado, elevada transmissibilidade, maior dificuldade de cura, alto custo, alta mortalidade, dentre outros, o que pode agravar o problema na saúde pública¹⁰.

Dessa forma, diante da insuficiência, por parte do Estado, de prover justiça social através da melhoria

das condições de vida das populações mais vulneráveis, o Programa Nacional de Controle da Tuberculose se constitui como uma alternativa compensatória¹². Gestores públicos, profissionais de saúde e sociedade civil precisam se conscientizar de

que a TB não é um problema resolvido, pelo contrário, a solução está muito distante, permanecendo como uma prioridade em saúde pública¹³.

Neste sentido, ao considerar que, no Brasil a saúde é um direito constitucional que deve ser garantido pelo Estado e que seus serviços devem estar organizados conforme os princípios e diretrizes do SUS; e ainda, ao considerar que existem poucos estudos avaliativos do Programa de Controle da Tuberculose consiste, oportunamente, que se desenvolva um modelo de avaliação que permita identificar suas fragilidades, acertos e potencialidades, possibilitando a pronta correção dos desvios que possam ser detectados e a reorientação de novas metas para o Programa.

2. OBJETIVO

Desenvolver um modelo de avaliação para o Programa de Controle da Tuberculose (PCT) da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, adaptando o modelo de avaliação do Programa Nacional de Controle da Tuberculose

3. PERCURSO METODOLÓGICO

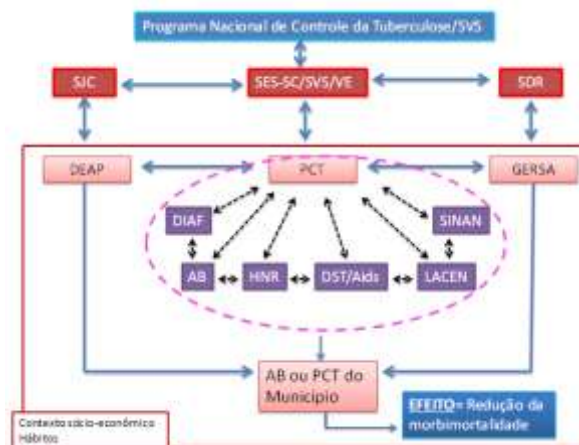
A proposta metodológica foi fundamentada na hermenêutica crítica orientada pela Quarta Geração de Avaliadores¹⁴, ou Pesquisa Avaliativa Participativa Pluralista (stakeholder-based evaluation), visando detectar e considerar as percepções, valores e questões dos envolvidos com o Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Utilizou-se a técnica de comitê tradicional para a realização das oficinas de consenso, contando com a participação dos técnicos do PCT/SC, DST/HIV/Aids SC, LACEN, AB e PCT de alguns municípios catarinenses, além de dados coletados em documentos e no SINAN.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção do modelo de avaliação foi coletiva, de modo a envolver e facilitar a apropriação do modelo pelos interessados na avaliação. Outra vantagem da construção coletiva é a utilização do conhecimento e experiência da equipe do PCT. Os atores envolvidos foram: técnicos do PCT/SC, DST/HIV/Aids SC, LACEN, AB e PCT de alguns municípios catarinenses. Foram realizadas duas oficinas de consenso com estes atores.

O Modelo Teórico do Programa Estadual de Controle da Tuberculose (PCT) foi elaborado considerando os principais contextos que podem influenciar na implantação do programa, como também em seus efeitos. Para cumprir as atividades com integralidade, o PCT tem que estabelecer cooperações técnicas e operacionais, principalmente, com o departamento de DST/Aids, LACEN, SINAN, HNR, AB e DIAF, que estão na Secretaria de Vigilância em Saúde e, também com o departamento de Administração Prisional e as Gerências Estaduais de Saúde, devido à importância da coinfeção TB/HIV (Brasil 9,1% e SC 21,6%, 2010), TBMR (Brasil 0,9% e SC 1,5%, 2010) especialmente em usuários de drogas e na população carcerária, e também à descentralização das ações de controle da tuberculose para a Atenção Básica. E juntamente com os municípios oferecer subsídios e estabelecer cooperações para que as atividades se efetivem alcançando os efeitos esperados: redução da morbimortalidade.

Figura 1. Modelo Teórico do Programa de Controle da Tuberculose SES/SC



SJC – Secretaria de Justiça e Cidadania, SES-SC/SVS/VE – Diretoria de Vigilância Epidemiológica, SDR – Secretaria de Desenvolvimento Regional, DEAP – Departamento de Administração Prisional, PCT – Programa de Controle da Tuberculose, GERSA – Gerência Regional de Saúde, DIAF – Diretoria de Assistência Farmacêutica, AB – Atenção Básica, HNR – Hospital Nereu Ramos, DST/Aids – Programa Estadual DST/Aids, LACEN – Laboratório Central e SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

Para a construção do Modelo Teórico do PCT foram consideradas as informações produzidas pelo Programa de Controle da Tuberculose e aquelas produzidas pelas partes interessadas, de forma que, o desenho possibilitou aos gestores e avaliadores a visualização do Programa, uma vez que incluiu suas especificações, as condições do contexto, a população alvo e os atributos necessários para alcançar os efeitos

esperados, destacando na construção do modelo a teoria do programa. Para Medina et al. 2005¹⁵, esta é uma atividade carregada de valor, que deve incorporar tanto os saberes científicos como os saberes práticos dos envolvidos na avaliação.

Posteriormente foi elaborado o Modelo Lógico do PCT, adaptado do Modelo Lógico do Programa Nacional de Controle da Tuberculose, baseado em objetivos. Os componentes são palavras-chaves retiradas dos objetivos específicos do programa e podem também ser definidos depois de elencadas as atividades do programa e sua posterior agregação por afinidades¹⁶. Os objetivos do MLPECT foram identificados no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil¹ e no documento “A Situação da Tuberculose no Brasil”¹⁷. O impacto esperado é reduzir, pela metade, o número de casos e mortes por tuberculose entre 1990 e 2015 e contribuir para o fortalecimento do SUS.

Construir o modelo lógico de um programa significa determinar todos os seus componentes e sua forma de operacionalização, discriminando todos os passos necessários para o alcance de suas metas, dispondo-os num diagrama. O modelo lógico do Programa Estadual de Controle da Tuberculose adaptado contempla os seguintes componentes: Planejamento e Administração, Atenção à Saúde (Prevenção, Diagnóstico e Assistência), Informação Estratégica (Vigilância Epidemiológica, Monitoramento e Avaliação e Pesquisa), Desenvolvimento Humano e Institucional, Comunicação e Mobilização Social. O diagrama do modelo lógico será apresentado textualmente, onde constam os componentes (C) e seus subcomponentes (SC), os objetivos de implantação (OI), os objetivos de curto prazo (OCP), os objetivos de médio prazo (OMP), os resultados (R) e suas relações.

No componente Planejamento e Administração tem-se OI= Manter compromisso político com os municípios e com a coordenação nacional do PCT, OCP= Desenvolver logística para a execução das ações programadas, assessorar os municípios, adequar normas, definir estratégias para as ações. No componente Atenção à Saúde, SC= Prevenção tem-se OI= Aumentar a taxa de detecção e trabalhar a subnotificação, OCP= Estratégias para um sistema descentralizado de dispensação e distribuição de medicamentos, articular com a AB para a expansão do diagnóstico e do tratamento, estabelecer estratégias para a descentralização das ações de controle da tuberculose na AB, articulação com DST/AIDS e outros programas, descentralizar o exame bacteriológico:

cultura para aumentar a taxa de detecção, controlar a coinfeção TB/HIV, criar estratégias para o controle da TB nos presídios, aumentar a taxa de cura e reduzir a taxa de abandono ao tratamento, ampliar e consolidar o TDO na rotina dos serviços de saúde, SC= Assistência tem-se OI= Garantir a gratuidade e universalidade do tratamento através de um sistema logístico de medicamentos eficiente, SC= Diagnóstico tem-se OI= Garantir testes diagnósticos com controle de qualidade, OCP= Descentralizar o diagnóstico bacteriológico de pacientes com tuberculose. No componente Informação Estratégica, SC= Vigilância Epidemiológica tem-se OI= Acompanhar o cumprimento de metas estabelecidas por parte dos municípios, OCP= Consolidar e analisar dados do Sistema de Informação (SI), SINAN, SIM, SITE-TB, ILTB, receber as notificações, consolidar os dados, analisar e avaliar o PCT operacional e epidemiologicamente, análise dos principais indicadores epidemiológicos, relacionamento entre bases de dados, realizar visitas de monitoramento, garantir a qualidade dos dados e controlar a coinfeção TB/HIV, SC= Monitoramento e Avaliação tem-se OI= Desenvolver atividades de acompanhamento das ações, OCP= Melhorar a qualidade da informação, SC= Pesquisa tem-se OI= Desenvolver pesquisas que atendam às prioridades estaduais de aplicação no SUS, OCP= Criar mecanismos que garantam a participação e a integridade em todas as instâncias de governo, divulgação dos resultados das pesquisas. No componente Desenvolvimento Humano e Institucional tem-se OI= Promover capacitação de recursos humanos e integração ensino-serviço, OCP= Capacitar os profissionais das Unidades Básicas e de Referência Secundária e Terciária para o controle da TB, manter o profissional atualizado e promover a sensibilização e motivação. No componente Comunicação e Mobilização Social tem-se OI= Estimular a organização e participação da sociedade civil no controle da tuberculose, OCP= Estabelecer parceria com as organizações não governamentais.

Permeando todos os C, SC, OI e OCP tem-se os OMP= Buscar uma maior integração dos programas, visando atividades conjuntas para o controle da coinfeção TB/HIV, particularmente as de expansão do aconselhamento e testagem para o HIV nos pacientes com tuberculose, e a realização de PPD e quimioprofilaxia para tuberculose nos portadores de HIV/Aids, definir/identificar estratégias para aumentar a proporção de população coberta pela estratégia DOTs, aumentar o acesso ao TS para identificar cepas resistentes aos medicamentos que compõem o tratamento específico. Controlar a TB-MDR, sequelas e

mortes por TB, aumentar o nº de avaliação de contatos, aumentar o nº de casos em tratamento por ILTB e encerrar 100% dos casos no SINAN (85% cura).

E finalmente, permeando todos os C, SC, OI, OCP e OMP tem-se o seguintes R= Aumento no nº de busca SR (baciloscopias e culturas), agilidade na referência e contrarreferência, aumento com controle qualidade dos laboratórios, diminuição da subnotificação, rotinas de monitoramento e avaliação garantindo a melhoria da qualidade e da credibilidade da informação, aumento da realização de testes HIV em portador de TB, monitoramento da ILTB, reorganização dos serviços (descentralização, melhoria no acesso, definição de funções, qualificação profissional e parcerias), integração com

Atenção Básica, Hospital Nereu Ramos, Hospitais Gerais, DST/AIDS, SINAN, DIAF e Sistema Prisional, melhoria na qualidade de vida dos pacientes (com inclusão em programas de Assistência Social).

O desenho de uma intervenção é uma das etapas necessárias no planejamento de uma avaliação, ajudando o avaliador a melhor entender o objeto de estudo e a escolher o foco da avaliação¹⁵. A construção do modelo lógico também considerou o acúmulo de experiências sobre o programa e informações prévias disponíveis na literatura, diretrizes e manuais do Programa¹⁸.

Os Modelos Teórico e Lógico do Programa Estadual de Controle da Tuberculose permitiram, como proposta avaliativa, a agregação de seus componentes em duas dimensões: Político Organizacional com ações transversais, oferecendo suporte administrativo, financeiro e político, incluindo a articulação inter e intra setorial para as atividades desenvolvidas no programa, também consideradas atividades que definem diretrizes, metas e normas para o controle da TB, onde foram destacados os componentes: Planejamento e Administração, Desenvolvimento Humano e Institucional e Mobilização Social e Comunicação e a dimensão Técnico Operacional com os componentes específicos de controle da tuberculose, também consideradas atividades que definem as ações finalísticas de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e vigilância da TB, com capacidade de investigar e consolidar os dados, produzir e divulgar informação para a tomada de decisão, sendo estes os componentes: Atenção à Saúde (Prevenção, Assistência e Diagnóstico) e Informação Estratégica (Vigilância Epidemiológica, Monitoramento e Avaliação e Pesquisa)^{17,19}.

Posteriormente foram elencadas as atividades para cada dimensão e identificados os indicadores que permitissem avaliar as atividades elencadas, buscando indicadores que fossem mais específicos e representativos nas duas dimensões. A dimensão Político Organizacional foi composta por 4 indicadores e a dimensão Técnico Operacional composta por 4 subdimensões e 7 indicadores.

O Modelo de Avaliação proposto pelo PCT com seus indicadores, racionais, medidas, fontes e parâmetros subsidiaram a construção da matriz de análise, uma ferramenta proposta aos gestores para avaliar o PCT.

Tabela 1. Indicadores, rationale, medidas e fonte da matriz de análise do Modelo de Avaliação PCT Estadual, no que se refere à dimensão Político-Organizacional.

Indicador	Rationale	Medida	Fonte	Parâmetro
1- Articulação intra setorial	Considera-se que o PCT não realiza as atividades finalísticas de articulação, promoção, diagnóstico e tratamento, a atuação em parceria e organização pública com outros níveis de MS. Articulação horizontal e com outros níveis, de gestão (articulação vertical). A articulação é entendida como as ações realizadas já ou a ser realizadas a partir dos resultados das ações passadas.	1- Percentual de centros de saúde que realizam tratamento diretamente observado. 2- Percentual de casos de TB tratados pelo HIV. 3- Existência de agenda comum com: DETA, SEM, SINAN, DIAF, AD, DST/AIDS. 4- Existência de um plano de trabalho formalizado com: DETA, SEM, SINAN, DIAF, AD, DST/AIDS.	SINAN e CIES SINAN Relatório de atuação, avaliação das reuniões, plano de trabalho Matrizes dos reuniões e plano de trabalho	
2- Articulação inter setorial	Considerando os instrumentos regulatórios de tuberculose, a existência de parcerias institucionais, há necessidade de articulação com outros setores do governo e da sociedade para desenvolver ações que estão fora do âmbito do setor saúde.	5- Existência de agenda comum com parceiros do sociedade civil. 6- Existência de agenda comum com: DETA, GERSA, SEMAD e MP.	Agente de Saúde e relatório de atuação. Programação anual do PCT, atas e agendas	
3- Capacidade de planejamento	A capacidade de articulação das áreas, execução do orçamento previsto das atividades e metas definidas refletem a qualidade do planejamento e alcance dos objetivos do programa.	7- Percentual de recursos financeiros gastos anualmente. 8- Percentual de atividades executadas da programação anual.	Relatório de gestão Plano de Trabalho e Programação anual	
4- Viabilidade das ações do PCT	A capacidade de dar visibilidade às ações realizadas pelo PCT, com divulgação de informações sobre a prevenção, diagnóstico e tratamento de tuberculose, é entendida importante para o fortalecimento institucional do programa.	9- Periodicidade da divulgação das ações realizadas pelo PCT.	Balancete informativo, notas técnicas, relatórios anuais, seminários, cartazes e mídia eletrônica	

Tabela 2. Indicadores, rationale, medidas e fonte da matriz de análise do Modelo de Avaliação PCT Estadual, no que se refere à dimensão Técnico-Operacional.

Subdimensão	Indicador	Racionalidade	Métrica	Fonte	Parâmetro
1- Suporte Técnico	3- Normas Técnicas	O PCT estadual tem como atribuição estabelecer normas técnicas e operacionais, subsidiar técnicos, assim como orientações que deverão ser executadas pelo Município. O desenvolvimento de planos, protocolos para prevenção e controle de infecção em ambiente de saúde, educação, TB/MH e populações vulneráveis é atribuição desta secretaria de governo.	10- Percentual de taxa em TCO em relação ao percentual de taxa sem TCO	SISAV	Site do DIVE
			11- Percentual de taxa em relação a cobertura de TCF	SISAV	
			12- Percentual de casos (intoxicação) alvo que receberam (afirmações do tratamento) paracetamol, PPI, H2K	SISAV	
2- Fluxos para o controle da doença	4- Papel de coordenação estadual visando a acompanhar o cumprimento dos planos para controle da TB	É papel de coordenação estadual promover capacitação de recursos humanos e integração intersecretorial	13- Percentual de visitas técnicas realizadas bi-anualmente publicadas pelo PCT	Relatório de viagem	INTE e área técnica PCT estadual
			14- Número de visitas de reconhecimento realizadas anualmente nos municípios prioritários pelo PCT	Relatório de viagem	
3- Qualidade do RH	5- Papel de coordenação estadual promover capacitação de recursos humanos e integração intersecretorial	É papel de coordenação estadual promover capacitação de recursos humanos e integração intersecretorial	16- Existência de ações técnicas, por parte do PCT estadual, nas especificações realizadas pelos municípios	Plano de Trabalho e Relatório	Registro dos atendimentos on-line
			17- Rapidez oportuna de respostas dos municípios	Registro dos atendimentos on-line	
4- Indicadores técnicos	6- Papel de coordenação estadual gerenciar o estabelecimento regular de exames	É papel de coordenação estadual gerenciar o estabelecimento regular de exames	18- Número de municípios que tiveram desatendimento de medicamento em algum momento do ano	Planilhas de monitoramento e TCM	Planilhas de monitoramento e DIVE
			19- Número de municípios que tiveram desatendimento de teste tuberculoso em algum momento do ano	Planilhas de monitoramento e DIVE	

Tabela 3. Indicadores, rationale, medidas e fonte da matriz de análise do Modelo de Avaliação PCT Estadual, no que se refere à dimensão Técnico-Operacional.

Subdimensão	Indicador	Racionalidade	Métrica	Fonte	Parâmetro
2- Monitoramento	3- Acompanhamento operacional e operacional	É atribuição do PCT estadual monitorar os registros e informações, parcerias entre os municípios, metas para o Pacto pela Vida e a Programação das Ações de vigilância em saúde (PAVS) e monitorar a execução e o alcance das metas pactuadas. Além disso, é necessário compartilhar as informações com o rede do SUS e garantir ao PCT estadual com o objetivo de dar transparência à gestão e subsidiar o planejamento de ações.	20- Realiza reuniões de trabalho de equipe do PCT estadual para análise dos resultados epidemiológicos e operacionais em até 30 dias da avaliação	Protocolo das reuniões	Relatório do LACEN e SINEK
			21- Realizar investimento em instalações laboratoriais	Relatório de viagem	
3- Incorporação	4- Incorporação das práticas de monitoramento e avaliação ao rede SUS	Segundo os Livros de Referência de vigilância em saúde, o monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde orientam a tomada de decisão e auxiliam o processo de gestão. Sendo de responsabilidade dos três níveis de gestão, devem ser realizados de maneira integrada, considerando os níveis de vigilância, prevenção e promoção à saúde (nas prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto e nas programações das ações). A incorporação das práticas de monitoramento e avaliação no rede SUS visa à melhoria do programa e auxílio a tomada de decisão.	22- Percentual de municípios visitados anualmente com reuniões e recomendações encaminhadas	Relatório de viagem	Banco de monitoramento e SINA
			23- Percentual de municípios prioritários do PCT estadual monitorados bi-anualmente	Relatório de viagem	
4- Pesquisa	5- Desenvolvimento científico e tecnológico	A necessidade de incorporação da pesquisa como ferramenta essencial para o controle e a melhoria dos programas de TB tem sido reconhecida e recomendada por diversas instituições. Nos últimos anos o PCT estadual tem incorporado entre as suas atividades, o apoio, incentivo, capacitar os técnicos de pesquisa e ampliar parcerias para realizar pesquisas de interesse são atribuições do núcleo estadual.	24- Percentual de municípios prioritários que elaboraram plano de ações de controle da TB a partir das recomendações das visitas de monitoramento do PCT estadual	Plano de ação dos municípios para a TB	Registro PCT
			25- Número de pesquisas apoiadas pelo PCT estadual anualmente	Registro PCT	
			26- Percentual de referências das pesquisas apoiadas pelo PCT estadual	Registro PCT	

A matriz de julgamento pontuou de forma igualitária as duas dimensões, considerando-as de igual importância. Os indicadores em cada dimensão também foram considerados de igual importância, sendo agregados em uma mesma dimensão, com igual peso, para construir um único valor para a dimensão. O mesmo aconteceu com as medidas, que foram agregadas em cada indicador para construir um único valor por indicador. O ajustamento final de cada medida, indicador e dimensão da matriz avaliativa

seguiram as normas recomendadas no Manual de Recomendações, o COAP e o consenso dos participantes.

O grau de implantação do programa será definido a partir da pontuação atribuída a cada componente da matriz de julgamento, correspondendo à diferença percentual entre a pontuação máxima e aquela atribuída, de acordo com os pontos de corte: 1. Incipiente (≤ 0 e $\leq 33,3\%$), 2. Parcialmente implantado ($> 33,3$ e $\leq 66,6\%$), e 3. Implantado ($> 66,6\%$).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia proposta produziu um material rico e consistente sobre a organização e funcionamento do cotidiano do PCT/SC. Permitiu que os atores envolvidos no serviço participassem da construção do modelo de avaliação proposto e que estes possam, futuramente, utilizar dos resultados desta avaliação para a melhoria de suas práticas e da qualidade dos serviços prestados, além disso, possibilitou o amplo acesso dos pesquisadores às interfaces do PCT/SES e o estabelecimento de relações de cooperação profícuas tanto para os serviços quanto para a Universidade.

O estudo atendeu às normas da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP e teve parecer (nº 147.938) favorável para sua execução por meio do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

6. AGRADECIMENTOS

A todos os profissionais de saúde, da Secretaria de Estado da Saúde e dos municípios, envolvidos com a tuberculose que contribuíram para a construção do modelo de avaliação de avaliação proposto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- Barros JAC. Ampliando o acesso aos medicamentos. A questão das enfermidades negligenciadas. In: Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios. Organizador: Barros JAC. Brasília: ANVISA; 2008. 318 p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Situação Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde.
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31115. Acessado em 14 abr 2011.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Características gerais. Brasília: Ministério da Saúde.
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31092. Acessado em 7 abr 2011.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Tuberculose no Brasil e no mundo. Brasília: Ministério da Saúde.
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31109. Acessado em 12 abr 2011.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Dia Mundial da Tuberculose. Brasília: Ministério da Saúde.
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31110. Acessado em 15 abr 2011.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral e Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela Vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
9. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Trata da definição de critérios para a priorização de municípios no controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. (Nota Técnica n. 15).
10. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância de Agravos. Situação da tuberculose nos casos com coinfeção TB/HIV/Aids de Santa Catarina. Informativo Epidemiológico "BARRIGA VERDE". Ano IX, n. 1. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 2011.
11. Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância de Agravos. Apresentação: Programa Estadual de Controle da Tuberculose. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde.
http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/agravos/Tuberculose/Tuberculose_SC.pdf. Acessado em 6 mai 2012.
12. Ruffino-Netto A. Tuberculose: a calamidade negligenciada. *Rev Soc Bras Med Trop* 2002; 35(1).
13. Natal S, et al. Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *Boletim de Pneumologia Sanitária* 1999; 7(1): 65-78.
14. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications; 1989.
15. Medina MG, et al. Usos de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM (org.). *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. p. 41-63.
16. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de Programas: Da Teoria à Operacionalização. In: *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Organizadores: Samico I, et al. Rio de Janeiro: MedBook; 2010.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Seminário Nacional de Monitoramento e Avaliação da Tuberculose: 21 e 22 de julho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
18. Hartz Z, Vieira-da-Silva, L (Org). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. P. 275.
19. Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde. Relatório Final das Oficinas de M & A: Consultoria para dar apoio técnico operacional ao Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2011.